

## A comunicação de más notícias em um hospital de emergência

### The communication of bad news in the emergency hospital

### Comunicar malas noticias en un hospital de urgencias

Gislaine Alves de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-4556-2416>)<sup>1</sup>  
Janaína Souza Aredes (<http://orcid.org/0000-0002-4147-2405>)<sup>1</sup>  
Karla Cristina Giacomini (<https://orcid.org/0000-0002-9510-6953>)<sup>2,3</sup>  
Josélia Oliveira Araújo Firmo (<https://orcid.org/0000-0001-5330-476X>)<sup>3</sup>

**Resumo** O estudo objetivou compreender os elementos que atravessam a comunicação de más notícias no contexto da atuação médica em um hospital de emergência brasileiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada na antropologia médica. A coleta de dados ocorreu em nove meses de observação participante e entrevistas com 43 médicos. A análise emica foi guiada pelo modelo dos signos, significados e ações. Da análise dos dados emergiram duas categorias: os gargalos na comunicação de más notícias relativos à interação com as próprias emoções e com as do familiar; o insuficiente preparo acadêmico na abordagem da morte e da impossibilidade de cura, com reflexos na prática profissional. As dificuldades em comunicar más notícias na emergência persistem, a lacuna na formação repercute na prática profissional e os profissionais sentem-se despreparados. As dificuldades não são apenas técnicas, didáticas ou teóricas. As comunicações de más notícias também são atravessadas por um conhecimento tácito, vivencial, relacional, emocional, sociocultural, humano, ético e reflexivo.

**Palavras-chave** Comunicação, Serviço hospitalar de emergência, Antropologia médica

**Abstract** The scope of this study was to understand the elements involved in the communication of bad news in the context of medical practice in a Brazilian emergency hospital. It consisted of qualitative research, based on medical anthropology. Data collection was gathered over nine months of participant observation and interviews with 43 physicians. The emic analysis was based on the model of signs, meanings and actions. Two categories emerged from the analysis of the data: bottlenecks in communicating bad news relating to interaction one's own emotions and those of the family member; insufficient academic preparation in addressing death and the impossibility of a cure, with repercussions on professional practice. The difficulties in communicating bad news in the emergency hospital persist and the omission in training has repercussions on professional practice, and the professionals continue to feel ill-prepared. The difficulties are not only technical, didactic or theoretical. Communicating bad news is also permeated by tacit, experiential, relational, emotional, socio-cultural, human, ethical and reflective knowledge.

**Key words** Communication, Emergency hospital service, Medical anthropology

**Resumen** Este estudio tuvo como objetivo comprender los elementos que permean la comunicación de malas noticias en el contexto del trabajo médico en un hospital de emergencia brasileño. Se trata de una investigación cualitativa, basada en la antropología médica. La recopilación de datos se llevó a cabo durante nueve meses de observación participante y entrevistas con 43 médicos. El análisis emico se guió por el modelo de signos, significados y acciones. Del análisis de datos surgieron dos categorías: obstáculos en la comunicación de malas noticias relacionadas con la interacción con las propias emociones y las de los familiares; insuficiente preparación académica ante el acercamiento a la muerte y la imposibilidad de curación, con consecuencias en el ejercicio profesional. Persisten las dificultades para comunicar malas noticias en situaciones de emergencia, la brecha de formación repercute en la práctica profesional y los profesionales se sienten desprevenidos. Las dificultades no son sólo técnicas, didácticas o teóricas. Las comunicaciones de malas noticias también están impregnadas de conocimientos tácitos, experienciales, relacionales, emocionales, socioculturales, humanos, éticos y reflexivos.

**Palabras clave** Comunicación, Servicio hospitalario de emergencias, Antropología médica

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto René Rachou – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas). Av. Augusto de Lima 1520, sl. 214. 30190-003 Belo Horizonte MG Brasil. gislaine.as@gmail.com.

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte MG Brasil.

<sup>3</sup> Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Instituto René Rachou – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas). Belo Horizonte MG Brasil.

## Introdução

No decorrer do século XX, o perfil de atuação médica tornou-se cada vez mais biomédico, especializado, técnico, fragmentado e focado na doença, em detrimento da relação médico-paciente e da singularidade de cada paciente, dos aspectos sociais, psicológicos e comunicacionais. Todavia, é recorrente a percepção de que a formação médica requer um modelo de atuação biopsicossocial, ético, sensível e reflexivo<sup>1</sup> que considera os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença proposto no campo da saúde coletiva e que inclua habilidades de comunicação. Assume-se por comunicação um processo dinâmico, aberto e interativo<sup>2</sup>, intrínseco ao ser humano<sup>3,4</sup>. Esta habilidade crucial à prática médica<sup>3,5</sup> integra o tratamento<sup>4</sup>, visto ser indissociável das vivências, dos significados, das produções de sentido<sup>6</sup>, podendo gerar sensações desagradáveis e ser difícil para quem recebe e para quem comunica as más notícias<sup>2-5</sup>, pois envolve aspectos psicossociais, emocionais e espirituais de ambos os envolvidos<sup>4,7</sup>.

Uma má notícia é compreendida como uma informação que influencia negativamente no futuro do paciente<sup>3,5</sup>, estando relacionada a diagnóstico de doenças graves, interferência na qualidade de vida, mau prognóstico ou morte<sup>2-4,7</sup>. Usualmente, compete ao médico comunicá-las aos pacientes<sup>3</sup>. Desde 1980, foram criados protocolos práticos e didáticos para treinamento dos profissionais para comunicação de más notícias, sendo frequente na literatura o SPIKES, CLASS e PACIENTE<sup>3,4,7</sup>. Contudo, esse tema continua sendo reconhecido como algo difícil e desencadeador de sofrimento, estresse e ansiedade para os profissionais médicos<sup>3,6,7</sup>, e na grade curricular médica a comunicação de más notícias ainda é precária<sup>2,3</sup>.

Estudos evidenciam que comunicar más notícias não se limita à técnica<sup>3,4,7</sup>, envolve o acolhimento, a empatia<sup>3</sup> e demanda um relacionamento interpessoal<sup>4</sup>. Assim, muitos médicos não se sentem preparados para realizá-la<sup>3,5</sup>, seja pelo receio de não estarem seguros ao transmitir a informação e ao expressar emoções, ou por se sentirem culpados por causar dor ou precisarem lidar com o desconforto do outro<sup>4</sup>. Uma pesquisa mostra que 51% dos profissionais se sentem afetados por comunicar uma má notícia<sup>2</sup>.

