

Patient-Physician Communication in Gynecology and Obstetrics

Comunicação Médico-Doente em Ginecologia e Obstetrícia

Daniel Pereira da Silva¹, Maria Geraldina Castro², Patrícia Rodrigues³, Maria João Carvalho⁴

Instituto Médico de Coimbra, Universidade de Coimbra

Abstract

Medical communication skills are treated as innate abilities, without the need for training and evaluation. However, they play a very important role in the doctor-patient relationship. Communication deficits are a cause of dissatisfaction and litigation. Quality communication is associated with greater adherence to proposed procedures and increases patient satisfaction and safety. Effective communication is particularly important in Gynecology-Obstetrics and justifies specific training. Formal teaching of communication skills should be included at all levels of medical education, just like technical-scientific skills.

Keywords: Fetal growth retardation; Aspirin; Low-molecular-weight heparin; Pravastatin; Sildenafil.

Resumo

As capacidades comunicacionais dos médicos são tratadas como habilidades inatas, sem a necessidade de treino e avaliação. Desempenham, no entanto, um papel da maior importância na relação médico-doente. Os déficits de comunicação são causa de descontentamento e motivo de litigância. A comunicação de qualidade está associada a maior adesão aos procedimentos propostos, aumenta a satisfação e segurança do doente. A comunicação eficaz assume particular acutilância em Ginecologia-Obstetrícia e justifica que seja objeto de treino específico. O ensino formal da competência em comunicação deve ser incluído em todos os níveis da educação médica, à semelhança das competências técnico-científicas.

Palavras-chave: Comunicação, Segurança do doente, Satisfação do utente/doente, Relação médico-doente.

“A capacidade de comunicação adequada com os doentes, os colegas e o público em geral é uma necessidade básica do trabalho clínico. A insatisfação dos doentes e do público deve-se mais a uma comunicação deficiente do que a qualquer deficiência profissional.”
*World Federation for Medical Education*¹

Ouve-se amiúde, “eu expliquei, eu disse ...”. Contudo, informar ou explicar não pode ser um mero formalismo, comunicar implica ser compreendido!³

Os seres humanos são seres sociais, pelo que a sua sobrevivência e desenvolvimento dependem da cooperação e da construção de relações. É através da

INTRODUÇÃO

Comunicar é o ato de participar, partilhar algo, de o tornar comum. Trata-se de um processo relacional que permite interagir e estabelecer uma relação².

1. Ginecologista-Obstetra, Ginecologista Oncológico, Instituto Médico de Coimbra, Hospital CUF Coimbra.

2. Ginecologista-Obstetra, Clímel, Figueira da Foz.

3. Consultora de Comunicação em Saúde, HealthWords.

4. Assistente Hospitalar, Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Clínica Universitária de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR) area of Environment Genetics and Oncobiology (CIMAGO), Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

comunicação que transmitimos e recebemos mensagens, trocamos informações, e, sobretudo, interagimos². De facto, todo o comportamento é comunicação – por isso, é impossível não comunicar. Em contexto de cuidados de saúde é fundamental que o façamos com eficácia¹.

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) nomeou uma comissão* que teve como missão identificar problemas e desafios à segurança dos doentes, e propor soluções para os mitigar. Para o efeito, teve a colaboração de cidadãos comuns, profissionais de saúde e especialistas envolvidos na prestação de cuidados de saúde em mais de 100 países. Dos trabalhos da comissão resultou o documento “*Nine Life-saving Patient Safety Solutions*” que elencou os principais acidentes em saúde, as suas causas e propôs nove desafios e soluções para lhes fazer face⁴. No referido relatório podemos ver que as perturbações e/ou falhas na comunicação entre e intra equipas de saúde são causa de redução da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes⁵. A importância da comunicação é igualmente realçada nas nove áreas de intervenção propostas⁶.

Em 2017, um relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), denominado “*The economics of patient safety*”, coloca igualmente a falha de comunicação como um dos principais fatores indutores de consequências indesejáveis durante o percurso do doente. O relatório recomenda que “as estratégias para melhorar a segurança do doente devem dar resposta às questões de comunicação dentro do microsistema clínico, ao longo das organizações e ao longo de todo o sistema”⁷.

AVANÇOS NA FORMAÇÃO EM COMUNICAÇÃO

Apesar das evidências crescentes, a comunicação não é devidamente valorizada, nem devidamente trabalhada na formação dos profissionais de saúde³.

Do ponto de vista ético, todo o médico deve comunicar com efetividade, ouvindo o doente e prestando as informações necessárias à compreensão do processo de saúde em questão². Para tomar decisões qualificadas, os

doentes devem compreender a história natural dos seus problemas de saúde, entender o seu prognóstico de forma realista e tomar consciência dos riscos, benefícios e probabilidades de sucesso das medidas e tratamentos propostos².

Diz-se que comunicar de forma correta é uma arte, mas não pode ser um dom de alguns. Comunicar bem tem de ser um atributo das competências médicas, a par do rigor científico, humanização de cuidados e ética⁸.

Desde a década de 60, que universidades dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Países Baixos incluem a formação em comunicação na graduação em medicina⁹. Apesar deste progresso, continuam a reconhecer que há uma grande lacuna na oferta de treino formal nesta área, sobretudo após a graduação¹⁰. Esse défice na formação é particularmente importante em obstetria, área em que a ocorrência de desfechos inesperados gera grande sobrecarga emocional e contribui para maior incidência de litigância¹¹⁻¹³.

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetria (ACOG, *American College of Obstetricians and Gynecologists*) emitiu, em 2014, um parecer sobre a eficácia da comunicação entre médicos e utentes, recomendando aos profissionais que procurem aperfeiçoar as suas capacidades de comunicação centradas na utente e utilizar a decisão médica partilhada na sua prática clínica^{14,15}. É igualmente realçado que a formação técnica e teórica seja alicerçada numa consciencialização da importância da comunicação, da sua partilha interpares e com os doentes¹⁶.

