

Comunicação de *más notícias* na prática clínica – O Papel da Psiquiatria de Ligação

Communication of bad news in clinical practice - The Role of Liaison Psychiatry

Ana Sofia Coutinho* , Lúcia Ribeiro**

RESUMO

Introdução: Da literatura surgem dados sugestivos de que os médicos apresentam dificuldades importantes na comunicação de *más notícias*, o que influencia negativamente o prognóstico clínico e conduz a situações de litígio. Os pedidos de colaboração efetuados, nesse âmbito, à Psiquiatria de Ligação, refletem essas dificuldades, permitindo que o médico permaneça distanciado dos aspetos psicossociais da relação com o doente e dos sentimentos de impotência face a prognósticos desfavoráveis.

Objetivos: Realizar uma revisão da literatura, no campo da comunicação médico-doente, com foco na comunicação de *más notícias*, e refletir sobre o contributo da Psiquiatria de Ligação nessa interação.

Métodos: Realizámos uma revisão não sistemática e análise crítica da literatura no campo da comunicação médico-doente, com recurso às bases de dados *online Pubmed* e *Scielo* e sem limite temporal definido. Selecionámos os estudos com maior enfoque na comunicação

de *más notícias* e que incluíam programas de treino especificamente desenhados para melhorar as competências comunicacionais dos médicos nessa interação.

Resultados e Conclusões: As dificuldades identificadas na comunicação de *más notícias* pelo médico parecem resultar de uma formação académica pré e pós-graduada insuficiente, de limitações profissionais, como a escassez de tempo, e de dificuldades em lidar com os aspetos psicológicos do doente. Os programas de treino desenvolvidos nesta área, apesar de incrementarem os níveis de confiança, carecem de validação científica rigorosa e estão pouco difundidos na formação médica. Perspetivamos que a Psiquiatria de Ligação deva ter um papel na alteração dessa realidade, mediante o desenvolvimento de programas bem estruturados, que combinem diferentes metodologias e examinem a satisfação dos intervenientes e os resultados a longo prazo.

Palavras-Chave: Comunicação; Empatia; Relação Médico-Doente; Educação Médica.

* Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; ✉ anasofiacoutinhohclinic@gmail.com.

** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

 <https://orcid.org/0000-0002-0005-8486>

Recebido / Received: 29/10/2018 - Aceite / Accepted: 17/11/2019

ABSTRACT

Background: Evidence suggests that physicians present important difficulties in communicating bad news, which negatively influences the clinical prognosis and leads to litigation situations. The requests for collaboration made to Liaison Psychiatry in this context reflect these difficulties, allowing the physician to remain distanced from the psychosocial aspects of the relationship with the patient and from feelings of impotence in the face of unfavorable prognosis.

Aims: To carry out a review of the literature, in the field of physician-patient communication, focusing on the communication of bad news, and to reflect on the contribution of Liaison Psychiatry in this interaction.

Methods: We performed a non-systematic review and critical analysis of the literature in the field of physician-patient communication, using online databases Pubmed and Scielo, with no time limit defined. We selected the studies focusing on the communication of bad news and included training programs specifically designed to improve the communicational skills of physicians in this interaction.

Results and Conclusions: The difficulties identified in the report of bad news by the doctor seem to result from insufficient under and postgraduate academic training, from professional limitations such as the lack of time, and from difficulties in dealing with the psychological aspects of the patient. The training programs developed in this area, despite increasing confidence, lack rigorous scientific validation and are

not widespread in medical training. We believe that Liaison Psychiatry should improve this reality by developing well-structured programs that combine methodologies and examine stakeholder satisfaction and long-term outcomes.

Key-Words: Communication; Empathy; Physician-Patient Relationship; Medical Education.