Portanto, a comunicação configura um processo social relacional, dinâmico, complexo e multidimensional, cuja prática é contextualizada tanto no âmbito histórico, político, econômico, geográfico e institucional, quanto intersubje-

tivo<sup>8</sup>. Porém, as publicações sobre como se dá essa comunicação concentram-se em como os médicos devem agir – procedimentos, modelos, protocolos, orientações e recomendações<sup>9-11</sup>, mas não incluem o cenário dos pronto-atendimentos. Faltam pesquisas a respeito da percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias no hospital de emergência<sup>9,12</sup> e a experiência desses profissionais em comunicá-la, sendo os aspectos envolvidos nessa comunicação pouco documentados em pesquisas<sup>6</sup>. Assim, este estudo objetivou compreender os elementos que atravessam a comunicação de más notícias no contexto da atuação médica em um hospital de emergência brasileiro.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada no referencial teórico metodológico da antropologia hermenêutica<sup>13</sup>, na antropologia médica<sup>14,15</sup> – abordagem que considera as dimensões sociais e a experiência intersubjetiva no fenômeno saúde-doença e distingue dois aspectos indissociáveis: a *disease*, processo biológico e de diagnóstico médico, e a *illness*, experiência humana psicossocial da doença<sup>15</sup>.

Este artigo é parte de um estudo maior, a etnografia intitulada “Vidas em risco: uma abordagem antropológica sobre as representações da morte entre médicos que trabalham em setores de urgência”, e está em acordo com as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelos comitês de ética da Universidade Federal de Minas Gerais e da Fundação Hospitalar de Minas Gerais.

O campo de estudo da coleta de dados foi um hospital público de emergência de grande porte, situado na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais, Brasil. A diversidade de especialidades médicas e a heterogeneidade de perfis para pacientes críticos em circunstâncias variadas (casos agudos, traumas, acidentes etc.) delimitaram a escolha da instituição. A coleta de dados da etnografia teve duração de nove meses, de dezembro de 2012 a agosto de 2013, o que totalizou 864 horas de trabalho de campo para imersão no universo sociocultural dos médicos da instituição em distintos turnos: ora no plantão de 12 horas diurno, ora no plantão de 12 horas noturno, incluindo finais de semana, feriados e ocasiões específicas, como manifestações populares, final de campeonato de futebol, entre outros. Especificamente, foi realizada observação participante durante 24 horas a fim de investigar contextos distintos.

A coleta de dados foi mediada pela referida observação participante, bem como entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado junto a médicos voluntários, convidados em seu turno e local de trabalho. Os principais eixos incluídos no roteiro de entrevista foram: a) a escolha da profissão e do local de trabalho; b) a dinâmica do setor e dificuldades no processo de trabalho; c) definição de morte, preparo, representações, sentimentos, interesses, relacionamentos diante da morte; d) se tem dificuldade em dar notícias sobre pacientes enfermos; e) como a profissão prepara e encara a morte; f) se apresenta dificuldade em lidar com pacientes fora de possibilidade curativas; g) como é a morte no setor em que trabalha. Para a seleção dos participantes, utilizou-se a técnica denominada “bola de neve”<sup>16</sup>, em que um entrevistado indica outro. As observações foram registradas em um diário de campo e as entrevistas foram gravadas e transcritas. A coleta de dados foi encerrada quando a qualidade, a quantidade e a intensidade dos dados coletados permitiram evidenciar a abrangência do fenômeno investigado<sup>17</sup>.

A análise dos dados foi êmica – direcionada a compreender a comunicação da morte sob o ponto de vista do médico – e guiada pelo modelo de “signos, significados e ações”<sup>14,18,19</sup>. Nele, a prática é o objeto de estudo para remontar ao nível semântico; trata-se de uma via de acesso privilegiada aos sistemas culturais. Identificam-se os níveis de análise entre cada um dos signos, significados e ações, e a relação entre eles, seus pontos nodais e de conexão<sup>18,19</sup>.

Para assegurar o anonimato, os entrevistados serão apresentados com F para médicos do sexo feminino e M para médicos do sexo masculino, ordem da entrevista, especialidade e idade.

## Resultados

A população estudada foi composta por 43 médicos – 25 homens e 18 mulheres, entre 28 e 69 anos – que atuam em setores específicos para pacientes graves com risco de morte em diferentes contextos, sendo 23 médicos da porta de entrada – bloco cirúrgico, salas de recuperação, politraumas e emergências clínicas; 16 médicos de unidades de terapia intensiva – para adultos, crianças, queimados graves e serviço de extensão de cuidados; e quatro médicos da unidade de cuidados progressivos, destinada a pacientes com sequelas crônicas. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos entrevistados.

**Tabela 1.** Caracterização dos médicos entrevistados.

Características	N (%)
Sexo	
Feminino	18 (41,8)
Masculino	25 (58,2)
Idade	
28-39 anos	21 (48,9)
40-49 anos	9 (20,9)
50-59 anos	9 (20,9)
60-69 anos	4 (9,3)
Setores de atuação	
Pronto atendimento (bloco cirúrgico e sala de recuperação, sala de politraumas, emergências clínicas, coordenação)	23 (53,5)
Unidades de terapia intensiva (adulto, infantil e queimados graves)	16 (37,2)
Unidade de cuidados progressivos (destinada a pacientes crônico-sequelados)	4 (9,3)
Especialidade médica	
Clínica médica (geral e intensiva, oncologia, nefrologia, cardiologia)	20 (46,5)
Pediatria (geral e intensiva)	4 (9,3)
Cirurgia (geral, neurocirurgia, cardiovascular e do trauma)	14 (32,5)
Anestesia	5 (11,6)
Anos decorridos desde sua graduação	
0-9	12 (27,9)
10-19	13 (30,2)
20-29	4 (9,3)
30-39	12 (27,9)
Não sabem informar	2 (4,7)
Total	43 (100)

Fonte: Autoras.

Da análise dos dados emergiram duas categorias: “A inserção na prática médica: as dificuldades do profissional no processo comunicacional” e “Principais razões apresentadas para as dificuldades da prática médica: interface com o ensino e a formação profissional”.

### “A inserção na prática médica: as dificuldades do profissional no processo comunicacional”

Essa categoria apresenta os principais gargalos apresentados pelos interlocutores relacionados à interação intersubjetiva na prática profissional de comunicação de más notícias:

*Eu senti dificuldade em praticamente quase tudo, mas mais na prática mesmo, a teoria a gente estuda e tudo, mas a prática é totalmente*

diferente. Quando você está na prática envolve a sua emoção, a emoção de quem está lidando, tudo isso junto com a emoção do paciente, e isso a gente não aprende. É a vida, o dia a dia, que ensina isso, como, por exemplo, lidar com o seu sofrimento, a sua tristeza, em relação aos eventos, a sua ansiedade (E18, neurocirurgia M, 34 anos).