COMPONENTES DA COMUNICAÇÃO – DA ESPONTANEIDADE A ORGANIZAÇÃO

Comunicar é uma interação que liga as pessoas, que torna comuns conhecimentos, valores e opiniões, que permite a compreensão e a cooperação para alcançar objetivos partilhados^{2,3}.

A comunicação pode ser verbal e não verbal. A componente não verbal inclui gestos, expressões faciais e postura corporal. Já a componente verbal abrange os conteúdos, a importância e significado das palavras, a entoação e volume da voz³. A componente verbal é o foco maior de atenção dos profissionais de saúde, mas

* *The Joint Commission International Center for Patient Safety.*

QUADRO I. LINHAS ESTRATÉGICAS PARA A ESTRUTURAÇÃO DA COMUNICAÇÃO.

- Estabeleça os objetivos da comunicação
- Estabeleça as linhas condutoras da comunicação
- Identifique as mensagens chave
- Estabeleça as questões mais frequentes e pertinentes
- Identifique os possíveis preconceitos
- Treine uma postura de confiança e sinceridade
- Reflita sobre a sua linguagem gestual e expressão facial
- Coloque-se no lugar do seu interlocutor

QUADRO II. FALHAS COMUNS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO.

- Não manter os colegas informados ou não partilhar informação adequada
- Não fornecer informação ajustada ao doente e no momento certo
- Não ouvir o doente
- Não trabalhar de forma colaborativa com o doente, familiares e cuidadores

responde por apenas 7% da mensagem recebida pelos doentes, ficando 38% por conta do tom de voz e 55% por conta da linguagem corporal¹⁷.

Por outro lado, comunicar encerra dois componentes essenciais: troca de informações e relação entre os interlocutores^{2,3,8}. O relacionamento interpessoal é a interação entre duas ou mais pessoas, que envolve comunicação, comportamentos, expectativas, percepções, emoções e sentimentos⁸.

A comunicação no âmbito dos cuidados de saúde é permanente e muitas vezes espontânea. Sempre que possível, deve ser planeada e obedecer a alguns princípios (Quadro I)³.

BARREIRAS NA COMUNICAÇÃO

A qualidade da comunicação é um fator da maior importância para a otimização de resultados. Enfrenta desafios e barreiras diversas, que podem comprometer a sua eficácia, nomeadamente:⁸⁻¹⁰

- Barreiras linguísticas – comunicar pode ser difícil quando as pessoas falam diferentes idiomas, o que é cada vez mais frequente nos serviços de saúde.
- Barreiras culturais – as diferenças culturais podem afetar significativamente a maneira como a comunicação é percebida e interpretada, levando a mal-entendidos e conflitos.
- Falta de clareza – o uso de termos técnicos, falta de objetividade, linguagem pouco acessível pode justificar distanciamento, especialmente quando o receptor está emocionalmente perturbado.
- Falta de habilidades de escuta – a comunicação não

é apenas falar, mas também ouvir. A falta de disponibilidade para ouvir cria dificuldades na empatia e pode levar a mal-entendidos e a uma comunicação ineficaz.

- Estilo da comunicação – o estilo não pode ser imperativo, deve ser assertivo, afável e deve promover ou suscitar de dúvidas.

Como melhorar a comunicação:

Um trabalho realizado em 2018, pela Universidade de *Stirling*, tipificou as situações mais comuns que levam a falhas no processo de comunicação clínica (Quadro II)¹⁸.

A comunicação é eficaz quando o doente tem um elevado grau de satisfação. A eficácia da comunicação melhora se obedecer a algumas linhas orientadoras (Quadro III)^{3,8,15,19}.

RESULTADOS EM SAÚDE – DA SATISFAÇÃO A EFICÁCIA

A comunicação eficaz é reconhecida como condição indispensável para a qualidade dos serviços em saúde²⁰. A melhoria na qualidade da comunicação médico-doente relaciona-se com maior satisfação dos utentes e maior adesão ao tratamento proposto^{20,21}. Conduz à redução de reclamações por má prática, aumenta a segurança do doente e reduz os erros médicos²².

A satisfação do doente é um importante preditor de resultados em saúde, mas é uma variável complexa que depende de vários componentes.²³ Os parâmetros de avaliação de uma comunicação harmoniosa entre médicos e doentes não são facilmente objetiváveis. Estão publicados alguns estudos com a aplicação de escalas

QUADRO III. CONTRIBUTOS PARA UMA COMUNICAÇÃO EFICAZ.

- Ouvir atentamente – mostrar interesse na conversa, manter o contacto visual com o interlocutor, fazer comentários e perguntas pertinentes, e valorizar as expressões emocionais;
- Ser claro e conciso – usar linguagem simples e acessível, certificar que é compreendido;
- Ser respeitoso – tratar o doente com consideração e evitar fazer comentários ou gestos de irritação ou hostilidade;
- Evitar pressupostos – não fazer suposições/insinuações sobre o que o doente está a dizer; fazer perguntas diretas;
- Ser construtivo e solidário – se tiver de opinar sobre o comportamento de alguém, tentar ser objetivo e construtivo;
- Valorize a comunicação não verbal – usar gestos e expressões faciais calmos, de apoio à comunicação oral;
- Praticar a empatia – tentar compreender as emoções e experiências do doente e família; use a compreensão para guiar sua comunicação;
- Ser paciente – a comunicação pode ser difícil, mas há que ser paciente e persistente na abordagem.
- Uso de material visual – material gráfico e digital pode facilitar a comunicação e pode levar a melhores resultados.

de ponderação dos fatores que influenciam a comunicação médico-doente, nas quais se elencam nove elementos: fiabilidade, fidelidade, satisfação, permutabilidade, contribuição social, inteligibilidade mútua, profissionalismo, equidade e relação emocional²⁴⁻³⁰.