INTRODUÇÃO

O conceito de Psiquiatria de Ligação (PL) sofreu diversas evoluções ao longo do tempo, referindo-se a um ramo da psiquiatria que estabelece uma ponte entre os conhecimentos médicos e psiquiátricos¹. Na sua vertente de consultoria, responde aos pedidos de apoio a doentes internados, promovendo um cuidado integrativo do doente e atuando como facilitador da comunicação entre a psiquiatria e as restantes especialidades médicas, assim como da comunicação entre o médico e o doente¹. Esse é um dos motivos pelos quais a *European Association of Consultation-Liaison Psychiatry* (EACLPP) define que a formação em PL implica a aquisição de ferramentas comunicacionais no contacto com pessoas gravemente doentes (frequentemente em processo de morte iminente) e com as figuras de referência mais próximas².

Apesar dessa não ser uma competência exclusiva da PL, devendo integrar a formação médica geral, verifica-se, na prática, que os médicos têm dificuldades importantes na comunicação de *más notícias*, entendidas como “*toda e qualquer informação transmitida aos pacientes e suas famílias que envolva, direta*

ou indiretamente, uma mudança negativa nas suas vidas”³⁻⁶. Este aspeto assume especial relevância quando se objetiva que um número significativo de pedidos de colaboração dirigidos à PL dizem respeito a perturbações de ajustamento, no contexto de adaptação à doença, e que estas são frequentemente potenciadas por dificuldades comunicacionais na relação médico-doente.

Apesar da maioria da literatura se focar na comunicação com doentes oncológicos e/ou paliativos, a problemática estende-se a qualquer situação potencialmente ameaçadora de vida^{5,7}. A título de exemplo, reportamos um problema no controlo das infeções hospitalares decorrido em 2016, no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, que obrigou à criação de medidas extraordinárias, com isolamento dos doentes infetados ou portadores de *Klebsiella pneumoniae Carbapenemase producing bacteria* (KPC). Do total dos 29 pedidos respondidos pela PL, entre janeiro e março de 2016, onze doentes estavam infetados com KPC ou eram portadores da bactéria, tendo ainda ocorrido três óbitos nesse contexto. Além de alguns pedidos não constar informação quanto à infeção, a maioria dos doentes não tinha sido previamente informada do contacto com a PL, criando uma barreira comunicacional importante. Em seis casos diagnosticaram-se perturbações de ajustamento sem necessidade de intervenção psicofarmacológica, em dois verificou-se ausência de psicopatologia e um doente não comunicava.

Os pedidos de colaboração refletiram, assim, mais do que situações psicopatológicas a necessitar de intervenção por psiquiatria, lapsos comunicacionais na interação médico-doente

e médico-médico, conduzindo à gestão inadequada dos recursos hospitalares. Na ótica do doente, verificaram-se sobretudo lacunas na clarificação das medidas de isolamento, dos procedimentos terapêuticos, prognóstico e orientações pós-alta. Do lado da equipa técnica, predominaram as dificuldades em comunicar eventos adversos e em lidar com prognósticos clínicos desfavoráveis.

Situações como esta, conduziram-nos a refletir sobre o problema da comunicação de *más notícias* na medicina, sobre o papel da PL nesse mesmo âmbito e sobre o rumo necessário à construção de uma comunicação eficaz entre o médico e o doente, que implique o fornecimento adequado de informação e a tomada de decisões partilhada⁸⁻¹².

OBJETIVOS

Conscientes das barreiras ainda existentes na relação médico-doente, particularmente evidentes na comunicação de *más notícias*, realizámos uma revisão não-sistemática da literatura existente no campo da comunicação médico-doente. O artigo pretende descrever as principais dificuldades sentidas pelos clínicos, assim como as preferências dos pacientes quanto aos estilos comunicacionais utilizados. Refletimos, ainda, sobre os limites de atuação da PL nessa interação e sobre o papel propulsor que deve assumir na melhoria das competências comunicacionais durante a formação médica.