Senti falta da abordagem com os familiares, o contato com o paciente de urgência e emergência. Ainda que na graduação temos na prática clínica acompanhamentos, passar informação para o familiar, o contato com o doente, a gente não tem esse preparo. Isso a gente aprende na nossa própria prática quando já somos graduados. Porque uma coisa é você estar presente na hora em que o seu preceptor ou professor está dando essa notícia, nesses casos você não se sente responsável pela notícia. Muitas vezes a gente aprende observando, mas aprendizado mesmo é você aplicando, você de cara com o problema. Então, tudo aquilo que a gente não tem prática, a gente acaba sentindo falta de um preparo (E21, clínica médica, M, 34 anos).

A relação com os familiares às vezes é difícil, pois o familiar tende a negar: ele racionaliza e nega ao mesmo tempo. Às vezes, na hora da visita, por exemplo, tem um paciente no SAV [leito de terapia intensiva para protocolo de morte encefálica], você explica que o paciente não vai andar, não vai conversar, que só por um milagre ele vai se recuperar. Você fica uns 20 minutos falando da gravidade do paciente. Eu só não tiro a esperança. Tem gente que fala: "Olha, meus sentimentos, ela está morta, nós só estamos definindo os exames". Eu não, eu gosto de conversar, aí no final da conversa depois de explicar mil coisas, aí a pessoa pergunta: "Mas e aí, doutor? Daqui uns dias ele vai embora para casa". Parece que o parente não ouviu nada do que você falou, ele nega totalmente essa condição do doente (E26, clínica médica, M, 32 anos).

Nos relatos é possível identificar as dificuldades na comunicação apresentadas pelos interlocutores, transversais à prática profissional, sobretudo em lidar com as emoções dos atores inseridos na dinâmica do cuidado (paciente, acompanhante e o próprio profissional), a relação direta com o familiar, principalmente no que concerne à transmissão de notícias, entre elas a comunicação de quadros clínicos com prognóstico ruim – os "sem prognóstico" – e de óbito. Comunicar a morte de alguém significa que o profissional "perdeu a queda de braço" com ela (diário de campo), sendo considerada a atividade mais difícil de seu fazer profissional, levando a uma sensação de impotência e a evitar esse momento. As dificuldades advêm de

questões culturais, institucionais, pessoais, por terem de lidar com a reação da família e por se sentirem fracassados. Após fazê-lo, "a maioria se retira, some por algum tempo do setor onde atua e só retorna depois" (diário de campo).

Um termo muito comum utilizado no horário da notícia, seja do quadro clínico, seja do óbito, é: "Fizemos o possível". Essa frase é utilizada especialmente quando não há um prognóstico favorável e o paciente ora se encontra em estado grave, ora evolui a óbito. Os médicos a empregam como uma forma de se justificar perante a família, de que utilizaram todos os recursos disponíveis – tanto técnicos como humanos – para reverter o quadro, mas não foi suficiente para evitar a morte.

Dificuldade, às vezes, a gente tem, porque às vezes a gente tem o paciente que não tem indicação para reanimação. Paciente que está com um hematoma (intracerebral) tão volumoso que não adianta drenar. Casos do paciente que "se parar, parou", isso para mim é difícil aceitar. Eu já ressuscitei grande queimado que não tinha indicação, porque você ressuscita e o paciente para, depois e não volta mais. Para mim é difícil ver um paciente em parada e não poder reanimar, porque ele não tem prognóstico (E5, anestesiologia, F, 32 anos).

De fato, a frase "Fizemos o possível" poderia ser estendida para "Fizemos o possível e o impossível", porque em muitos casos os médicos, mesmo sabendo da irreversibilidade do quadro, insistem nos procedimentos. Algumas argumentações para tal posicionamento foram apresentadas:

Muitas vezes a família coloca muita pressão na gente como o "salvador", como se a gente tivesse esse poder (E4, anestesiologia, F, 33 anos).

Eles ainda mantêm essa visão romantizada e acham que é uma coisa linda... por exemplo, quando o médico reanima uma pessoa, eles pensam que o médico pode interromper esse trajeto. Como se isso fosse algo gratificante demais, sublime demais, único demais, e não é. [...] E porque a gente trabalha com as duas coisas, há pacientes que eu consigo intervir de forma concreta, e você determina o prognóstico favorável dele. Mas também é comum você pegar o paciente que você determina o fim... que ele vai morrer, ele entra em óbito. Se eu quero o bônus, o mérito de eu ter feito uma intervenção positiva, eu deveria aceitar também o ônus de uma intervenção fatal, não? Na verdade, não há uma diferença entre as duas para mim, porque se eu não me dou o direito de enxergar desse modo, com certa impessoalidade... (E6, anestesiologia, M, 33 anos).

O paciente que a gente sabe que ele vai morrer é um pouco mais difícil para a gente, porque a nossa formação é para salvar [...]. É muito mais frustrante você lidar com uma pessoa que tem prognóstico ruim do que com um paciente que tem condição de sobreviver (E10, cirurgia geral, M, 39 anos).

Tenho muita dificuldade quando eu sou forçado a fazer coisas com aquele paciente que eu não gostaria de fazer, porque a família às vezes não demonstra um entendimento e ela acaba forçando a equipe médica a tomar algumas atitudes. Às vezes, no trato com a família, percebo que algum colega não soube abordar algum aspecto e isso leva à definição de um procedimento invasivo que eu julgo que não seja benéfico para o paciente. Daí eu fico chateado em ter que praticar isso (E27, clínica médica, M, 34 anos).

Todos esses fatores mencionados repercutem na dificuldade de comunicação de más notícias:

A família do paciente fica na mão do médico. Depositam um poder supremo na gente (E12, cirurgia geral, M, 64 anos).

No meu ponto de vista não é o ideal, nem próximo do ideal. Talvez um médico que está numa situação de pronto socorro, às vezes ele está muito ligado na urgência, ligado ao paciente grave, e às vezes dá menos importância ao dar uma notícia para a família, porque ele sabe que está tentando salvar uma vida. Se a gente parar para pensar, a gente vê que a pessoa que está acompanhando o doente está muito perdida, então muitas vezes você tem que parar, pensar e ver que a sua relação com a família do doente tem que ser melhor. No horário de visitas, você está numa sala com pacientes graves, às vezes você está dando uma notícia para a família e tem outro paciente já te tirando a atenção. Então, a pessoa que está sempre nessa dinâmica, eu acho que falha um pouco essa relação (E15, neurocirurgia, M, 40 anos).