Um estudo realizado em 2022 que envolveu 1001 doentes e 277 profissionais de saúde, sugere que os doentes valorizam mais a qualidade da relação (*soft skills*) quando procuram um novo médico: cerca de 50% dos doentes disseram que essas eram as características mais importantes que procuravam, 30% valorizavam significativamente a capacidade do médico para os escutar, seguidos de 28% que valorizavam mais a experiência clínica (Gráfico 1)³¹.

Um estudo publicado em 2023 com a aplicação do “AHP – *Analytic Hierarchy Process*” revela que os médicos priorizam os fatores que influenciam a comunicação em saúde pela seguinte ordem de importância: 1.º profissionalismo, 2.º confiabilidade, 3.º justiça, 4.º comunicação e 5.º relação emocional; ao passo que os doentes os classificam do seguinte do modo: 1.º comunicação, 2.º justiça, 3.º profissionalismo, 4.º confiabilidade e 5.º relação emocional. Verifica-se nesse estudo que não há consonância entre a perceção dos médicos e a dos doentes (Quadro IV)³².

De acordo com uma revisão sistemática da literatura publicada em 2006, os elementos da comunicação

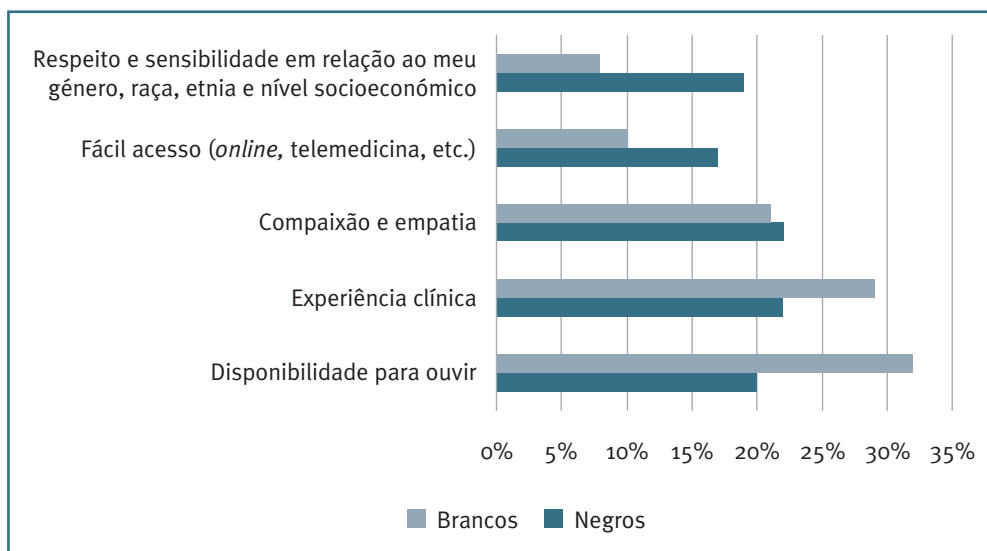


GRÁFICO 1. O que os doentes procuram no médico.

QUADRO IV. VALORIZAÇÃO DOS FATORES CHAVE DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-DOENTE.

Parâmetro	Médico			Doente		
	Importância	Prioridade	Rácio de consistência	Importância	Prioridade	Rácio de consistência
Confiabilidade	0.38	2	0.01	0.17	4	0.01
Comunicação	0.09	4		0.34	1	
Profissionalismo	0.39	1		0.19	3	
Relação emocional	0.04	5		0.10	5	
Justiça	0.10	3		0.20	2	
Total	1.0			1.0		

médico-doente que têm maior impacto na satisfação do doente são a sua percepção de ser ouvido e ser tratado com respeito e humanidade. Os doentes sentem-se mais satisfeitos com os médicos que são calorosos, afáveis, que têm modos mais tranquilizadores, que mostram interesse pelos seus desejos e preocupações, que discutem o seu problema de saúde, que fornecem uma explicação clara do diagnóstico e prognóstico, e que partilham as decisões terapêuticas³³. Numa revisão da Cochrane de 2001, o treino dos profissionais de saúde em competências interpessoais revela ter um efeito positivo na satisfação do doente quanto aos cuidados recebidos³⁴.

Um estudo realizado em 2016, pela Universidade de *Harvard* nos Estados Unidos da América, sobre a análise de 23.000 reclamações e processos judiciais por negligência médica, revelou que 30% das queixas por má prática clínica estavam relacionadas com má comunicação. Dessas queixas, 48% aconteceram em ambulatório, 44% em internamento e 8% no serviço de urgência. O mesmo estudo revela ainda que 27% das falhas de comunicação ocorreram no contexto de cirurgias, 13% em medicina geral e 5% em obstetria. A má comunicação entre profissionais de saúde estava associada a 57% das queixas e 55% entre estes e o doente; em 12% das queixas ambas as situações estavam descritas³⁵.

De facto, a maioria das reclamações sobre cuidados de saúde (72%) envolvem problemas de insensibilidade ou falhas de comunicação dos profissionais^{36,37}. Num estudo realizado também num hospital dos EUA apurou-se que a maioria das reclamações eram legítimas, sendo que em 78% dos casos envolviam problemas de

comunicação³⁶. De igual modo, o estilo de comunicação e atitude do médico foram determinantes na decisão de litigar em mais de 70% dos casos³⁸.