MATERIAL E MÉTODOS

Efetuíámos uma revisão não sistemática da literatura no campo da comunicação médico-doente, com recurso às bases de dados *on-*

line Pubmed e Scielo. Do total de 76 artigos recolhidos, foram incluídos 36, redigidos em português, inglês ou espanhol. Foram selecionados os estudos com maior enfoque nos estilos comunicacionais e preferências dos doentes na comunicação de *más notícias*, e os que incluíam programas de treino especificamente desenhados para melhorar as competências comunicacionais dos médicos. Não foram estabelecidos limites para o ano de publicação, nem para a tipologia dos artigos, que vão desde ensaios sistematizados, a meta-análises e artigos de revisão.

RESULTADOS

A comunicação de *más notícias* é um evento gerador de ansiedade nos médicos, doentes e familiares, e tem um importante impacto na perceção e adaptação do doente ao seu estado de saúde^{5,10,13}. A forma como são transmitidas pode comprometer, positiva ou negativamente, a relação do doente com o seu médico^{3-5,9-12,14-20} e, subsequentemente, a adesão ao tratamento^{9-10,13-14,17-18,20-21}, os resultados clínicos e as despesas hospitalares^{11,14,18,20}. De facto, os doentes queixam-se mais frequentemente do que percecionam como falhas comunicacionais do que relativamente a aspetos técnicos^{6,9,12,14,20-21}. Melhorar a forma como se comunicam *más notícias* é, assim, fundamental à redução de possíveis situações de litígio.

Apesar da importância que as competências comunicacionais assumem na prática médica diária, com o *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) a definir *Interpersonal and communication skills* como uma das seis competências fun-

damentais à educação médica⁸, a literatura sugere que estas se situam num nível subótimo^{3,8,10-16,20,22-24} e que o treino da empatia decai ao longo da formação médica pré e pós-graduada^{12,17,22,25-28}.

Alguns autores consideram que, para isso, contribuem o treino insuficiente^{3,5,8,14-16,22-23,29}, a supervisão inadequada pelos médicos mais experientes^{3,8,15,17,22}, o valor curricular omisso dessas atitudes, a primazia dos dados objetivos sobre a experiência subjetiva do paciente²² e as condições de privação de sono²⁷ e de escassez de tempo^{3,8,17} a que os médicos estão frequentemente sujeitos. Além disso, conforme ilustrado no primeiro código de ética da *American Medical Association* (1847) (“*The life of a sick person can be shortened not only by the acts, but also by the words or the manner of a physician. It is, therefore, a sacred duty to guard himself carefully in this respect, and to avoid all things which can have a tendency to discourage the patient and to depress his spirits*”)^{5,6,12,23-24,30}, no pensamento médico está profundamente enraizado o receio de desencadear respostas emocionais negativas nos doentes^{3,5-6,12,15,22}.

Os pedidos de colaboração efetuados à PL refletem essas dificuldades, sendo frequentemente solicitados no período imediatamente após a comunicação de *más notícias*, ou até mesmo para a sua comunicação efetiva. Essa tendência comunicacional permite que os médicos coloquem num terceiro elemento (menos informado quanto ao contexto clínico) o peso de lidar com as respostas emocionais dos doentes, permanecendo defensivamente distanciados dos aspetos psicossociais da relação médico-doente^{12,23}, assim como

dos próprios sentimentos de impotência face a condições que não conseguem modificar^{5,15,23}.

A constatação da necessidade de melhorar as competências comunicacionais dos mé-

dicos, com vista à optimização dos cuidados de saúde prestados, tem promovido o desenvolvimento de diversos programas de treino específicos (*communication skills training programmes*)^{3,6,8-9,14-16,19,21-22}. (Quadro I).

Quadro I. Modalidades de ensino na comunicação de más notícias (adaptado de *Allelwani SM e Ahmed YA*³).

Estratégia	Vantagens	Desvantagens
Formações didáticas	Apresentação de conceitos chave de forma eficiente a um elevado número de alunos. Escasso consumo de tempo e recursos. Alunos preservam anonimato.	Escassas oportunidades de discussão. Ausência de componente prático/de supervisão.
Discussão em pequenos grupos	Oportunidade para discutir assuntos, competências e preocupações.	Sem oportunidades de prática supervisionada.
Pequenos grupos, <i>role play</i> entre pares	Oportunidade para discutir assuntos, competências e preocupações. Oportunidade para praticar. Compreensão da perspetiva do doente.	Capacidade variável dos participantes para desempenhar o papel de doente.
Pequenos grupos, <i>role play</i> com doente standardizado	Múltiplos cenários mostram a variedade de possíveis abordagens e respostas dos doentes. Treino prático com <i>feedback</i> do professor, pares e doente standardizado. Mais realista que o <i>role-play</i> entre pares.	Maior ansiedade de desempenho. Doente standardizado. Menos realista que a abordagem individual do paciente standardizado.
Frente a frente com doentes standardizados	Treino de competências com <i>feedback</i> do formador ou do doente standardizado. Mais realista que a abordagem em grupo do doente standardizado.	Não há discussão em grupo. Sem exposição às diferentes abordagens e respostas possíveis dos doentes.
Momentos de aprendizagem em contextos clínicos	Contexto clínico real. Observação, demonstração e <i>feedback</i> .	Privacidade do doente. Restrições de tempo.

Apesar dos diferentes resultados quanto à eficácia, estes programas são avaliados pelos formandos como incrementadores dos níveis de confiança na transmissão de *más notícias*^{3,6,13}. Eles assentam o seu método em dados provenientes de estudos de preferência dos doentes quanto ao estilo comunicacional em que lhe são veiculadas as *más notícias*^{4,10,31-32}. Desses estudos resulta, também, o desenvolvimento de *guidelines*, com destaque para o modelo SPIKES (*setting, perception, invita-*

tion, knowledge, empathy, summary and strategy) desenvolvido por Buckman (1992)¹⁵ (Quadro II). Essas linhas de orientação, no entanto, baseiam-se mais nas experiências e desejos dos profissionais de saúde, doentes e suas famílias^{3,15,23}, do que em estudos sistémicos^{5,23}, levando alguns autores a afirmar que nenhuma das atuais práticas respeitantes à comunicação de *más notícias* possa ser considerada baseada na evidência até uma maior investigação²⁴.

Quadro II. Protocolo SPIKES para comunicação de *más notícias* aos pacientes
(adaptado de *Rosenbaum et al*¹⁵).

Etapa	Descrição da tarefa
<i>Setting</i>	Estabelecimento de ligação com o doente mediante a criação de um ambiente adequado, onde sejam assegurados a privacidade, o conforto, a ausência de interrupções, o contacto ocular adequado e a presença de outras pessoas significativas (se desejada).
<i>Perception</i>	Explorar a perceção do doente acerca do seu problema de saúde.
<i>Invitation</i>	Obter o convite do doente para divulgação de detalhes acerca da sua condição médica.
<i>Knowledge</i>	Providenciar conhecimento e informação ao doente. Fornecer pequenas quantidades de informação de cada vez, evitando jargão médico. Verificar a compreensão do doente.
<i>Empathize</i>	Empatizar e explorar as emoções expressas pelo paciente.
<i>Summary and strategy</i>	Providenciar um resumo do que foi transmitido e negociar a estratégia de tratamento e vigilância.

A literatura aponta para a necessidade de uma mudança de paradigma no que respeita ao comportamento médico, que deve abandonar a tendência paternalista e adotar um estilo mais centrado no doente, aceitando o seu direito à informação e ajustando as atitudes às suas preferências, desejos e valores^{10-12,18,31-33}.

Uma comunicação efetiva de *más notícias* implica, portanto, a capacidade do médico ir ao encontro do estilo comunicacional do doente^{10,20,34}, o que só é possível mediante adoção de uma postura de escuta ativa e empática^{10-11,14,33}, de forma a não ignorar as características emocionais dos doentes^{3,22}. Implica, também, a avaliação precoce do contexto cultural do doente¹⁰⁻¹¹, uma vez que raça, género, condição socioeconómica, nível educacional e crenças espirituais são potenciais barreiras à comunicação^{10,12}.

A mensagem deve ser transmitida numa linguagem simples e clara, evitando eufemismos ou jargão técnico, podendo ter de ser repetida ou revista, à medida que a pessoa se vai adaptando às notícias que recebe^{4,14,23,33}. Aprofundar, clarificar, esclarecer, confrontar, resumir

e encerrar são técnicas de comunicação verbal com utilidade positiva^{10,14,19,21,31-32}. Por outro lado, a utilização de questões fechadas, diretivas ou múltiplas, bem como de armadilhas comunicacionais, como culpar, julgar, interromper ou dominar a conversa, demonstram ter efeito negativo sobre a interação^{10,14,21,31,33}.

A seguir à componente verbal, a comunicação não verbal aparenta ser o factor mais influenciador da interação^{10,17,29}. Está amplamente descrito na literatura que a expressividade facial, a postura corporal e o tom de voz, assim como a frequência do contacto ocular, sorriso e meneio da cabeça, são importantes preditores da satisfação geral do doente^{10,11,14,19,33,35}. O toque, por seu turno, pode transmitir conforto, encorajamento ou reforço^{11,23}, mas a recetividade do doente ao seu uso é mais controversa, devendo ser avaliada doente a doente^{4,14}.

É importante que o médico respeite o direito do doente de obter informação sobre o diagnóstico e o prognóstico, mas esta deve ser facultada somente depois de assegurado o consenso de toda a equipa responsável^{4,12,14,23}, para que não se ofereçam garantias prema-

turas acerca da condição clínica^{4,12,23,33}. A informação a transmitir deve, além disso, ser selecionada caso a caso, segundo um modelo que a literatura classifica como *individual disclosure* (um dos três modelos básicos de comunicação de *más notícias*, descritos no Quadro III), no qual a quantidade e o *timing* da informação divulgada são adaptados aos

desejos do paciente. Sabe-se atualmente que, apesar da comunicação de um maior número de informações poder causar um impacto emocional negativo a curto-prazo, os doentes vêm a adotar, a longo-prazo, um *coping* mais ajustado, assim como níveis de ansiedade mais reduzidos e atitudes mais otimistas face à doença^{4,23-24}.

Quadro III. Modelos de comunicação de *más notícias* (adaptado de Fujimori M e Yosuke U²⁴).

	<i>Nondisclosure</i>	<i>Full disclosure</i>	<i>Individual disclosure</i>
Pressupostos	É apropriado ser o médico a decidir o que é melhor para o doente. Os doentes não querem tomar conhecimento de eventos desfavoráveis relativos a si próprios. Os doentes precisam ser protegidos de <i>más notícias</i> .	O doente tem o direito a ser informado na totalidade acerca do seu estado de saúde e o médico a obrigação de facultar essas informações. Todos os doentes querem tomar conhecimento de eventos desfavoráveis relativos a si próprios. Os doentes devem decidir qual o melhor tratamento para si próprios.	As pessoas são diferentes. Relacionamento de parceria como base para a tomada de decisões. É o que melhor defende o interesse do paciente.
Desvantagens	Negação da oportunidade de ajustamento. Diminuição da confiança no médico. Perda de oportunidades para ajudar o doente. Menor adesão ao tratamento. Aquisição de informação errónea. Maior evitamento, isolamento e percepção de rejeição. Sensação de perda de controlo por parte do doente.	A discussão detalhada das opções pode assustar e confundir alguns doentes. Insistir em informar pode minar mecanismos defensivos (p.ex. negação). A totalidade da informação pode ter um impacto emocional negativo para alguns doentes.	O processo consome muitos recursos de tempo. Consome os recursos emocionais dos cuidadores. Pode fazer presumir que os prestadores de cuidados podem determinar o que o doente necessita.
Vantagens	Atitude mais fácil e menos consumidora de tempo para o médico. Encaixa nas pessoas que realmente preferem não tomar conhecimento da sua condição clínica.	Promove a confiança médico-doente. Promove o suporte familiar e dá tempo ao doente para organizar questões de vida. Auxilia aqueles que se ajustam sabendo o máximo de informação.	Informação divulgada à medida das necessidades individuais. É desenvolvida uma relação de suporte com o médico.
Conclusões	Os pressupostos não são suportados pela literatura. Parece causar impacto negativo na vida da maioria dos doentes.	Os pressupostos não são válidos para um grupo significativo de doentes. Pode ser prejudicial para algumas pessoas, sobretudo se feito de forma abrupta. Problemas éticos na medicina.	Parece ser o modelo ideal.

Outro aspeto importante é o de que apenas um médico deve ser responsável pelo ato da comunicação de *más notícias*^{4,23}, sendo habitualmente aquele que reúne maior conhecimento sobre o caso e que privou mais com o doente e familiares. Esse é, à partida, o médico com mais capacidade para responder às questões técnicas do doente, mas também aquele com quem ele se sentirá mais confortável na expressão dos seus sentimentos^{e4,10-11,14,23,36}.

Perante isso, conclui-se que o envolvimento frequente da PL perpetua uma triangulação comunicacional com consequências importantes no bem-estar do doente, que pode não ver respondidas as suas necessidades de informação e de contenção emocional. Além disso, qualquer ato comunicacional deve ocorrer num local tranquilo e privado, onde não se preveja a possibilidade de interrupção^{4,23}, sendo essas condições dificilmente alcançadas pelos elementos da PL, que prestam o serviço de apoio à cabeceira do doente e em enfermarias frequentemente sobrelotadas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Apesar de frequente na prática clínica, a comunicação de *más notícias* a um doente é uma das tarefas mais difíceis, das desempenhadas pelo médico. Da literatura surgem dados sugestivos de que, não só os médicos se sentem pouco confiantes nessa interação, como os doentes se sentem insatisfeitos com o modo como a informação lhes é facultada. Essa situação parece resultar de uma formação académica pré e pós-graduada claramente insuficiente na área da comunicação médico-doente, limitações profissionais como a escassez de tempo e recursos, e dificuldades

personais em lidar com os aspetos psicológicos do doente e com os próprios receios de morte e doença. Estes fatores conduzem a que muitos médicos se distanciem dos aspetos psicossociais da relação médico-doente, solicitando frequentemente o auxílio da PL para a comunicação de *más notícias* ou para lidar com as respostas emocionais dos doentes às mesmas.

Esse facto reflete e introduz falhas comunicacionais importantes na comunicação médico-doente, que podem conduzir a quebras na confiança na equipa terapêutica, pior adesão aos tratamentos e resultados clínicos menos satisfatórios a longo prazo. Deste modo, parece óbvio que este é um assunto que requer mais atenção, de forma a melhorar a qualidade dos serviços clínicos prestados.

Para isso, e uma vez que médicos e doentes têm opiniões diferentes acerca da necessidade de informação e qualidade do contacto, têm vindo a ser averiguadas cada uma das perspetivas, com subsequente desenvolvimento de *guidelines* e de programas de treino para complementar a formação médica. Estes, contudo, além de carecerem de validação científica rigorosa, estão pouco difundidos na formação médica portuguesa.

Perspetivamos, contudo, que a PL possa melhorar essa realidade, mediante o desenvolvimento de planos de intervenção bem estruturados, no campo da comunicação médico-doente, com programas de treino rigorosos, que combinem diversos métodos, avaliem a harmonia entre os comportamentos verbal e não verbal do médico e examinem a satisfação dos intervenientes, assim como os resultados clínicos a longo prazo.

Acreditamos que o maior investimento pelos serviços de PL na vertente formativa em áreas de comunicação, nomeadamente de *más* notícias, levará a uma subsequente melhoria na qualidade dos serviços prestados e na gestão dos recursos hospitalares.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Leigh H. The Function of Liaison Psychiatry. In: Leigh H, Streltzer J, editors. Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Second edition. US: Springer; 2007. p11–15.
2. Söllner W, Creed F; European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics Workgroup on Training in Consultation-Liaison. European guidelines for training in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics: report of the EACLPP Workgroup on Training in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics. J Psychosom Res. 2007;62(4): 501-9.
3. Alelwani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: A literature review. J Educ Health Promot. 2014;3: 51.
4. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. Jpn J Clin Oncol. 2009;39(4): 201-16.
5. Fan Z, Chen L, Meng L, Jiang H, Zhao Q, Zhang L, et al. Preference of cancer patients and family members regarding delivery of bad news and differences in clinical practice among medical staff. Support Care Cancer. 2019;27(2): 583-589.
6. VandeKieft GK. Breaking bad news. Am Fam Physician. 2001;64(12): 1975-8.
7. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud [Breaking bad news in medicine: strategies that turn necessity into a virtue]. Med Intensiva. 2006;30(9): 452-9.
8. Lamba S, Tyrie LS, Bryczkowski S, Nagurka R. Teaching surgery residents the skills to communicate difficult news to patient and family members: A literature review. J Palliat Med. 2016;19: 101–107.
9. Liu X, Rohrer W, Luo A, Fang Z, He T, Xie W. Doctor-patient communication skills training in mainland China: a systematic review of the literature. Patient Educ Couns. 2015;98(1): 3-14.
10. Matusitz J, Spear J. Effective doctor–patient communication: An updated examination. Soc Work Public Health. 2014;29(3): 252-66.
11. Kornhaber R, Walsh K, Duff J, Walker K. Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. J Multidiscip Healthc. 2016;9: 537-546.
12. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. Ochsner J. 2010;10(1): 38-43.
13. Barnett MM. Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. J R Soc Med. 2002;95(7): 343-7.

14. Razavi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J, et al. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol*. 2003;21(16): 3141-9.
15. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med*. 2004;79(2): 107-17.
16. Ditton-Phare P, Halpin S, Sandhu H, Kelly B, Vamos M, Outram S, et al. Communication skills in psychiatry training. *Australas Psychiatry*. 2015;23(4): 429-31.
17. Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev Bras educ med*. 2010;34(2): 261-9.
18. Swenson SL, Zettler P, Lo B. 'She gave it her best shot right away': patient experiences of biomedical and patient-centered communication. *Patient Educ Couns*. 2006;61(2): 200-11.
19. Uhm S, Lee GH, Jin JK, Bak YI, Jeoung YO, Kim CW. Impact of tailored feedback in assessment of communication skills for medical students. *Med Educ Online*. 2015;20: 28453.
20. Ruiz-Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, de la Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006;64(1-3): 242-8.
21. Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2): CD003751.
22. 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;13(4): 439-52.
23. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol*. 1995;13: 2449-2456.
24. 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;45(17): 2960-6.
25. Ferreira-Valente A, Monteiro JS, Barbosa RM, Salgueira A, Costa P, Costa MJ. Clarifying changes in student empathy throughout medical school: a scoping review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2017;22(5): 1293-1313.
26. Igde FA, Sahin MK. Changes in Empathy during Medical Education: An Example from Turkey. *Pak J Med Sci*. 2017;33(5): 1177-1181.
27. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007;22(10): 1434-8.
28. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38(9): 934-41.
29. Brandão J. Relação e comunicação médico-doente. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24: 503-4.
30. D'Agostino TA, Atkinson TM, Latella LE, Rogers M, Morrissey D, DeRosa AP, et al. Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2017;100(7): 1247-57.

31. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7): 903-18.
32. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998;15(5): 480-92.
33. Nataša M, Bakić-Mirić, Nikola M. Successful doctor-patient communication and rapport building as the key skills of medical practice. *Facta Univ Ser Med Biol*. 2008;15: 74-9.
34. Lunenburg, FC. Communication: The Process, Barriers, and Improving Effectiveness. *Schooling*. 2010;1(1): 1-11.
35. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3): 315-8.
36. 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.