É uma relação muito difícil, porque quem vem para o pronto socorro não é uma situação esperada, é o telefonema que toca lá na casa da pessoa e fala assim: ah, aconteceu uma coisa com fulano. Então, os familiares são mais ansiosos, os pacientes são mais jovens, são pacientes saudáveis. Então é muito mais difícil você abordar uma família, falar da gravidade do caso, falar que o doente evoluiu a óbito (E4, anestesiologia, F, 33 anos).

O que eu tenho muita dificuldade é para dar notícia de morte. Não me acostumo mesmo, toda vez que no nosso serviço falece algum paciente eu fico angustiada por ter que dar a notícia. Então, quando o paciente falece, liga para a família e o pessoal me fala: oh, a família do paciente está

lá esperando a notícia. Essa parte é a mais triste, é a pior hora do plantão médico, da atuação médica, da nossa profissão. Dar essa notícia me deixa sempre muito chateado. Quando o doente já estava muito grave e você tem que dar a notícia, o familiar meio que já está esperando, mas às vezes acontece do familiar vir ver o paciente, ele está bem, o familiar vai embora, quando é de madrugada ligam para ele vir aqui para o hospital, e chega aqui você tem que falar que o doente morreu. Isso é muito difícil, é muito triste. Óbito: me apresento, falo que o doente estava muito grave, a gente tentou de tudo, mas não conseguiu, ou então o doente estava até melhorando, mas houve uma complicação, o doente chocou etc. Eu uso “óbito”, “faleceu”, “não resistiu”. Às vezes você também vai dar a notícia e o familiar desmaia, grita; eu tento confortar o paciente (E35, clínica médica, M, 69 anos).

Cabe mencionar que não foram identificadas diferenças entre gêneros, tanto homens como mulheres demonstraram sensibilidade e afeto em relação à temática contemplada no estudo. Na mesma direção, o tempo na profissão (pouco ou muito) e os diferentes setores de atuação no universo pesquisado não influenciaram na dificuldade na comunicação de más notícias.

### **“Principais razões apresentadas para as dificuldades da prática médica: interface com o ensino e a formação profissional”**

Essa categoria analítica apresenta os principais motivos apontados pelos interlocutores quanto às dificuldades apresentadas na categoria anterior (Quadro 1).

Nota-se que a formação médica está transversal às principais razões apontadas para dificuldades com a prática profissional.

Ausência de preparo acadêmico na abordagem de questões relacionadas à impossibilidade de cura e morte – formação mais vinculada e restrita ao modelo biomédico: morte enquanto desfecho a ser evitado de forma descomedida e preparo acadêmico focado na manutenção da vida biológica. Os signos “manter o doente vivo”; “preparado para prolongar a vida”; “preparados para fazer o diagnóstico e tratar”; “a gente vê a morte na graduação como uma grande vilã”; “preparado para aprender a ser o super-herói, o salvador, o vencedor da morte”; “os médicos em formação são preparados para fazer o diagnóstico e tratar”.

Ausência de preparo acadêmico – relação interpessoal (para além do paciente). Nesta sub-

**Quadro 1.** Razões apresentadas para as dificuldades da prática médica.

Subcategorias	Excertos das entrevistas
Ausência de preparo acadêmico na abordagem de questões relacionadas a impossibilidade de cura e morte	<p>Na faculdade ninguém te prepara para lidar com a morte; na faculdade eles te ensinam tudo o que você precisa fazer para manter o doente vivo até o dia que o seu doente morre. Aí você tem que lidar com a primeira frustração da sua vida, e, ao longo do tempo, dependendo de onde o médico trabalha, a morte acaba fazendo parte da rotina (E11, Cirurgia Geral, M, 39 anos).</p> <p>A gente vê [abordagem] a morte durante a nossa graduação como uma grande vilã (E3, anestesiologia, F, 42 anos).</p> <p>A gente foi preparado para aprender a ser o super-herói, o salvador, o vencedor da morte. Eles nunca falam para você: você vai perder. Você vai perder muitas vezes. Isso eles não te ensinam não, você aprende apanhando mesmo. Eu senti falta desse preparo para dar notícias aos familiares em caso de óbito, em caso de doença sem prognóstico. Nada disso é explorado na academia (E23, clínica médica, F, 57 anos).</p> <p>A gente é preparado para prolongar a vida, agora para lidar com a morte... você nota com os residentes que eles não gostam de ficar aqui [setor destinado aos pacientes crônico-sequelados], porque eles ficam pensando: nossa, que negócio chato... todo mundo morrendo. Então ninguém quer ficar nessa parte não, próxima da morte (E32, clínica médica, F, 56 anos).</p> <p>Eu nunca tive oportunidade de acompanhar ou simular uma notícia de óbito na faculdade (E19, neurocirurgia, M, 32 anos).</p> <p>Eu percebo que os médicos em formação são preparados para fazer o diagnóstico e tratar. Muitas vezes os pacientes não têm cura, vamos tratar sintomas, vamos paliar, melhorar a qualidade de vida etc. Mas, para muitos médicos a morte do paciente é um insucesso, e às vezes não é insucesso, é um desfecho esperado (E14, cirurgia geral, M, 47 anos).</p> <p>Não existe essa preparação do ponto de vista acadêmico. As escolas não preparam o estudante, o futuro médico para isso [morte, impossibilidade de cura], isso é uma questão do dia a dia mesmo, da sua residência, do seu trabalho depois como médico, como cirurgião, é uma coisa de se aprender mesmo no sofrimento (E10, cirurgia geral, M, 39 anos).</p>
Ausência de preparo acadêmico – relação interpessoal (para além do paciente)	<p>Não havia nada que abordasse a relação do médico para com as outras pessoas. Eu formei sem entender que eu iria trabalhar com gente, mas não só com o paciente com ele vinha junto uma gama de outras pessoas que eu também seria responsável. Porque quando eu estou com um paciente, ele tem irmãos, tios, tem pai, mãe, avô, tem vizinho, amigo, professor. Então a gente não fica responsável só pelo paciente, a gente tem que ter alguns minutos do plantão para esses outros 'pacientes' que vêm agregados (E37, pediatra, F, 58 anos).</p> <p>A escola nos ensina muito sobre a doença. A vida é que nos ensina sobre o doente. São duas coisas diferentes: a doença e o doente. Eu sempre parti da premissa que é fundamental na formação do médico um alicerce para que ele possa compreender melhor o ser humano, isso incluindo a relação com o familiar e com o doente (E8, cirurgia geral, M, 58 anos).</p> <p>A gente não tem nada na faculdade referente ao contato com o familiar. Não tinha nenhum tipo de disciplina que te preparasse para isso. É muito mais a ciência mesmo do que a parte humana. É muito deficiente a parte humana, de relação humana. Eu senti muita falta e tive que aprender na prática (E28, terapia intensiva, F, 49 anos).</p>

continua

categoria os entrevistados pontuam a ausência de preparo durante a graduação no que tange ao contato interpessoal, sobretudo com familiares.