DECISÃO MÉDICA PARTILHADA (DMP) – DA CONSULTA A ASSUNÇÃO DE DECISÕES MAIS OU MENOS COMPLEXAS

O processo de tomada de decisão clínica evoluiu consideravelmente, deixando para trás o modelo paternalista, hipocrático, em que os doentes recebiam e aceitavam passivamente as indicações dadas pelos médicos. Apesar disso, não podemos cair numa decisão baseada exclusivamente na autonomia do doente³⁹.

Foi na década de 70 do século passado que o conceito de DMP foi utilizado pela primeira vez⁴⁰. Consiste numa abordagem onde o médico e o doente, quando confrontados com a necessidade de tomar decisões sobre rastreios, tratamentos e outros cuidados de saúde, partilham a melhor evidência científica disponível para que os doentes sejam apoiados na ponderação de opções, de modo a alcançar a sua preferência de forma livre e informada. Implica que o médico comunique o que está em causa, o que se pretende fazer e com que objetivos, expondo todas as opções disponíveis, a sua viabilidade, riscos e benefícios, sem imposições, tendo em consideração a individualidade do doente⁴¹.

O processo de decisão é dinâmico, começa com a consulta e encontra momentos de particular exigência ao longo do percurso clínico. Segundo alguns autores, o processo de estabelecimento do diagnóstico integra três fases sequenciais: recolha da informação,

integração da informação obtida e identificação do diagnóstico^{3,8,42}. Qualquer uma destas fases, mas principalmente a recolha de informação e a verificação do diagnóstico, dependem da qualidade de comunicação. Na realidade, se houver erros de comunicação na fase de recolha de informação, o diagnóstico pode estar em causa e, conseqüentemente, a segurança do doente⁴²⁻⁴⁴. Assim, a comunicação eficaz durante a anamnese constitui, provavelmente, o maior determinante da precisão e extensão dos dados recolhidos pelo profissional de saúde. Alguns estudos indicam mesmo, que a história do doente contribui com 60 a 80% para a realização do diagnóstico⁴²⁻⁴⁴. Após a permuta de informações e esclarecimentos, no contexto da fase do processo de decisão elencam-se as opções para a estratégia diagnóstica ou do tratamento, considerando as preferências do doente. Pondera-se a sua escolha e a respetiva viabilidade, efetiva-se a decisão partilhada e procede-se ao planeamento⁴¹⁻⁴⁶.

O processo de decisão é particularmente delicado quando a evidência científica não abunda ou não é de qualidade, quando a situação clínica é complexa ou quando existem várias opções, sem que haja comparação direta entre elas⁴⁵. Por vezes a organização dos cuidados de saúde é multidisciplinar (várias especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, etc) o que implica que o processo de decisão possa ser coletivo ou sequencial, aumentando as exigências de uma comunicação clara e objetiva entre todos, com destaque para as implicações que pode ter na decisão informada pelo doente⁴³⁻⁴⁶.

MODELOS DE DECISÃO MEDICA PARTILHADA (DMP)

Devemos considerar vários modelos do processo de DMP:⁴⁷

- **Modelo ecológico** – salienta a importância da interação médico-doente e do contexto clínico, assim como do contexto social.
- **Modelo de três discussões** – 1.º Justificar: equacionar o problema, elencar e justificar as alternativas de orientação, sugerir a partilha da decisão; 2.º Informar e ouvir: apresentar toda a informação relevante de forma compreensível para o doente, in-

cluindo os benefícios e riscos das alternativas possíveis; ouvir as prioridades, objetivos, preferências e preocupações do doente; 3.º Integrar e decidir: coligir as preferências da doente, sugerir recomendações, pedir a opinião da doente e decidir em conjunto.

- **Modelo baseado em metas** – os objetivos e metas dos doentes, bem como dos resultados das medidas assumidas, devem ser explicitados para não se criarem expectativas irrealistas. Nas doenças crónicas, na doença oncológica e nas situações clínicas com impacto na qualidade de vida e sobrevivência, a definição de metas assume particular importância. As metas podem ser definidas para o controlo de sintomas (qual o sintoma ou sinal da doença que quer ver melhorado?), funcionais (que atividade gostaria de voltar a fazer?), fundamentais (o que deseja fazer? que prioridades tem? o que mais teme?).

Devemos considerar que estes modelos são conceções teóricas do processo de decisão e que todos encerram ponderações que devem ser consideradas.

Além dos constrangimentos linguísticos e culturais, existem outras limitações à prática da DMP. Do lado do médico, referem-se as dificuldades comunicacionais e o não valorizar devidamente a importância do processo de decisão. Por parte do doente, alguns obstáculos são a baixa literacia em saúde, além do impacto maior ou menor que a situação clínica tem nas suas capacidades cognitivo-emocionais e físicas. Por último, a organização, particularmente o tempo muito limitado para otimizar a comunicação, a relação médico-doente e o processo de decisão⁴⁸.

Sejam quais forem as dificuldades, a DMP é um imperativo na conceção atual do que é o exercício da medicina. Além disso, tem benefícios consideráveis: contribui significativamente para o grau de satisfação do doente e melhora a adesão à tomada de decisões frente à patologia diagnosticada⁴⁹⁻⁵³.

COMUNICAÇÃO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – DAS SITUAÇÕES COMUNS AS MÁS NOTÍCIAS.

A formação dos profissionais de saúde em comunicação é um dos pilares fundamentais de apoio ao

processo de decisão, com todo o potencial de benefícios que daí advém⁵³. O ACOG tem várias recomendações nesse sentido^{15,46,55-57}. É fundamental que a formação técnica e teórica dos especialistas seja alicerçada numa consciencialização da importância das suas aptidões comunicacionais, da relevância da partilha adequada da comunicação interpares e com os doentes⁵⁸.

A comunicação no âmbito da ginecologia-obstetrícia é particularmente sensível por razões socioculturais e porque envolve aspetos simbólicos complexos e muito sensíveis, do foro da intimidade e de escolhas pessoais, que só ao próprio dizem respeito. Para além da necessária aptidão comunicacional, requer sensibilidade e conhecimentos específicos, requer também um redobrado cuidado de reserva e sigilo profissional¹⁵⁵⁻⁵⁷.

GINECOLOGIA

O ginecologista enfrenta diversas situações em que a sua habilidade de comunicação é desafiada⁵⁹. Merecem destaque a obtenção de consentimento para procedimentos invasivos, comunicação de um diagnóstico desfavorável e/ou inesperado, que podem comprometer expectativas (ver comunicação de más notícias).

A ginecologia da criança e da adolescência encerra desafios muito complexos com particular acuidade para as malformações congénitas e perturbações no desenvolvimento pubertário. A sexualidade em todas as fases da vida e condições de saúde implicam uma abordagem geral e específica, com a necessária adequação à situação em causa.

As questões sobre a identidade de género são outro campo onde a comunicação requer particular cuidado na linguagem, além de diferenciação específica. O saber ouvir é fundamental, assim como o estar aberto a todas as nuances que o comportamento humano encerra. A identificação do trajeto a seguir tem de ser suficientemente ponderado e claramente assumido. Habitualmente, são pessoas informadas pelos meios digitais, mas é necessária atenção à desinformação e aos lóbis de pressão⁶⁰.

Outro campo de importância emergente é o da reprodução, seja pela não consciencialização dos fatores de perda de potencial reprodutivo, seja pelo desconhecimento dos limites das técnicas disponíveis, seja

ainda pela mudança acelerada dos modelos de família. Um dos grandes motivos de insatisfação e litigância neste domínio é a criação de expectativas não realistas.

Ainda no âmbito da ginecologia, há duas áreas clássicas de maior relevo: as doenças de transmissão sexual (DST) e as doenças oncológicas. As DST foram sempre objeto de algum cuidado na comunicação, pelo estigma que o seu diagnóstico comporta e pelas implicações que têm no doente e com quem se relaciona. Devido às repercussões sociais, tiveram uma eclosão de importância com o advento da SIDA. As DST continuam a requerer cuidados atentos na comunicação pelo impacto que têm para o próprio e para terceiros⁶⁰.

Por último, a patologia oncológica, cuja necessidade de comunicação adequada é a mais propalada, graças aos movimentos sociais, em particular à Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Continua a ser um grande desafio saber comunicar uma má notícia, competência que obedece a cuidados particulares e que deve ser treinada.

OBSTETRÍCIA

A obstetrícia encerra desafios muito acutilantes. A gestação cria um quadro emocional e perspectivas muito positivas, com a construção de planos para a família e para o filho anunciado, pelo que qualquer intercorrência ou desfecho menos favorável tem um impacto acrescido^{1,13-15}.

A satisfação com a experiência da gestação é influenciada pelas tomadas de decisão durante a gravidez e pelos seus resultados⁶¹⁻⁶².

A decisão médica partilhada no âmbito da gravidez, parto e puerpério tem de ser centrada nos valores, metas e expectativas da mulher¹⁴. Essa avaliação deve fundamentar todo o percurso da grávida e culminar na elaboração do plano de parto (plano de nascimento), tal como recomenda a OMS desde 2001 e indica a legislação nacional de 2014^{63,64}.

O plano de parto é um documento elaborado pela mulher (ou pelo casal) no qual ela manifesta as suas preferências em relação ao parto, potenciando a sua participação na tomada de decisão, tanto no trabalho de parto, como no próprio parto. Este registo facilita a transmissão desta informação aos profissionais de

saúde^{65,66}. O plano de parto (PP) deve ser discutido tanto durante a gravidez como no bloco de partos^{66,67}. Todas as mulheres devem ser incentivadas a criar o seu PP com a colaboração dos profissionais de saúde materna, tomando assim decisões partilhadas⁶⁷. Apesar de ser uma ferramenta útil, o PP não deve ser considerado um contrato a ser cumprido a qualquer custo. A DMP durante a gestação é um processo contínuo e dinâmico, a mulher tem direito a mudar de opinião e os profissionais de saúde a aconselharem as melhores orientações conforme as circunstâncias o exijam e as condições o permitam, desde que no melhor interesse da grávida e sem prejuízo do feto⁶⁸.

As intercorrências e desfechos desfavoráveis durante a gravidez – malformações fetais, aborto espontâneo, atraso de crescimento ou morte fetal, parto prematuro e possíveis consequências e complicações neonatais – são possíveis, mas não são conjeturáveis pela grávida e família^{12,15}. Não estão preparados e não aceitam receber uma má notícia, visto que as expectativas são de um feto saudável e raramente há a preocupação com possíveis desfechos desfavoráveis, o que é referido como um dos fatores de agravamento dos sentimentos^{69,70}.

A comunicação de uma má notícia em cuidados obstétricos gera diversas reações emocionais nos pais e a todos que os cercam, que incluem sentimentos de choque, tristeza, desespero, raiva, ansiedade, negação, depressão, hostilidade, desesperança e solidão⁷¹⁻⁷³.

O tipo de comunicação utilizado pelos profissionais influencia diretamente a capacidade de adaptação e ajuste dos destinatários da notícia^{74,75}. O modo como a notícia é transmitida tem um impacto direto na compreensão da informação pela grávida, no grau de satisfação com os cuidados médicos e no nível de esperança subsequente⁷⁴.