*Ausência de preparo acadêmico* relacionado ao contato com a prática profissional (comunicação de más notícias, dentre outros). Aqui os interlocutores pontuam a necessidade do contato prático com questões inerentes ao exercício profissional. Evidenciam a ausência de preparo

para comunicação, para a abordagem a familiares, para a relação médico-paciente, na aplicação de leituras do campo da antropologia e da psicologia.

Quando questionados sobre a(s) morte(s) que mais os marcou(aram) ao longo da trajetória acadêmica e profissional, um período específico da formação profissional foi rememorado na maioria dos relatos:

**Quadro 1.** Razões apresentadas para as dificuldades da prática médica.

Subcategorias	Excertos das entrevistas
Ausência de preparo acadêmico relacionado ao contato com a prática profissional (comunicação de más notícias, dentre outros)	<p>A gente é formado sem prática adequada, você se sente totalmente incompleto (E25, clínica médica, F, 56 anos).</p> <p>Não existe uma aula na faculdade ensinando como você deve dar notícias, eu aprendi isso na prática acompanhando quem tem essa experiência. Então o acadêmico que passa aqui no hospital, por exemplo, a gente percebe que ele fica interessado quando a gente vai dar notícia para alguém sobre óbito, ele quer ver como que é, como que faz, como que deveria ser. Porque, de fato, ele não sai preparado para isso, inclusive preparado para encarar a morte. Na faculdade a gente aprende a salvar vidas. Tudo o que a gente aprende lá é no intuito de manter a vida do paciente. Chega aqui fora, a gente tenta aplicar tudo aquilo que a gente aprendeu lá, e a gente percebe que, às vezes, por maior que seja o esforço o doente acaba morrendo, e muitos não estão preparados para isso. Tem acadêmico, médico em início de carreira, que se sente de fato muito abalado com situações desse tipo, a ponto às vezes de não conseguir conviver bem com situações assim (E11, cirurgia geral, M, 39 anos).</p> <p>Eu senti falta. A gente tem um pouco dessa abordagem na disciplina de Psicologia Médica. E a gente vê que os estudantes, os acadêmicos de hoje sentem mesmo falta disso. Eles vêm loucos atrás de mim, quando eu vou dar a notícia para algum familiar, querendo saber como é que faz. Isso é muito interessante porque mostra que a gente sente falta dessa abordagem na graduação [...]. Tinha que ter uma cadeira para te mostrar o que é a morte, o que ela é para você, como você pode lidar com ela, como você vai lidar com os familiares, então, eu acho que não faltaria assunto nessa abordagem, e isso faz falta a gente sente na pele (E16, neurocirurgia, M, 32 anos).</p> <p>Eu acho que deveria ser um assunto melhor abordado durante a formação médica. Eu acho que a Antropologia deveria ter um papel maior. É uma matéria normalmente inserida no início do currículo e que não desperta muito interesse nos acadêmicos, porque eles ainda não foram para a prática... Mas, depois que já estamos mais experientes a gente vê a importância dessa disciplina que deveria estar ao final do curso (E2, cirurgia geral, M, 41 anos).</p> <p>A abordagem da morte durante a graduação é muito pouca... você tem algumas disciplinas da relação médico-paciente, Psicologia Médica, que trata um pouco, mas... não necessariamente da morte, então você não vê isso na faculdade. Quando ocorre, é no início do curso, e no começo você ainda não tem noção de nada... ah, a gente lê aquele livro “Sobre a morte e o morrer...”, você lê e tal, mas você ainda não foi para a prática, você não sabe das coisas que dizem ali. (E9, cirurgia geral, F, 38 anos).</p> <p>Depois que você sai do curso que você percebe que faltou alguma coisa desse contato com a prática. [...] Querendo ou não é um choque de realidade, porque o estudante de medicina daqui tem um nível socioeconômico um pouco mais elevado que os pacientes e a maioria dos estudantes daqui não tinha contato com essas histórias, como pobreza demais dos pacientes, falta de estudo. [...] Na faculdade a gente é treinado para fingir ao ver essas coisas todas. Tem uma pressão da sociedade de que a medicina é a “melhor das profissões”, como se fôssemos um muro resistente para lidar com tudo. E eu vi muitos casos na faculdade de colegas deprimidos, há histórias de tentativas e efetivação de autoextermínio, uso de drogas [...]. O estudo mesmo nem é tanto, mas a parte psicológica é muito mais pesada. Entrar no curso é difícil, mas sair é muito mais (E34, clínica médica, F, 29 anos).</p>

Fonte: Autoras.

*Eu era acadêmica, ainda estava no internato de clínica. Era um paciente do interior, uma doença que não tinha diagnóstico definido. Ele estava com o baço e o fígado aumentado, febre, emagrecimento, tinha sintomas que a gente não conseguia identificar a doença. Acabamos internando para investigar e acabou que não conseguimos descobrir nada. Então esse paciente... eu fiquei no internato durante três meses, e eu fiquei*

*mais ou menos um mês e pouco com esse paciente, aí ele teve que fazer uma cirurgia, foi para a cirurgia bem e acabou falecendo na mesa de cirurgia, e foi a primeira experiência de óbito que eu tive, eu fiquei arrasada, porque aí você começa: será que ele deveria ter ido para a cirurgia? Foram os médicos que indicaram, eu era uma mera acadêmica, mas daí você começa a pensar: e se fosse o meu paciente? Se eu fosse a clínica res-*

ponsável, será que eu teria indicado isso? Você começa a remoer aquilo por dentro, onde que houve falha, tentando buscar, de certa forma, uma culpa nossa como médico (E42, clínica médica, F, 28 anos).