Transmitir a notícia de maneira clara, compreensível e completa, com palavras e gestos de confiança, conhecimento, conforto e acolhimento, são considerados pontos-chave para a comunicação adequada de uma má notícia^{73,76}. Uma abordagem insensível aumenta a angústia das doentes e seus familiares, podendo levar à raiva e ao maior risco de litígio⁷⁵.

Um estudo em casais a quem foi comunicado uma cardiopatia fetal revelou que frente ao caos emocional instalado pela notícia, a compreensão e o entendimento de todas as informações dadas foi muito difícil. Os

casais revelaram que os esclarecimentos fornecidos de maneira clara e respeitosa e com o suporte de material escrito, desenhos ou diagramas, auxiliam na compreensão do problema, diminuindo a ansiedade⁷⁷.

Outro estudo, realizado com 117 grávidas, em que se pretendeu identificar o que foi mais valorizado pela mulher aquando da comunicação de uma anormalidade associada à gestação, verificou-se que a variável “qualidade da informação” teve a maior importância no grau de satisfação. A qualidade da informação dada, o comportamento afável, solidário do profissional transmissor da notícia e o ambiente privado em que a comunicação se realizou, mostraram-se muito valiosos. Foi ainda valorizado a presença de um acompanhante, a clareza das informações, a apresentação de diferentes opiniões e possibilidades, além de não haver pressão de tempo⁷⁸.

Apesar de ser uma situação frequente na prática clínica, os estudos evidenciam que muitos profissionais de saúde não se sentem preparados para a comunicação de más notícias e que isso aumenta a sua ansiedade diante dessas situações^{75,79}.

O médico que transmite a má notícia experimenta habitualmente fortes emoções, como ansiedade, carga de responsabilidade e receio de uma avaliação negativa⁷³. Todo este contexto de stresse cria relutância na transmissão da má notícia, tornando-a, muitas vezes, inadequada^{2,80}. Por outro lado, verificamos que os ginecologistas e obstetras que recebem treino sentem-se mais confiantes e com menor sobrecarga de stresse diante desse desafio⁸¹⁻⁸³.

De notar que a comunicação de más notícias exige um planeamento prévio pelo profissional, existindo protocolos especialmente desenvolvidos para orientar os médicos nesse processo – o mais utilizado é o SPIKES, que contempla 6 etapas (Quadro V)⁸³.

CONCLUSÕES

A comunicação em ginecologia e obstetrícia é particularmente exigente nas várias dimensões que o seu exercício clínico impõe, existindo uma necessidade de formação em comunicação de ginecologistas-obstetras.

A maioria dos casos de insatisfação e queixas das doentes decorrem de insuficiência na comunicação e

QUADRO V. PROTOCOLO SPIKES PARA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.

S	Setting up the interview Planear a conversa	Conhecer em detalhe a situação clínica da doente; planejar mentalmente a conversa e possíveis reações.
P	Perception Percepção da doente	Conhecer o que a doente sabe sobre a sua situação clínica, esclarecer dúvidas e equívocos.
I	Invitation Convite à doente	Esclarecer a que nível a doente pretende ser esclarecida; corresponder à vontade da doente.
K	Knowledge Informação prestada à doente	Transmitir a informação de forma rigorosa, gradual e acessível.
E	Emotions Abordar as emoções da doente	Lidar de forma empática e compassiva com as emoções da doente; mostrar compreensão e dar tempo para que se recomponha.
S	Strategy and summary Estratégia e resumo	Fazer um resumo do que foi comunicado; certificar que foi compreendido; explicitar o plano do que é proposto.

não das competências técnicas. Os estudos são abundantes a reconhecer as dificuldades de comunicação dos médicos, nomeadamente no que concerne a ouvir, compreender e ponderar as preferências das doentes.

A decisão médica partilhada é um modelo de comunicação que permite uma boa comunicação médico-doente, pois associa-se a um equilíbrio entre a evidência científica e a experiência clínica, considerando a preferência e opinião do doente.

A evidência demonstra consistentemente que a qualidade da comunicação médico-doente está firmemente associada aos resultados da prestação de cuidados médicos, aumenta a efetividade das medidas aconselhadas/tomadas, previne e melhora a solução de conflitos e contribui para a sensação de dever cumprido e melhoria da autoestima profissional.

RECOMENDAÇÕES

A comunicação deve ser treinada, à semelhança das competências médicas técnico-científicas, de modo a melhorarmos a sua eficácia.

O ensino e treino das técnicas de comunicação deve ser incluído no programa de formação pré-graduada e ser umas das competências específicas obrigatórias a adquirir na formação pós-graduada em Obstetrícia e Ginecologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Walton HJ, ed. Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education. World Federation for Medical Education. 1993;28 Suppl 1:140-9.
- Martins, J. (2019). Da sociologia da socialização à sociologia da individuação: Contributos para uma sociologia do tempo dos indivíduos. *Sociologia On Line*, 20, 61-80.
- José M. Mendes Nunes. Comunicação em Contexto Clínico. Edição do autor, 2010. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/livrocomunic.pdf>
- WHO collaborating centre for patient safety releases. Nine life-saving patient safety solutions: WHO News. *Intern J Risk Saf Med*, 19 (2007), pp. 171-3
- WHO. world alliance for patient safety.. Forward programme 2006-2007, World Health organisation (Geneva), pp. 2006
- Novo A. World Alliance for Patient Safety. WHO Sarajevo office, 2007
- Luke Slawomirski, Ane Auraen and Niek Klazinga The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OCDE, 2017. <https://www.oecd.org/els/health-systems/the-economics-of-patient-safety-march-2017.pdf>
- Margarida Custódio dos Santos, Ana Grilo, Graça Andrade, Teresa Guimarães e Ana Gomes. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; 10:47-57.
- 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.
- Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(7):1310-8.