*Eu lembro de muitas mortes, mas talvez o que me desenhrou... Interessante, eu estava no 4º ano de medicina, [...] tinha uma senhora que estava com insuficiência cardíaca. Eu com a minha emoção de acadêmico vi que eu sabia mais que o médico que estava cuidando dela. Ela morreu por uma insanidade [...]. Isso me marcou porque o médico que estava cuidando dela nem se importou. Ele não cuidava da paciente, eu enxerguei essa paciente na enfermaria justamente por isso, porque ninguém estava olhando, ela estava descuidada, e eu senti muito, acho que aquilo me moldou e vi que a gente não tinha que deixar acontecer isso. Você vê a pessoa morrer, mas que está sendo cuidada é diferente. Isso me alterou, tanto é que isso tem quase 40 anos e eu não esqueci (E29, cardiologia, M, 63 anos).*

*Eu era acadêmico, lembro de uma senhora idosa que tinha uma insuficiência cardíaca, precisava de um transplante cardíaco que é o tratamento final para quem tem esse tipo de doença. E eu era muito novo e vi a dificuldade de lidar com a nossa limitação, impotência, de ver a pessoa piorando a cada dia e você não poder fazer nada (E40, clínica médica, M, 29 anos).*

## Discussão

Os médicos entrevistados alegam o receio de “perder” o paciente; o investimento no cuidado; o contexto hospitalar complexo; a situação social dos familiares e o sofrimento de quem fica; bem como as lacunas na formação acadêmica pertinentes à aprendizagem de habilidades para abordar a morte e para interagir com o(s) familiar(es). A maioria reconhece falhas na formação médica, especialmente no que concerne à experiência de comunicação de más notícias. Durante a graduação, relatam ter tido disciplinas pontuais de antropologia e psicologia médica, no início do curso, quando ainda não haviam iniciado a clínica, mas em nenhum momento se discute a tanatologia – o que ressalta a ausência de preparo acadêmico para lidar com questões relacionadas a pacientes com quadros graves e com morte. Transversalmente a isso, nota-se o comprometimento de duas habilidades cruciais para o profissional: a comunicação e a tomada de decisão. A habilidade de comunicação no território de investigação – hospital de urgência e emergência – é manifesta em vários tipos de

notícia cabíveis ao profissional nesse contexto: anunciar o óbito; informar sobre a gravidade do caso e possíveis sequelas crônicas; comunicar que um paciente está fora de possibilidades terapêuticas de cura para ele e para seus familiares. A tomada de decisão, por sua vez, encontra-se imbricada com o próprio desfecho do cuidado em dois pontos principais: a culpa e a cobrança do profissional de ter que manter a vida biológica do paciente.

Os dados apontam que o ato de comunicar más notícias é frequente e requer uma postura respeitosa às diferenças individuais e de grupos, devendo ser adequado a cada pessoa e a cada família de forma cuidadosa<sup>7</sup>. Em um estudo, 96% dos médicos relataram que comunicam más notícias, mas 62,2% referiram não ter treinamento para desenvolver essa competência e somente 6,1% classificam ter boas habilidades para essa comunicação<sup>5</sup>. O estudo de Diniz *et al.*<sup>5</sup> evidenciou que 92,5% dos médicos têm dificuldades para abordar a morte com pacientes e familiares, e muitas vezes o paciente recebe uma má notícia sem ter um acompanhante. Muitos profissionais aprendem observando colegas ou por tentativa e erro<sup>5</sup>. Outro estudo apresenta que 52,8% dos profissionais relataram dificuldades em comunicação de más notícias e falta de formação acadêmica na temática; 74% desconheciam algum método de comunicação. Além disso, há variações de acordo com idade, sexo, contexto cultural, educacional, familiar e do processo de adoecimento que exigem flexibilidade de quem comunica a notícia<sup>2</sup>. E, apesar das transformações nos projetos pedagógicos, 38% relatam ser difícil conversar sobre o fim do tratamento e 28% afirmam dificuldades para comunicar a morte aos familiares<sup>7</sup>. Os médicos refletem sobre sua atuação e precisam lidar com a complexidade de seus sentimentos<sup>4</sup>, inclusive com a ansiedade<sup>2</sup>.

No presente trabalho, as repercussões nos receptores da má notícia também afetam os profissionais, havendo receio das reações emocionais e físicas e de como administrar a situação. Nesse sentido, é importante proporcionar uma formação médica em que ocorra contato com a comunidade, inserção nos serviços de saúde, nos espaços de estágio e internatos para aproximação da integralidade, bem como espaços para expressão das emoções e formação humanizada no desenvolvimento de competências e habilidades biopsicossociais e espirituais, considerando o contexto sociocultural e epidemiológico<sup>1</sup>.

A prática médica, ancorada ao modelo biomédico, atribui ao profissional a função de lutar incansavelmente pela manutenção da vida, ainda que a impossibilidade de cura e a própria



morte sejam eventos recorrentes, em especial no âmbito hospitalar de urgência e emergência<sup>8</sup>. Tal contraponto faz o médico lidar diuturnamente com situações para as quais ele não foi, e por conseguinte não está, preparado para lidar. Em muitos casos, esses profissionais ancoram-se a mecanismos evasivos para escamotear a expressão de suas emoções ao longo da prática profissional<sup>6</sup>.

Ao longo do curso de medicina, o estudante perpassa diversas experiências que contribuirão para moldar o seu perfil profissional. Uma delas é o internato – estágio curricular obrigatório em serviço – que configura um período singular na formação médica. Os alunos se deparam com situações mais desafiadoras, pois nessa fase do curso as atividades assistenciais assumem total protagonismo, representando entre 80% e 90% da carga horária dos estudantes<sup>20</sup>. Embora o estudante não tenha autonomia para a prática e não seja o responsável direto pelo cuidado, essa etapa potencializa o desenvolvimento de responsabilidades. Há proximidade maior com vivências desafiadoras e inerentes ao exercício da medicina, intercedidas especialmente pelo contato diuturno com o paciente, seus familiares e com os limites da vida e da morte. O aluno vivenciará experiências complexas, como o diagnóstico de condição incurável ou potencialmente letal, morte de pacientes, comunicação de más notícias, decisões sobre a conduta terapêutica, pressões de múltiplos atores envolvidos na dinâmica do cuidado (profissionais, pacientes, familiares) e dos próprios gestores e sistemas de saúde<sup>20</sup>. Na literatura registra-se que, ao longo do internato, os profissionais melhoram no processo de comunicação de más notícias, mas ainda com dificuldades no desenvolvimento dos aspectos relacionais e para lidar com as emoções<sup>7</sup>. Nesse contexto de ensino, o aluno pode entender que, como futuro profissional de saúde, também não deve – e não pode – sofrer.

É válido ressaltar que, em 2014, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina foram reformuladas. Entre as principais orientações, destaca-se a utilização de metodologias ativas que propiciem a formação de profissionais críticos e reflexivos. O projeto pedagógico deverá ter como centro o aluno enquanto sujeito ativo ao longo da aprendizagem e o professor como facilitador e mediador nesse processo. Isso significa que as instituições de ensino devem propor estratégias nas quais o estudante desenvolva habilidades e atitudes para lidar com situações, problemas e complexidades da vida real<sup>21</sup>. Nessa perspectiva, a formação médica está pautada em competên-

cias. De acordo com Epstein e Hundert<sup>22</sup>, competência refere-se a um conjunto de elementos que envolve aspectos cognitivos, interpessoais, afetivos, emocionais e morais, capazes de aperfeiçoamento e evolução a partir da práxis, da ação e da reflexão.

Essas propostas de mudanças no ensino e no treinamento do futuro profissional refletem a necessidade de desenvolver estratégias que atendam às novas complexidades da profissão médica e da sociedade como um todo. Para além da aquisição de competências técnicas, os profissionais precisam desenvolver habilidades relacionadas à comunicação efetiva, à organização, ao trabalho em equipe e ao profissionalismo<sup>23,24</sup>.

A insuficiência da formação em habilidades interpessoais e psicossociais<sup>25</sup> e na comunicação de más notícias<sup>10,25-27</sup> revela-se em um modelo de comunicação recorrente na saúde predominantemente informacional e unidirecional<sup>8</sup>. Os treinamentos em habilidades de comunicação podem ser úteis, porém poucos dados demonstram sua eficácia, pois usualmente avaliam a mudança no comportamento dos estudantes de medicina, mas não necessariamente seus reflexos sobre os pacientes<sup>28</sup>.

A ação de comunicar é intersubjetiva, constituída por interlocutores inseridos em um dado contexto e fundamental no campo da saúde<sup>8</sup>. No hospital de emergência, a comunicação de más notícias, embora frequente, é complexa e embaraçosa, pois o médico, tocado em sua dimensão humana, expressa reações e emoções que deveriam ser ocultadas nesse ambiente<sup>6</sup>. A relação intersubjetiva com pacientes e familiares é algo que precisa melhorar no contexto da emergência, no qual de fato ocorre uma comunicação muitas vezes superficial, rápida, confusa, desafiada pela falta de tempo e de espaço adequado, ainda mais quando interpelada por outras demandas da emergência<sup>6</sup>.

Além disso, o contexto institucional de luta contra a morte; as condições de trabalho com sobrecarga dos profissionais; a falta de conhecimento prévio a respeito do paciente e sua família; a circunstância da morte; a formação biomédica com defasagem na formação em habilidades interpessoais e comunicativas; e a atuação predominantemente técnica contribuem para o desconforto do profissional no ato de comunicar más notícias, pois é tocado pela reação afetiva do outro e por sua expectativa diante daquele tratamento. De modo que a dificuldade não é referente ao repasse da informação técnica, mas da interação e do encontro intersubjetivo com o outro, em lidar com aspectos psicossociais e culturais<sup>6</sup>.

Comunicar más notícias ainda se configura uma dificuldade pelo impacto de quem recebe a notícia, pelo sentimento de fracasso do profissional que a transmite devido à impossibilidade de salvar a vida e por ter que lidar com seus sentimentos diante da morte. Essa falta de preparo e a percepção dos pacientes de ausência de habilidade apontam também para a necessidade de estratégias que ajudem a reduzir o medo, a insegurança, a angústia de comunicar más notícias; a lidar melhor com limites entre a vida e a morte, com a subjetividade do outro e a sua própria<sup>5</sup>. Embora fundamental, a adequada transmissão de más notícias ainda não é uma realidade nos serviços de saúde<sup>5</sup>, que prevê a promoção de um relacionamento interpessoal entre quem narra e como repercute a notícia em quem a recebe. Essa comunicação adequada é um direito e se faz fundamental para a compreensão do conteúdo da informação – seja do diagnóstico, de estratégias de tratamento e cuidado, da promoção da saúde e do respeito a cada paciente<sup>4</sup>.

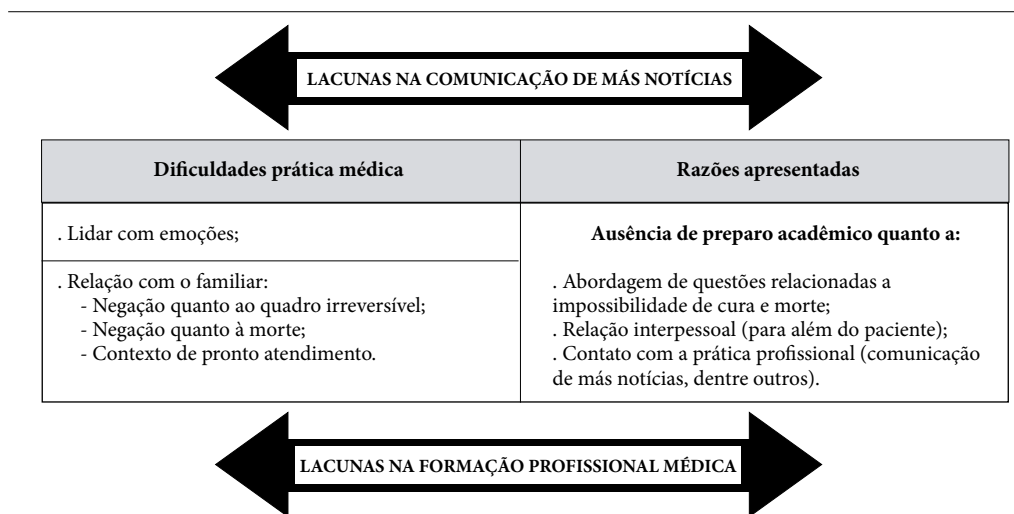
Conforme evidenciado pelos interlocutores, a literatura reconhece que essas dificuldades em comunicar más notícias podem emergir da formação acadêmica que ainda valoriza pouco habilidades comunicacionais, o atendimento humanizado e o estabelecimento de vínculo com pacientes e familiares<sup>4</sup>. Os protocolos foram criados justamente para estabelecer um melhor vínculo e, sobretudo, uma comunicação eficiente, empática e respeitosa com os pacientes e familiares<sup>4</sup>. Contudo, o treinamento prático em comunicação de más notícias ainda é raro e

apenas transmitir a notícia não equivale à qualificação da comunicação<sup>3</sup>, demandam-se princípios éticos e humanísticos para o acolhimento e os cuidados integrados da pessoa do paciente<sup>4</sup>.

O modelo hegemônico de formação ancora-se no paradigma biomédico, focaliza a doença no âmbito biológico, e se mostra tecnicista, generalizante e mecanicista<sup>29</sup>. A morte ainda é vista de modo objetivo como um problema técnico regulado pelo médico, subestimando outros aspectos psicossociais, culturais e espirituais<sup>26,29</sup>, não sendo objeto de estudo da graduação em medicina<sup>28,30</sup>. Quando o é, faz-se de maneira reducionista, como algo a ser evitado a todo custo, associado à incompetência profissional e não à impossibilidade de cura<sup>25,26</sup>.