11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Edmonds, B. T. Shared decision-making and decision support : their role in obstetrics and gynecology. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2014; 26, 523-530.
15. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Effective patient communication. *Committee Opinion*, 2014;123(2),389–393. <https://doi.org/10.1044/leader.ftr4.15042010.5>
16. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Importance of Social Determinants of Health and Cultural Awareness in the Delivery of Reproductive Health Care. *Committee Opinion*, 2018, 131:e43-e47.
17. 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.
18. Pauline Campbell, Claire Torrens, Alex Pollock, Margaret Maxwell. A scoping review of evidence relating to communication failures that lead to patient harm. University of Stirling, 25/08/2018. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/a-scoping-review-of-evidence-relating-to-communication-failures-that-lead-to-patient-harm_p-80569509.pdf
19. Stiggelbout, A. M., van der Weijden, T., de Wit, M. P. T., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V. M., Trevena, L., & Elwyn, G. (2012). Shared decision making: Really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ (Online)*, 344(7842). <https://doi.org/10.1136/bmj.e256>
20. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Educ Couns*. 2005;58:4-12.
21. Osler W. *Aequanimitas with other addresses to medical students, nurses, and practitioners of medicine..* 1st ed, Blakiston's Son & Co (Philadelphia), pp. 1904.
22. Graber M, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med*, 2005;165: 1493-9.
23. Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns*, 74 (2009), pp. 287-94.
24. Sustersic M, Gauchet A, Kernou A, Gibert C, Foote A, Vermorel C, et al. A scale assessing doctor-patient communication in a context of acute conditions based on a systematic review. *PLoS ONE*. 2018;13(2):e0192306.
25. Brouwers M, Rasenberg E, van Weel C, Laan R, van Weel-Baumgarten E. Assessing patient-centred communication in teaching: a systematic review of instruments. *Med Educ*. 2017;51(11): 1103-17.
26. Kee JW, Khoo HS, Lim I, Koh MY. Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints. *Health Professions Education*. 2018;4(2):97-106.
27. Park J, Choi YH, Kim. Bongchul. Comparative analysis of doctor-patient perception on physician-patient relationship: Co-orientation Model Test. *Korean J Advertising Public Relations*. 2015;17(1):30-54.
28. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. 1988;64(1):12-40.
29. Büyükcankar G, Çifçi G, Güleriyüz S. Strategic analysis of healthcare service quality using fuzzy AHP methodology. *Expert Syst Appl*. 2011;38(8):9407-24.
30. Makoul G, Krupat E, Chang C-H. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3): 333-42.
31. Lisa Rapaport. New Survey Asks: What Do Patients Want Most in a Doctor? *Public Health*, Published on January 24, 2023, <https://www.everydayhealth.com/healthy-living/new-survey-asks-what-do-patients-want-most-in-a-doctor/>
32. Sewon Park, Han-Kyoul Kim and Munjae Lee. An analytic hierarchy process analysis for reinforcing doctor–patient communication. *BMC Primary Care (2023) 24:24* <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01972-3>
33. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín- Rúa MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006;23(3): 308-16.
34. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4): CD003267.
35. The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions Incorporated. <https://www.rmfi.harvard.edu/News-and-Blog/Press-Releases-Home/Press-Releases/2017/May/New-report-identifies-opportunities-to-reduce-patient-safety-risks>
36. Cave J, Dacre J. Dealing with complaints. *BMJ*. 2008;336: 326-28.
37. Kinnersley P, Edwards A. Complaints against doctors. *BMJ*. 2008;336:841-2.
38. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994;154:1365-70
39. Childress, J. F., & Childress, M. D. (2020). What Does the Evolution From Informed Consent to Shared Decision Making Teach Us About Authority in Health Care? *AMA Journal of Ethics*, 2020; 22:423-429.
40. Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Cent Rep*. 1972;2:5-7.

41. Elwyn, G., Tsulukidze, M., Edwards, A., Légaré, F., & Newcombe, R. (2013). Using a “talk” model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION5 Item. *Patient Education and Counseling*, 2013;93:265-271.
42. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communication with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing, Ltd, 2005.
43. Kuhn GJ. Diagnostic errors. *Acad Emerg Med*, 200;9:740-50.
44. Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns*, 2009;74:287-94.
45. Elwyn, G., & Vermunt, N. P. C. A. (2020). Goal-Based Shared Decision-Making: Developing an Integrated Model. *Journal of Patient Experience* 2020;7:688-696.
46. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016a). Ethical Decision Making in Obstetrics and Gynecology. *Ethics in Obstetrics and Gynecology*, 390, 1-9. <https://www.acog.org/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committeepinion/articles/2007/12/ethical-decision-making-in-obstetrics-and-gynecology.pdf>
47. Adriana Cristina M Monteiro. *Decisão Médica Partilhada em Obstetrícia*. Tese de mestrado integrado. Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. Julho, 2021. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/51148/1/AdrianaCMonteiro.pdf>
48. McLaughlin BK. Identifying methods to communicate with patients and enhance patient satisfaction to improve return on investment. *JMMH*, 2009;2:427-41.
49. Scalise D et al. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools). Improving Clinical Communication and Patient Safety: Clinician-Recommended Solutions*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43654/>
50. Phillips R, Bartholomew L, Dovey S, Fryer G, Miyoshi T, Green L. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Qual Saf Health Care*, 2004;1:121-6.
51. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communication with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing, Ltd, 2005
52. Barry C, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *Br Med J*, 2000;320:1246-50.
53. Bensing JM, Verhaak PFM. Communication in medical encounters. in: Kaptein A, Weinman J, ed.. *Health psychology*, 2004; p. 261-87
54. Jeffery L Schnipper, Eleanor Fitall, Kendall K. Hall and Bryan Gale. *Approach to Improving Patient Safety: Communication*. Patient Safety Network. March 10, 2021 <https://psnet.ahrq.gov/perspective/approach-improving-patient-safety-communication>
55. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Importance of Social Determinants of Health and Cultural Awareness in the Delivery of Reproductive Health Care, 123(2), 389-393. <https://doi.org/10.1044/leader.ftr4.15042010.5>
56. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012, Reaffirmed 2016). *Communication Strategies for patients Handoffs*. Committee Opinion Committee Opinion, 517. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2012/02/communication-strategies-for-patient-handoffs>
57. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Importance of Social Determinants of Health and Cultural Awareness in the Delivery of Reproductive Health Care*. Committee Opinion, 2018, 131:e43-e47.
58. Sardo, D., & Pinheiro, A. (2018). Birth Plan: Portuguese Women's Perceptions. In Future Academy. Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.11.11>
59. António Ferreira Macedo e Maria Helena Pinto de Azevedo. *Relação Médico-Doente*. Capítulo 4. *Compêndio de Ginecologia*, p 59-79.
60. Tavistock's Gender Identity Development Service (GIDS) is England's only NHS specialist gender clinic for children. <https://www.bbc.com/news/health-66842352>
61. Wise, M. R., Sadler, L., Shorten, B., van der Westhuizen, K., & Shorten, A. Birth choices for women in a ‘Positive Birth after Caesarean’ clinic: Randomised trial of alternative shared decision support strategies.’ *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2019;59:684-692.
62. Klassa, P.J., Dendrinis, S., Penn, A. & Radke, J. Shared decisionmaking – Through the patient's eyes, 2016;30:228-232.
63. *Advancing Safe Motherhood Through Human Rights – World Health Organization*, 2001. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66810/WHO_RHR_01.5.pdf
64. Lei n.º 15/2014, de 21 de Março; *Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde*.
65. Ahmadpour, P., Mosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Evaluation of the birth plan implementation: A parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, 2020, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00989-6>
66. Sardo, D., & Pinheiro, A. (2018). Birth Plan: Portuguese Women's Perceptions. In Future Academy. Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.11.11>
67. Jolles, M. W., de Vries, M., Hollander, M. H., & van Dillen, J. (2019). Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *Birth*, 2019;46: 686-692.
68. Stiggelbout, A. M., van der Weijden, T., de Wit, M. P. T., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V. M., Trevena, L., & Elwyn, G. Shared decision making: Really putting patients at the centre of health-care. *BMJ (Online)*, 2012; 344(7842). <https://doi.org/10.1136/bmj.e256>
69. Lalor J, Begley C. Fetal anomaly screening: what do women want to know? *J Adv Nurs*. 2006; 55:11-9.
70. Carlsson T, Bergman G, Melander UM, Wadensenten B, Mattsson E. Information following a diagnosis of congenital heart defect: experiences among parents to prenatally diagnosed chil-

dren. *Plos One*. 2015; 18:10(2):e0117995.

70. 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;39:534-544.

71. Gustavo Salata Romão, Marcos Felipe Silva de Sá e Sheyla Ribeiro Rocha. Comunicação clínica na prática do ginecologista e obstetra. *FEMINA*, 2019;47):809-15

72. Deutraux JJ, Gillot De Vries FR, Vanden Eynde S, Courtois A, Desmet A. Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals. *Ann N Y Acad Sci*. 1998;847:210-9.

73. Baile WF Giving bad news. *Oncologist*. 2015;20:852-3.

74. Nonino A, Magalhães SG, Flacão DP. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão de literatura. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36:228-33.

75. Hunfeld JAM, Leurs A, De Jong M, Lesnik Oberstein M, Tibben A, Wladimiroff JW, Wildschut HIJ, Passchier J. Prenatal consultation after a fetal anomaly scan: videotaped exploration of physician's attitude and patient's satisfaction. *Prenat Diagn*. 1999;19:1043-7.

76. Carlsson T, Bergman G, Melander UM, Wadensenten B, Mattsson E. Information following a diagnosis of congenital heart defect: experiences among parents to prenatally diagnosed children. *Plos One*. 2015; 18:10(2):e0117995.

77. Alkazaleh F, Thomas M, Grebenyuk J, Glaude L, Savage D, Johannesen J, Caetano M, Windrim R. What women want: women's preferences of caregiver behavior when prenatal sonography findings are abnormal. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004;23:56-62.

78. Browyer MW, Hanson J, Pimentel E, Flanagan AK, Rawn LM, Rizzo AG, Ritter EM, Lopreiato JO. Teaching breaking bad news

using mixed reality simulation. *J Surg Res*. 2010;159:462-7.

79. Tesser A, Rosen S, Tesser M. On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect): a field study. *Psychol Rep*. 1971;29:651-4.

80. Marko EK, Buery-Joyner SD, Sheridan MJ, Nieves K, Khoury AN, Dalrymple JL. Structured teaching of early pregnancy loss counseling. *Obstet Gynecol*. 2015;126(Suppl 4):1S-6S.

81. Saviani-Zeoti F, Petean EB. Breaking bad news: doctors' feelings and behaviors. *Span J Psychol*. 2007;10:380-7.

82. Shaw J, Brown R, Heinrich P, Dunn S. Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*. 2013;93:203-8.

83. 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;5:302-11.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Foi feita uma revisão da literatura por todos os autores. O 1.º autor redigiu o texto inicial que foi revisto por todos os co-autores.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Daniel da Silva

E-mail: dpdasilva@sapo.pt

<https://orcid.org/0000-0001-8997-4490>

RECEBIDO EM: 25/05/2024

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 26/06/2024