Assim, apesar de os currículos caminharem no intuito de implementar treinamento em comunicação de más notícias e do incentivo para a inclusão de treinamento em comunicação na grade curricular médica, o foco mantém-se curativo e o espaço para refletir sobre a perda dos pacientes é incipiente, ainda sendo preponderante a formação para a vitória da vida sobre a doença e a compreensão da morte como um fracasso. De modo que as questões psíquicas, a morte e as habilidades comunicacionais verbais e não verbais são pouco consideradas ao longo da formação acadêmica<sup>2</sup>. Portanto, o ensino médico ainda requer aprimoramento visando a qualidade do serviço, a humanização e o cuidado<sup>2</sup>.

A Figura 1 sintetiza a discussão dos interlocutores.



**Figura 1.** Síntese das lacunas na formação profissional e na comunicação de más notícias pelos médicos.

Observa-se que a lacuna na formação repercute na prática profissional. Logo, corroborando nossos achados, os profissionais relatam que as dificuldades persistem e que continuam a se sentir despreparados emocionalmente para comunicar más notícias<sup>7</sup>. De modo que sentimentos, atitudes, autoconhecimento, habilidades relacionais, conexão, empatia e cuidado integral precisam ser trabalhados<sup>7</sup>. A educação médica é voltada para a manutenção da vida e a comunicação de más notícias não é apresentada como possibilidade de cuidado médico<sup>2,6,7</sup>. As transformações das DCN para o curso de medicina ainda se mostram muito recentes para impacto na prática profissional. Esta pesquisa chama atenção para a avaliação da maioria dos profissionais de que o aprendizado de comunicação de más notícias permanece insuficiente, evidenciando a lacuna

existente na formação acadêmica e a necessidade de que essas questões sejam abordadas também em outras ações no cotidiano dos profissionais, com a criação de grupos reflexivos, a revisão dos procedimentos operacionais padrão, a oferta de ações de educação permanente paralelas à reformulação da educação básica.

No presente estudo, os profissionais criticam a didática empregada, os currículos flexnerianos que dicotomizam os fenômenos saúde e doença e apontam para a necessidade de o professor ser agente de aprendizagem, orientador e facilitador do protagonismo dos estudantes. Nesse cenário, o conhecimento não é só didático e teórico, é também tácito, vivencial, relacional, emocional, sociocultural, ético, reflexivo e humano, ao lidar com sua própria subjetividade e com a de outras pessoas.

### **Colaboradores**

GA Souza trabalhou na concepção e projeto do artigo, na análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. JS Aredes atuou na concepção do projeto, coleta e interpretação dos dados, e na redação do artigo. KC Giacomini trabalhou na concepção e projeto do artigo, na redação do artigo e na aprovação final da versão a ser publicada. JOA Firmo atuou na concepção e projeto do artigo e na aprovação final da versão a ser publicada.

### **Financiamento**

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Processo 303372/2014-1. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Código 001.

## Referências

1. Alves ANO, Moreira SNT, Azevedo GD, Rocha VM, Vilar MJ. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN - Natal - RN - Brasil. *Rev Bras Educ Med* 2009; 33(4):555-561.
2. Vogel KP, Silva JHG, Ferreira LC, Machado LC. Comunicação de más notícias: ferramenta essencial na graduação médica. *Rev Bras Educ Med* 2019; 45(Supl. 1):314-321.
3. Isquierdo APR, Miranda GFF, Quint FC, Pereira AL, Guirro UBP. Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med* 2021; 45(2):e091.
4. Calsavara VJ, Scorsolini-Comum F, Corsi CAC. A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Rev Abordagem Gestalt* 2019; 25(1):92-102.
5. Diniz SS, Queiroz AAF, Rollemberg CV, Pimentel D. Comunicação de más notícias: percepção de médicos e pacientes. *Rev Soc Bras Clin Med* 2018; 16(3):146-151.
6. Souza GA, Giacomini KC, Aredes JS, Firmo JOA. Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. *Physis* 2018; 28(3):e280324.
7. Ribeiro KG, Batista MH, Souza DFO, Florêncio CMGD, Jorge WH, Raquel CP. Comunicação de más notícias na educação médica e confluência com o contexto da pandemia de covid-19. *Saude Soc* 2021; 30(4):e201058.
8. Araújo IS, Cardoso JM. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
9. Olsen JC, Buenefe ML, Falco WD. Death in Emergency Department. *Ann Emerg Med* 1998; 31(6):758-765.
10. Shoenberger JM, Yeghiazarian S, Rios C, Henderson SO. Death notification in the emergency department: survivors and physicians. *West J Emerg Med* 2013; 14(2):181-185.
11. Lamba S, Nagurka R, Offin M, Scott SR. Structured communication: teaching delivery of difficult news with simulated resuscitations in an Emergency Medicine Clerkship. *West J Emerg Med* 2015; 16(2):344-352.
12. Aredes JS, Giacomini KC, Firmo JOA. O médico diante da morte no pronto socorro. *Rev Saude Publica* 2018; 52:42.
13. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
14. Kleinman A, Clifford R. Stigma: a social, cultural and moral process. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63(6):418-419.
15. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saude Publica* 1994; 10(4):497504.
16. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. London: Sage Publications; 2002.
17. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual* 2017; 5(7):1-12.
18. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr* 1992; 24:183-204.
19. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Harnois G. *Les Attitudes dans le Champ de la Santé Mentale. Repères Théoriques et Méthodologiques pour une Étude Ethnographique et Comparative*. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas/Centre Collaborateur OMS; 1989.
20. Maia MV, Struchiner M. Meaningful Learning and the Electronic Reflective Portfolio in Medical Education. *Rev Bras Educ Med* 2016; 40(4):720-730.
21. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2014; 23 jun.
22. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287(2):226-235.
23. Garcia MAA, Nascimento GEA. Aplicação do Portfólio nas Escolas Médicas: Estudo de Revisão. *Rev Bras Educ Med* 2019; 43(1):163-174.
24. Stelet BP, Romano VF, Carrijo APB, Junior JET. Portfólio reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(60):165-176.
25. Peixoto TC, Passos ICF, Brito MJM. Responsabilidade e sentimento de culpa: uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(65):461-472.
26. Monteiro DT, Reis CGC, Quintana AM, Mendes JMR. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estud Pesqui Psicol* 2015; 15(2):547-567.
27. Kovács MJ. Instituições de saúde e a morte. Do interdito à comunicação. *Psicol Cienc Prof* 2011; 31(3):482-503.
28. Alewani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: a literature review. *Int J Health Promot Educ* 2014; 3:51.
29. Camargo Jr KR. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. *Rev Bras Hist Cienc* 2013; 6(2):183-195.
30. Ariès P. *O homem diante da morte*. São Paulo: Unesp; 2014.

Artigo apresentado em 13/02/2023

Aprovado em 17/12/2023

Versão final apresentada em 19/12/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva