Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.30826

# COMUNICAÇÃO NA FINITUDE E APLICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA RESIDÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE, COM EMBASAMENTO DE ALTO NÍVEL DE EVIDÊNCIA

## COMMUNICATION AT THE END OF LIFE AND APPLICATION OF PALLIATIVE CARE IN THE INTERNAL MEDICINE RESIDENCY

**Millena Batistela Pereira**[1]
**Artur Medeiros de Godoy**[2]

RESUMO: Introdução: O imperativo curativo hegemônico na formação médica gera lacunas no manejo da finitude, comumente resultando em sofrimento moral para os residentes e na prática de distanásia na enfermaria. A comunicação estruturada destaca-se como ferramenta bioética e clínica indispensável para restabelecer a proporcionalidade terapêutica. Objetivos: Relatar a vivência assistencial de médicos residentes na condução de reuniões familiares para definição de teto terapêutico em uma enfermaria de clínica médica, fundamentando as reflexões qualitativas por meio de uma revisão sistemática da literatura. Metodologia: Estudo de abordagem híbrida composto por um relato de experiência descritivo-qualitativo (baseado em observação participante e análise de prontuários) integrado a uma revisão sistemática da literatura. A busca sistemática foi conduzida no PubMed/MEDLINE, Web of Science e BVS com aplicação dos critérios PRISMA e classificação da certeza da evidência cumulativa pelo sistema GRADE. Resultados: A vivência prática revelou que discussões prognósticas informais e fragmentadas nos corredores causavam distanásia e ruídos de comunicação. A organização de conferências familiares formais estruturadas pelo Protocolo SPIKES restabeleceu a dignidade assistencial ao paciente idoso vulnerável e sem prognóstico oncológico. A revisão sistemática incorporou 8 estudos originais (800 profissionais avaliados e 1.614 prontuários analisados de forma multivariada), demonstrando que treinamentos práticos e simulações com o SPIKES ou o modelo de Metas de Cuidado resultam em ganho de autoeficácia (incremento de 11,5 pontos na escala SE-12; p = 0,003), aumento substancial na documentação formal de ordens de Não Reanimação (DNR) na admissão (OR ajustada = 1,89; IC 95%: 1,16–3,07) e redução pela metade de transferências desproporcionais para a UTI (OR = 0,5), a despeito de metade das pesquisas apresentar certeza muito baixa pelo GRADE. Conclusão: A condução de conferências familiares estruturadas pelo protocolo SPIKES é uma habilidade clínica passível de ensino ativo que confere segurança ética e técnica ao residente. A adequação precoce do teto terapêutico atua como uma intervenção médica humanitária decisiva para prevenir a iatrogenia e resguardar a dignidade na terminalidade.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos. Comunicação em saúde. Comunicação persuasiva. Índice terapêutico do medicamento. Internato e residência.

ABSTRACT: Background: The prevailing curative imperative in medical training often generates gaps in the management of patients facing end-of-life care, frequently resulting in resident moral distress and dysthanasia in clinical wards. Structured communication stands out as a crucial clinical and bioethical tool to restore therapeutic proportionality. Objectives: To report medical residents' clinical experience conducting family conferences to establish a therapeutic ceiling in an internal medicine ward, grounding these qualitative reflections in a systematic literature review. Methodology: A hybrid

[1] Médica. Bacharel em Medicina pela Unievangelica.
[2] Orientador. Médico. Bacharel em Medicina pela Unievangelica.

approach combining a descriptive-qualitative experience report (based on participant observation and medical chart reviews) with an integrated systematic literature review. The systematic search was conducted across PubMed/MEDLINE, Web of Science, and BVS databases, applying the PRISMA framework and grading cumulative evidence certainty with the GRADE system. Results: Clinical experience showed that informal, fragmented prognosis discussions led to communication noise and therapeutic obstinacy. Structuring formal family conferences using the SPIKES Protocol restored clinical dignity to vulnerable, elderly cancer patients with terminal illness. The systematic review synthesized 8 original studies (encompassing 800 trained professionals and 1,614 multivariately analyzed medical records), showing that simulation-based training and SPIKES curriculum lead to significant communication self-efficacy gains (an 11.5-point increase on the SE-12 scale; p = 0.003), substantial increases in formal Do-Not-Resuscitate (DNR) documentation on admission (adjusted OR = 1.89; 95% CI: 1.16–3.07), and a 50% decrease in inappropriate ICU transfers (OR = 0.5), despite half of the evidence presenting very low certainty (GRADE). Conclusion: Structured family conferences utilizing the SPIKES protocol are trainable clinical skills that provide essential technical and ethical support to medical trainees. Early therapeutic ceiling definition is a vital humanitarian intervention that prevents iatrogenesis and safeguards patient dignity in the terminal stage of life.

**Keywords:** Palliative care. Health communication. Persuasive communication. Therapeutic index. Drug. Internship and residency.

## 1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, já há um consenso forte de que o perfil epidemiológico dos pacientes hospitalizados passou por uma transformação sem precedentes, caracterizada pelo aumento exponencial de doenças crônicas, progressivas e limitantes da vida. No Brasil, essa mudança reflete-se nas enfermarias de clínica médica, que recebem um volume cada vez maior de pacientes com múltiplas comorbidades em fases avançadas e irreversível de declínio clínico.1 Para isso, esse novo cenário exige das equipes assistenciais uma adaptação rápida, uma vez que a abordagem médica tradicional, historicamente alicerçada em uma abordagem predominantemente curativa, frequentemente pode parecer inadequada e até deletéria para pacientes que não possuem mais um bom prognóstico e lidam com limitações graves1,2



Nesse contexto, emerge a necessidade de compreender a distinção fundamental entre o prolongamento da vida e a promoção da qualidade de morte, cujo principal balizador clínico é a definição do teto terapêutico. O teto terapêutico é o limite estabelecido para as intervenções médicas, visando evitar medidas fúteis e garantir a proporcionalidade do cuidado. Esse assunto tem sido discutido a fim de evitar a distanásia e proporcionar um bom fim, com dignidade e cuidado centrado no paciente. Para operacionalizar esse conceito na prática, a comunicação empática e estruturada torna-se a principal ferramenta da equipe.3,4

Destaca-se, nesse cenário, o protocolo SPIKES, um instrumento validado de seis etapas (preparação, percepção, convite, conhecimento, empatia e estratégia) que auxilia o profissional

a comunicar más notícias de forma clara, acolhedora e objetiva, permitindo alinhar as expectativas da equipe multiprofissional com as do paciente e de seus familiares.3,5,6 Entretanto, a integração dessa abordagem comunicativa no ambiente da enfermaria esbarra em obstáculos sistêmicos e na própria formação médica. A clínica médica é um ambiente dinâmico, muitas vezes regido pela pressão de familiares que, movidos pela negação do luto antecipatório ou pela falta de compreensão do quadro clínico real, exigem que sejam aplicados no paciente todos os recursos, a fim de esgotar possibilidades que proporcionem a permanência de um ente querido.5,6

A problematização central deste cenário reside na angústia e na iatrogenia observada em falhas do médico em conduzir conferências familiares eficazes para esclarecer a inexorabilidade da doença. Quando o prognóstico reservado é mascarado por uma comunicação ineficaz ou esquiva, pacientes em estágios terminais são frequentemente submetidos a medidas invasivas e consideradas pela comunidade de cuidados paliativos como "desproporcionais", como intubação orotraqueal, hemodiálise e manobras de reanimação cardiopulmonar, que não alteram o curso irreversível da patologia de base.2 O resultado direto dessa lacuna comunicativa é a distanásia: o prolongamento artificial do processo de morte, acompanhado de sofrimento severo para o paciente, exaustão emocional para a família, falsa esperança e sofrimento moral para a equipe assistencial.7,8



No contexto de aprendizagem da prática médica, é importante lembrar do abismo existente entre a excelência do treinamento técnico-científico e a deficiência no ensino prático de habilidades humanísticas de comunicação na residência médica, torna-se imperativo discutir a estruturação das conferências familiares na linha de frente. O domínio de ferramentas como o protocolo SPIKES não representa uma desistência do paciente ou omissão de socorro, mas sim a excelência da boa prática clínica, permitindo a mudança de foco terapêutico e a introdução de cuidados paliativos exclusivos para garantir a dignidade humana no fim da vida.9,10 Diante dessa realidade há o desafio enfrentado pelos profissionais aprendizes de instrumentalizar-se para a tomada de decisão compartilhada com a família, com o preceptor e também com o paciente.

Assim, o presente trabalho se propõe a relatar a experiência do médico residente na aplicação e aperfeiçoamento do protocolo SPIKES durante a condução de conferências familiares na enfermaria clínica, sendo a vivência baseada em uma base literária sólida, com artigos submetidos à análise de risco de viés e classificações quanto ao seu nível de evidência. A

proposta desse trabalho também convida o leitor a uma reflexão crítica sobre os limites da medicina curativa e o papel do médico como agente promotor não apenas de diagnósticos, mas do alinhamento de expectativas e da proporcionalidade do cuidado prestado ao paciente no fim de vida.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Relatar e analisar criticamente a vivência assistencial de médicos residentes de Clínica Médica na condução de reuniões familiares para a pactuação de metas de cuidado e definição do teto terapêutico na enfermaria hospitalar, amparando as reflexões qualitativas e os desafios da prática médica na melhor evidência científica contemporânea, por meio de uma revisão sistemática integrada.

### 2.2 Objetivos específicos

• Descrever a realidade prévia do serviço, caracterizada por comunicações improvisadas, distanásia e sofrimento ético da equipe.



• Analisar o impacto clínico e documental das tomadas de decisão compartilhadas, com foco na consolidação de ordens de Não Reanimação (DNR).

• Identificar os desafios formativos e emocionais dos residentes frente à finitude, como o sentimento de impotência e a prática de medicina defensiva.

• Confrontar as vivências da enfermaria com a literatura, avaliando por meio do sistema GRADE a força de evidência dos treinamentos de comunicação em saúde

## 3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem híbrida, composta primariamente por um relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, fundamentado em uma revisão sistemática da literatura. Essa metodologia foi adotada com o propósito de integrar a experiência da residência médica na enfermaria clínica com as evidências científicas disponíveis acerca da comunicação em saúde, com enfoque na condução de conferências familiares e definição de teto terapêutico em pacientes sem bom prognóstico. A etapa de revisão da literatura seguiu as recomendações do protocolo PRISMA10 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

### 3.1 Metodologia do relato de experiência

#### 3.1.1 Objeto e natureza da experiência

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, associado a uma revisão sistemática como literatura de apoio. O objeto do relato é a vivência e o desafio do médico residente em conduzir reuniões familiares para pacientes com prognóstico reservado, decidindo sobre a transição de um cuidado com intenção curativa para o estabelecimento de cuidados paliativos exclusivos. A experiência foi utilizada para reflexão acerca da importância do aperfeiçoamento contínuo das habilidades de comunicação, especificamente através da aplicação do protocolo SPIKES, para evitar a distanásia e promover o alinhamento de expectativas.

#### 3.1.2 Contexto, cenário e atores envolvidos

A experiência ocorreu na enfermaria de Clínica Médica. Participaram diretamente da vivência médicos residentes, médicos preceptores, além dos pacientes e seus respectivos familiares. O relato concentra sua análise no desafio emocional e técnico da tomada de decisão compartilhada e no manejo da pressão familiar por intervenções curativas fúteis.



#### 3.1.3 Procedimentos e metodologia de ação

A vivência fundamentou-se na aplicação prática do protocolo SPIKES durante a rotina de evolução e comunicação de más notícias na enfermaria. Notou-se a disparidade entre a expectativa de cura da família e a realidade clínica de declínio do paciente. A intervenção consistiu em estruturar as conferências familiares, focando no reconhecimento das percepções prévias da família (etapas Perception e Invitation) antes de fornecer as informações prognósticas, finalizando com a elaboração de um plano de cuidados proporcionais.

#### 3.1.4 Coleta e organização das informações

A elaboração do relato baseou-se em análise retrospectiva e documental da experiência assistencial, bem como na observação participante. As informações foram obtidas pela revisão de evoluções médicas, registros em prontuário sobre os desfechos das conferências familiares e as definições formais de teto terapêutico. Os dados foram apresentados de forma agregada e anonimizada.

### 3.1.5 Aspectos éticos

O relato seguiu os princípios éticos aplicáveis à pesquisa com seres humanos e relatos de experiência clínica. O anonimato dos pacientes, familiares e da instituição foi integralmente preservado. Foram cumpridas as exigências institucionais, incluindo a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e as normativas sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 3.2 Uso de inteligência artificial

Foi utilizada a plataforma de inteligência artificial generativa como ferramenta auxiliar para organização das fontes bibliográficas, apoio à estruturação das tabelas de extração de dados e revisão ortográfica. A utilização foi restrita ao suporte organizacional. As decisões referentes à seleção dos estudos, avaliação da qualidade e análise crítica permaneceram sob responsabilidade exclusiva dos pesquisadores.

## 3.3 Metodologia da revisão sistemática

### 3.3.1 Pergunta norteadora



Quais são as evidências científicas sobre o uso do protocolo SPIKES ou de estratégias estruturadas de comunicação de más notícias na formação de estudantes e médicos em treinamento, especialmente em cenários simulados de comunicação com pacientes e familiares?

### 3.3.2 Estratégia de busca

A pergunta norteadora foi estruturada pela estratégia PICO:

P (População): Estudantes de medicina, médicos residentes ou outros profissionais de saúde em formação submetidos a treinamento, simulação ou avaliação de habilidades de comunicação.

I (Intervenção): Treinamento, aplicação ou utilização do protocolo SPIKES ou de estratégias estruturadas para comunicação de más notícias, comunicação de prognóstico ou comunicação em situações de fim de vida

C (Comparação): Treinamento convencional, comunicação não estruturada, ausência de intervenção ou outro método de ensino/comunicação

O (Desfecho/Outcome): Desenvolvimento ou desempenho de habilidades de comunicação, incluindo estruturação da comunicação, transmissão de más notícias, empatia, percepção de competência, confiança/autoconfiança, conhecimento, satisfação e desempenho em avaliações simuladas/OSCE ou em situações reais.

### 3.3.3 Base de dados

A busca foi conduzida no PubMed/MEDLINE, Web of Science e BVS de acordo com a estratégia descrita na Tabela 1.

Tabela 1 – Estratégia de Busca realizada em cada Base de Dados

| Base de dados | Estratégia de busca |
|---|---|
| PubMed/Medline | ("Palliative Care" OR "Terminal Care") AND ("Medical Residency" OR "Resident" OR "Internship and Residency") AND ("Truth Disclosure" OR "Communication Skills" OR "SPIKES") AND ("Family Conferences" OR "Family Meetings" OR "Therapeutic ceiling" ) |
| Web of Science | ("Palliative Care" OR "Terminal Care") AND ("Medical Residency" OR "Resident" OR "Internship and Residency") AND ("Truth Disclosure" OR "Communication Skills" OR "SPIKES") AND ("Family Conferences" OR "Family Meetings" OR "Therapeutic ceiling") |
| BVS | ("Cuidados Paliativos" OR "Palliative Care" OR "Terminal Care") AND ("Residência Médica" OR "Medical Residency" OR "Resident" OR "Internship and Residency") AND ("Comunicação em Saúde" OR "Protocolo SPIKES" OR "Más notícias" OR "Truth Disclosure" OR "Communication Skills" OR "SPIKES") AND ("Conferência familiar" OR "Teto terapêutico" OR "Family Conferences" OR "Family Meetings" OR "Therapeutic ceiling") |



### 3.3.4 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram incluídos estudos originais experimentais, publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que avaliassem estudantes de medicina ou médicos residentes em formação submetidos a treinamento, simulação ou avaliação de habilidades relacionadas à comunicação de más notícias, comunicação de prognóstico ou utilização do protocolo SPIKES. Foram considerados estudos realizados em ambientes reais ou educacionais/simulados, incluindo cenários com pacientes padronizados, atores, role-play e avaliações do tipo OSCE, desde que apresentassem desfechos relacionados ao desempenho, conhecimento, confiança, autopercepção ou desenvolvimento de habilidades de comunicação.

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, relatos de caso, revisões de literatura, revisões sistemáticas, metanálises, protocolos de pesquisa, estudos exclusivamente teóricos ou opinativos e trabalhos que não apresentassem avaliação de habilidades ou resultados relacionados à comunicação. Também foram excluídos estudos cuja população fosse exclusivamente composta por pacientes ou familiares, sem avaliação de estudantes ou profissionais médicos em formação, bem como estudos direcionados exclusivamente à pediatria

ou neonatologia quando não apresentassem relação com o treinamento de comunicação de más notícias.

### 3.3.5 Seleção dos artigos pelo Rayyan e avaliação da qualidade metodológica

Os artigos foram transferidos para a plataforma de seleção Rayyan e selecionados por dois autores independentes, esse procedimento foi realizado tanto para título e resumo quanto para texto completo, sendo transferidos apenas após a seleção final. Os estudos foram baixados e lidos na íntegra, e, por fim, incluídos para discutir juntamente ao relato de experiência com base nos critérios de elegibilidade pré-estabelecidos

### 3.3.6 Síntese e interpretação dos resultados

A síntese dos resultados foi agrupada nos seguintes eixos temáticos:

• O Protocolo SPIKES na Prática: Desafios da residência médica sobre comunicação.

• A Conferência Familiar: Compreensão do prognóstico e da ansiedade familiar

• Teto Terapêutico e Iatrogenia: A comunicação como ferramenta para evitar a distanásia na clínica médica.

• Alinhamento de Expectativas: Transição segura de metas curativas para o cuidado paliativo exclusivo.



## 4 RELATO DA EXPERIÊNCIA E RESULTADOS DA REVISÃO

### 4.1 Relato da experiência: a prática materializando a evidência

A vivência diária na enfermaria de Clínica Médica revela o complexo desafio imposto pela atual transição demográfica, onde a predominância de pacientes com doenças crônicas e em declínio orgânico irreversível torna o paradigma curativo automático muitas vezes inadequado e deletério. Em regra se via a ausência de uma comunicação estruturada entre a equipe e os familiares gerava conflitos e falsas expectativas, pois os prognósticos reservados eram repassados de forma fragmentada, nos corredores ou durante visitas apressadas, levando as famílias a interpretarem erroneamente o prognóstico. Assim, é comum o esgotamento de recursos tecnológicos fúteis, pressionando os profissionais à realização de manobras desproporcionais, como reanimação cardiorrespiratória e hemodiálise, que culminam em distanásia e profundo sofrimento moral para todos os envolvidos.

Diante dessa lacuna, a equipe de residentes de clínica médica de um hospital de médio porte na cidade de Anápolis, no Estado de Goiás adotou o Protocolo SPIKES como um mapa mental indispensável para estruturar as conferências familiares e estabelecer limites terapêuticos, alterando a dinâmica assistencial ao transferir os encontros para salas privativas, sem interrupções e com a presença de todos os tomadores de decisão. O impacto dessa intervenção metodológica materializou-se no acompanhamento de pacientes em cuidados paliativos, em especial uma paciente de mais de 80 anos, portadora de neoplasia de cólon metastática para fígado e peritônio, admitida em estágio de síndrome de caquexia tumoral, desidratação e delirium hipoativo. Imersos no luto antecipatório e na negação, os filhos da paciente exigiam de forma agressiva a introdução de nutrição parenteral total, antibióticos de amplo espectro e eventual transferência para a UTI, acreditando firmemente que a mãe estava piorando apenas por estar "fraca e desnutrida", sem compreender a terminalidade oncológica.

Ao aplicar os passos do protocolo SPIKES, o grupo de residentes iniciou a conferência sondando essa percepção familiar equivocada e, após obter o convite verbal para aprofundar o tema, trasmitiram o conhecimento de forma clara, gradual e sem jargões médicos, explicando que o corpo da paciente já não respondia aos tratamentos devido ao avanço inexorável da patologia. O choque emocional imediato foi acolhido ativamente por meio do silêncio terapêutico e da validação empática, respeitando o tempo de processamento da família antes de avançar para novas explicações técnicas. Somente após esse nivelamento emocional, apresentamos a estratégia de redirecionamento do cuidado, esclarecendo que não haveria abandono, mas sim a transição formal para cuidados paliativos exclusivos, pontuando que intervenções invasivas trariam apenas dor, edema e desconforto, sem alterar o curso evolutivo da doença. Todo esse diálogo foi feito usando estritamente a sequência do protocolo SPIKES, que através desse diálogo franco, pode haver aceitação da família, pactuação, entendimento do caso e melhor desfecho para a paciente. Além disso, foi formalmente realizado no prontuário o teto terapêutico e as metas realistas, garantindo o manejo sintomático rigoroso com morfina contínua para controle da dispneia e analgesia, o uso de neurolépticos para o delirium (que causava muito sofrimento tanto para a paciente quanto para os familiares que experienciaram aquele quadro), a presença ininterrupta de acompanhantes e a definição de ordem de não reanimação e não intubação orotraqueal.



Ao passar das semanas, a equipe teve a destreza de tratar com respeito e habilidade paliativa todos os procedimentos necessários sintomáticos que causaram conforto no processo

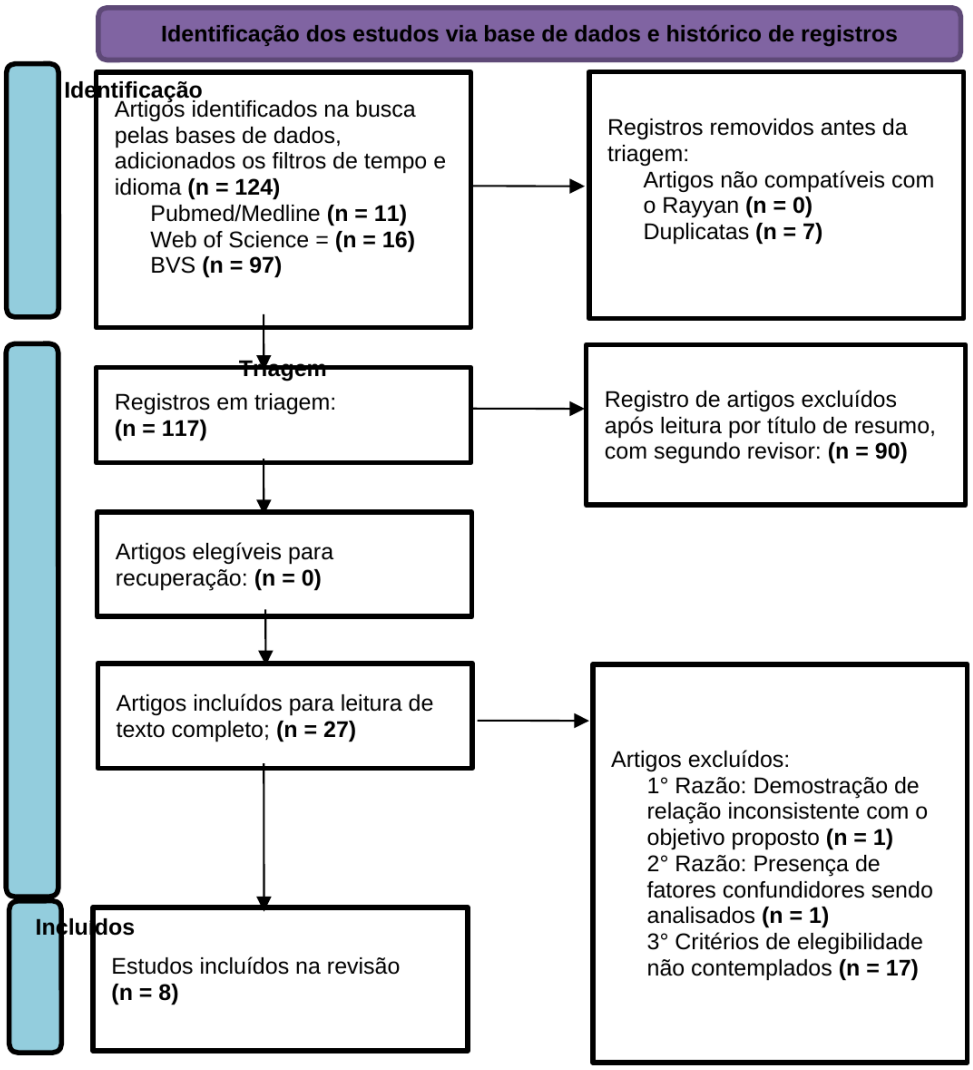
de finitude da paciente. Em cada decisão terapêutica, a equipe cooperou para que os familiares soubessem e estivesse presente durante as sedações terapêuticas, no escalonamento da medicação para dor, nos cuidados com a higiene, bem como nas visitas religiosas para fins de conforto. A paciente evoluiu para o óbito de forma serena e indolor, cercada pelos filhos, que posteriormente expressaram profunda gratidão à equipe por ter permitido que a mãe partisse em paz e sem sofrimento inútil.

Essa experiência evidenciou não apenas as barreiras formativas da residência médica, muitas vezes pautada sob o medo do conflito e os vícios da medicina defensiva, mas consolidou o entendimento definitivo de que a comunicação de más notícias não é um dom nato, e sim uma competência clínica complexa, provando que proteger um paciente vulnerável da iatrogenia por meio do alinhamento empático é uma intervenção técnica tão nobre e transformadora quanto qualquer suporte avançado de vida.

### 4.2 Resultados da revisão de literatura

A representação esquemática de todo o percurso metodológico de seleção encontra-se sintetizada na Figura 1, elaborada segundo as diretrizes do *PRISMA 2020 Statement*[11]. O diagrama mapeia visualmente cada fase do rastreio, desde a busca bruta de registros nas fontes de dados primárias e a eliminação das duplicatas até as etapas sucessivas de filtragem por título e resumo, finalizando com a apreciação minuciosa dos textos na íntegra. Ademais, o esquema discrimina o quantitativo exato de produções retidas e descartadas em cada momento, especificando as justificativas fundamentadas para as exclusões na fase de elegibilidade e culminando na amostragem final consolidada para a revisão.

Figura 1 – Seleção dos artigos, pelo fluxograma PRISMA 2020, realizada em agosto de 2026




**Fonte:** autoria própria.

## 4.3 Características da amostra dos estudos incluídos

A amostra dos oito estudos incluídos nesta revisão reflete uma ampla diversidade geográfica e clínica, englobando coortes, estudos de intervenção pré-pós e ensaios clínicos realizados no Brasil, Estados Unidos e Canadá. Os perfis profissionais e clínicos avaliados abrangeram desde estudantes de graduação médica em fase de internato e médicos residentes de Clínica Médica e Medicina de Família, passando por residentes de especialidades cirúrgicas, anestesiologia e medicina de emergência em rotações de terapia intensiva, até *fellows* de subespecialidades oncológicas e de terapia intensiva. Os cenários de atuação clínica concentraram-se majoritariamente na rotina assistencial de enfermarias de clínica médica,

divisões de oncologia, unidades de terapia intensiva cirúrgica (UTI/SICU) e laboratórios de habilidades clínicas baseados em centros de simulação universitários.14,15,16,17,18,19,20,21

Em termos de magnitude e demografia, a amostragem total de profissionais reuniu mais de 800 médicos e estudantes em formação, com variação expressiva no tamanho amostral e no delineamento de cada investigação, além de englobar a análise retrospectiva de mais de 1.600 prontuários médicos. Identificaram-se desde pequenas casuísticas em desenhos quase-experimentais e de métodos mistos de 12 residentes e coortes piloto de 22 internos, passando por coortes representativas e transversais de 31, 98 e 134 participantes, até um robusto ensaio clínico randomizado (ECR) controlado multicêntrico composto por 477 profissionais em treinamento e uma coorte retrospectiva baseada em 1.614 admissões hospitalares.14,15,16,17,18,19,20,2

A população participante situou-se majoritariamente entre o final da formação acadêmica (estudantes de quinto e sexto ano de medicina no internato) e as etapas iniciais da pós-graduação médica. Essa população caracterizou-se demograficamente por indivíduos jovens enfrentando elevados níveis de ansiedade e desconforto diante da morte iminente de pacientes sob seus cuidados, associados a um frequente sentimento de impotência e despreparo técnico-comunicativo decorrente de lacunas e deficiências históricas no ensino formal de cuidados paliativos durante a graduação médica.



O uso de metodologias educacionais ativas e avaliações baseadas em simulação clínica realística com atores foi uma característica metodológica comum e essencial para a elegibilidade e para o treinamento prático dos participantes das coortes.17,18 A maior parte das investigações mensurou o ganho de competência ou o nível de confiança na condução de discussões prognósticas difíceis, preenchimento de diretivas antecipadas de vontade e definição de teto terapêutico (como ordens de não reanimação, DNR e transição para metas exclusivas de conforto). Essa mensuração foi efetuada seja por meio de escalas psicométricas validadas de autoeficácia e autopercepção (como a escala SE-12 e questionários adaptados a partir do instrumento *PEAS – Physicians' End-of-Life Care Attitude Scale*), seja através de avaliações observacionais objetivas de habilidades práticas em exames clínicos estruturados (OSCEs) avaliados por pacientes padronizados ou observadores cegos, ou ainda pela aplicação da ferramenta *Goals of Care Assessment Tool* (GCAT) estruturada sob a perspectiva do modelo narrativo de metas de cuidado em três atos.15,16,21

### 4.4 Síntese dos desfechos primários da revisão

Esta revisão quantificou e caracterizou o impacto clínico-documental e educacional das metodologias de ensino de habilidades de comunicação sobre a autopercepção de competência dos residentes e a aplicação prática de condutas de fim de vida. Os desfechos clínicos e de atitude subjetiva avaliados incluíram a autoeficácia e confiança na condução de reuniões de metas de cuidado (GOC), a comunicação de prognósticos reservados e más notícias, o preenchimento de diretivas antecipadas de vontade e a definição do status de ressuscitação (DNR/code status), o acolhimento de emoções e negação de familiares, bem como a autopercepção de capacidade para o manejo de sintomas complexos da terminalidade, como delirium e dispneia.14,16,19

Para populações em ambiente hospitalar, avaliaram-se adicionalmente desfechos clínicos retrospectivos baseados em prontuários, representados pelas taxas de documentação de DNR, procurações de saúde (HCP) ou ordens de suporte à vida (MOLST) na admissão, o tempo e volume de interconsultas para equipes especializadas de cuidados paliativos, e a ocorrência de transferências desproporcionais ou não planejadas de pacientes em fim de vida para a unidade de terapia intensiva (UTI).14,16,17

Os desfechos de desempenho prático e estruturação metodológica da comunicação, mensurados por avaliações observacionais objetivas baseadas em simulações clínicas realísticas (OSCEs) com pacientes padronizados, incluíram a proficiência geral na liderança de conferências familiares, o nível de aderência técnica às etapas sequenciais e domínios do protocolo SPIKES, a capacidade de articulação de empatia verbal e não verbal por checklists estruturados de habilidades interpessoais, e a habilidade de exploração narrativa orientada por modelos estruturados de metas de cuidado em três atos.15



De forma consolidada, a síntese qualitativa dos resultados demonstrou que, mesmo em cenários de formação médica tradicionalmente focada no imperativo curativo, a implementação sistemática de currículos e simulações estruturadas de habilidades de comunicação (Protocolo SPIKES/MR. SPIKES, modelo narrativo em Três Atos e o workshop Codetalk)14, a incorporação de treinamento focado no preenchimento de diretivas antecipadas de vontade e ordens de suporte de vida (formulários MOLST e HCP), a experiência prática acumulada com a exposição direta a óbitos e a condução ativa de conferências familiares na enfermaria ou UTI e a correção longitudinal de deficiências de ensino que geram insegurança técnica e sentimento de impotência em internos frente à morte e ao manejo de sintomas da terminalidade associaram-se significativamente a um risco reduzido de transferências inadequadas para terapia intensiva,

maior conformidade no registro de teto terapêutico (DNR) logo na admissão hospitalar, redução de interconsultas paliativas desproporcionais e a uma melhora robusta, sustentada e independente na autoeficácia geral de médicos em formação para mitigar o sofrimento familiar e prevenir a distanásia.16,17,19 A síntese dos artigos está exposta na tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Caracterização dos Artigos Selecionados de acordo com autor, ano, país, desenho do estudo, população investigada, abordagens de comunicação adotadas, ferramentas de avaliação, barreiras enfrentadas e principais desfechos analisados

| Autor e Ano (País) | Desenho do Estudo | População Investigada | Protocolo / Abordagem de Comunicação | Instrumentos de Avaliação / Métodos de Medição | Barreiras Clínicas e Temas Abordados | Principais Desfechos / Resultados Avaliados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Correia et al., 2018 (Brasil) | Estudo observacional, quantitativo e transversal. | 134 discentes no período de internato médico (últimos dois anos da graduação). | Ensino curricular de cuidados paliativos e manejo de terminalidade. | Versão adaptada da escala PEAS (Physicians' End-of-Life Care Attitude Scale) com 37 itens Likert. | Ansiedade diante da morte do paciente (88,1%), sentimento de impotência (68%). | 70,9% necessitam de supervisão para definir não reanimação (DNR) ou limitação terapêutica; apenas 19,05% sentem-se seguros para manejar dispneia ou delirium terminais. |
| Brown et al., 2016 (EUA) | Ensaio Clínico Randomizado controlado e multicêntrico. | 477 médicos em formação (residentes, fellows e enfermeiros de prática avançada). | Workshop simulado de comunicação em cuidados paliativos em fim de vida (Codetalk). | Escala longitudinal de autoeficácia com 17 itens, validada estruturalmente por análise confirmatória (E/CFA). | Abordagem de espiritualidade/religião e eliciação de metas de cuidado. | Melhoria estatisticamente significativa no score de competência de comunicação ($p < 0,001$) para discussões de DNR, metas de cuidado e questões espirituais. |
| Cubbison et al., 2021 (EUA) | Estudo de coorte retrospectivo comparativo com controle histórico. | 1.614 admissões hospitalares revisadas de pacientes sob responsabilidade de residentes. | Implementação de currículo intensivo de cuidados paliativos e conversas de fim de vida. | Análises de regressão logística multivariada de prontuários eletrônicos e escalas Likert pré-pós de autopercepção. | Eliciação de metas de cuidado, diretivas antecipadas (HCP) e preenchimento de ordens de suporte de vida (MOLST/POLST) na admissão. | Aumento significativo na taxa de confirmação de code status na admissão aos 6 meses (OR ajustada = 1,89; IC 95%: 1,16–3,07); redução nas transferências inadequadas para UTI (OR = 0,5 aos 3 meses) e queda nas taxas de interconsultas por maior autonomia dos residentes. |

| Autor e Ano (País) | Desenho do Estudo | População Investigada | Protocolo / Abordagem de Comunicação | Instrumentos de Avaliação / Métodos de Medição | Barreiras Clínicas e Temas Abordados | Principais Desfechos / Resultados Avaliados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Harrington et al., 2020 (EUA) | Estudo de coorte prospectivo quantitativo (pré e pós-rotação de 1 mês). | 98 residentes (cirurgia geral, anestesiologia e medicina de emergência) em UTI. | Prática assistencial e discussões ativas em ambiente de terapia intensiva (SICU). | Questionário de 34 perguntas quantitativas em escala Likert de 5 pontos, analisado por regressão logística ordinal multivariada. | Barreiras práticas e conforto emocional no manejo e discussões de ordens de Não Reanimação (DNR) e transição para conforto (CMO). | Melhora estatisticamente significativa no conforto prático com discussões de DNR e CMO ($p < 0,05$). O número acumulado de discussões prévias de fim de vida funcionou como o preditor mais forte de confiança do residente (OR de 28,15 para DNR e 24,63 para CMO, $p < 0,01$). |
| Smith-Uffen et al., 2025 (Canadá) | Estudo piloto quase-experimental, de métodos mistos sequenciais. | 12 residentes de Clínica Médica (IM) e Medicina de Família (FM). | Currículo de treinamento virtual síncrono/assíncrono em doenças graves (ABCs). | Questionários quantitativos baseados na escala de autoeficácia SE-12 (10 pontos) e análise qualitativa de entrevistas temáticas semiestruturadas. | Manejo ativo de silêncio terapêutico, quebra de más notícias, uso de linguagem simples e transição de tratamento ativo para paliativo. | Melhoria estatisticamente significativa na autoeficácia geral de comunicação (score SE-12 aumentou 11,5 pontos, $p = 0,003$) e na confiança para comunicar más notícias em encontros clínicos reais ($p = 0,005$). |
| Cannone et al., 2019 (EUA) | Estudo observacional pré e pós-curso com avaliação prática. | 12 fellows de especialidades de oncologia (dados assessáveis de 10 fellows). | Currículo integrado de trajetória de doenças oncológicas estruturado sob o Protocolo SPIKES. | Checklists objetivos de OSCEs (com pontuação global de 36 a 46 pontos) avaliados por atores padronizados e medidos pelo índice Gwet's AC1. | Navegação pelas reações emocionais graves, agendamento e preparação física do encontro, e fechamento de planos. | Aumento quantitativo estatisticamente significativo nos scores médios de OSCE (de 26,7 pré-curso para 31,5 pós-curso, $p = 0,044$) e alta concordância e fidelidade inter-avaliadores no checklist do SPIKES. |
| Nakagawa et al., 2019 (EUA) | Estudo de intervenção pré/pós-sessão com follow-up longitudinal de 2 meses. | 31 residentes de cirurgia geral (20 júniores e 11 seniores). | Sessão prática de 2 horas baseada em role-play interativo com simulação clínica e feedback prático. | Questionários estruturados Likert de 5 pontos quantificando 11 tarefas de comunicação essenciais. | Lidar com negação familiar do prognóstico real, discussão de DNR com famílias em sofrimento moral agudo. | Residentes júniores (PGY 1-3) apresentaram aumento estatisticamente significativo de autoeficácia em 10 das 11 tarefas difíceis de comunicação e mantiveram alta |

| Autor e Ano (País) | Desenho do Estudo | População Investigada | Protocolo / Abordagem de Comunicação | Instrumentos de Avaliação / Métodos de Medição | Barreiras Clínicas e Temas Abordados | Principais Desfechos / Resultados Avaliados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | taxa de prática autodirecionada. |
| Wu et al., 2019 (EUA) | Estudo piloto de validação com intervenção quantitativa pré e pós-teste. | 22 internos de Clínica Médica. | Abordagem narrativa centrada em metas de cuidado estruturada em fases (3-Act Model). | Validação estrutural do questionário GCAT (Goals of Care Assessment Tool) com 16 itens Likert por meio de análise fatorial exploratória. | Elucidação da história de vida e valores pessoais do paciente, exploração da perspectiva familiar e discussões de metas. | Identificação e validação de 4 fatores centrais de engajamento no GCAT; estabelecimento de critérios rígidos de proficiência baseados no instrumento. |

**Fonte:** Próprio autor, 2026.

**Legenda:** aOR: adjusted Odds Ratio (Razão de Chances Ajustada); DNR / DNRC: Não Reanimação Cardiorrespiratória; CMO: Comfort Measures Only (Metas exclusivas de conforto); E/CFA: Exploratory / Confirmatory Factor Analysis (Análise Fatorial Exploratória/Confirmatória); GCAT: Goals of Care Assessment Tool; GOC: Goals of Care (Metas de Cuidado); HCP: Health Care Proxy (Diretivas antecipadas/Procurador de saúde); IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; IM / FM: Clínica Médica / Medicina de Família; MOLST: Medical Orders for Life Sustaining Treatment; OR: Odds Ratio; OSCE: Exame Clínico Estruturado Objetivamente; PEAS: Physicians' End-of-Life Care Attitude Scale; PGY: Ano de treinamento pós-graduado; SICU: Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica; SPIKES: Protocolo estruturado de comunicação de más notícias em 6 etapa

## 4.5 Qualidade da evidência



A aplicação sistematizada do sistema GRADE permitiu categorizar a certeza da evidência cumulativa para a estimativa de efeito das metodologias de ensino de habilidades de comunicação e definição de teto terapêutico nas gradações alta, baixa e muito baixa, refletindo as particularidades metodológicas e as limitações estruturais de cada um dos trabalhos.

A alta certeza da evidência foi atribuída ao ensaio clínico randomizado controlado e multicêntrico conduzido por Brown et al.14, proveniente do estudo *Codetalk*, em razão do robusto processo de randomização dos trainees, do expressivo tamanho amostral (N = 477 participantes inscritos), das reduzidas taxas de perda de seguimento em relação à usual educação e da elevada precisão estatística obtida por meio de modelos de equações estruturais com restrições de invariância de medição longitudinal, demonstrando melhoria estatisticamente significativa e robusta na autoeficácia geral de comunicação para discussões de DNR, metas de cuidado e acolhimento de questões espirituais.14,16,17

A baixa certeza da evidência abrangeu os três estudos observacionais restantes, em estrito cumprimento às diretrizes basais do sistema GRADE para desenhos não randomizados, ainda que a consistência de seus resultados e o rigor do ajuste estatístico multivariado tenham

conferido relevante sustentação clínica aos achados. Nesse grupo, o estudo de coorte retrospectivo de Cubbison et al.17, fundamentado em uma expressiva amostra de N = 1.614 admissões hospitalares revisadas de pacientes sob responsabilidade de residentes, manteve sua classificação basal baixa devido ao caráter observacional e retrospectivo, a despeito do controle robusto de potenciais fatores de confusão por meio de análises de regressão logística multivariada com ajustes para idade, sexo e tempo de internação.

De forma semelhante, a coorte prospectiva quantitativa de Harrington et al.18 foi mantida no nível de evidência observacional basal, mesmo controlando para potenciais confundidores (como o número de óbitos presenciados e o histórico pessoal com óbitos) por meio de modelos multivariados de regressão logística ordinal *random-effects*, demonstrando que a experiência prática acumulada atua como o preditor mais forte de confiança do residente para discussões de DNR e transição para conforto. Por fim, o estudo observacional descritivo e transversal de Correia et al.16, a despeito de ter demonstrado excelente precisão estatística amparada em uma taxa de participação de 80,24% de toda a população-alvo de internos de uma instituição federal brasileira e no uso de uma versão traduzida, adaptada e validada do questionário PEAS (*Physicians' End-of-Life Care Attitude Scale*), permaneceu classificado no patamar de baixa certeza devido às restrições intrínsecas ao desenho transversal de centro único.



Por último, a muito baixa certeza da evidência reuniu os quatro estudos piloto e quase-experimentais baseados em desenhos antes-depois de braço único, em razão da sobreposição de limitações metodológicas importantes (alto risco de viés devido à ausência de grupo controle comparativo simultâneo e falta de cegamento) e severa imprecisão decorrente de tamanhos amostrais criticamente pequenos. Nesse subgrupo, o estudo de métodos mistos sequenciais de Smith-Uffen et al.20 foi rebaixado para muito baixa certeza devido ao desenho piloto não controlado e à dimensão amostral crítica de apenas 12 residentes.

De maneira análoga, a investigação pré-post de Cannone et al.17, focada em um currículo prático de trajetória de doenças oncológicas estruturado sob o Protocolo SPIKES, teve sua classificação final reduzida em virtude de limitações na mensuração do desfecho (avaliação subjetiva e sem cegamento) e da imprecisão gerada por dados assessáveis de somente 10 participantes. O estudo de intervenção de Nakagawa et al.19 também permaneceu classificado sob o patamar de muito baixa certeza, visto que o acompanhamento longitudinal de dois meses sofreu com um expressivo risco de viés de atrito amostral na devolução dos questionários pareados. Por fim, o estudo piloto de Wu et al.21, embora tenha apresentado rigorosa validação

estrutural do questionário GCAT (*Goals of Care Assessment Tool*) por meio de análise fatorial exploratória, teve sua certeza metodológica estabelecida como muito baixa devido à extrema imprecisão decorrente de um tamanho amostral de centro único limitado a apenas 22 estudantes de clínica médica. A qualidade dos estudos estão sumarizados abaixo

Tabela 3 – Avaliação da Qualidade dos Estudos Selecionados

| Artigo (Autor, Ano e País) | Delineamento do Estudo | Certeza Inicial (GRADE) | Fatores de Rebaixamento da Evidência | Certeza Final (GRADE) |
|---|---|---|---|---|
| Brown et al., 2016 (EUA) | Ensaio Clínico Randomizado (ECR) | Alta | Sem limitações graves | Alta |
| Cubbison et al., 2021 (EUA) | Coorte Retrospectiva Comparativa | Baixa | Sem limitações graves | Baixa |
| Harrington et al., 2020 (EUA) | Coorte Prospectiva Quantitativa | Baixa | Sem limitações graves | Baixa |
| Correia et al., 2018 (Brasil) | Estudo Observacional Transversal | Baixa | Sem limitações graves | Baixa |
| Smith-Uffen et al., 2025 (Canadá) | Quase-experimental Pré-Pós (Estudo Piloto) | Baixa | Risco de Viés Grave (-1); Imprecisão Muito Grave (-1) | Muito Baixa |
| Cannone et al., 2019 (EUA) | Estudo Observacional Pré-Pós (OSCE) | Baixa | Risco de Viés Grave (-1); Imprecisão Muito Grave (-1) | Muito Baixa |
| Nakagawa et al., 2019 (EUA) | Estudo de Intervenção Pré-Pós | Baixa | Risco de Viés Grave (-1); Imprecisão Muito Grave (-1) | Muito Baixa |
| Wu et al., 2019 (EUA) | Estudo Piloto Pré-Pós | Baixa | Risco de Viés Grave (-1); Imprecisão Muito Grave (-1) | Muito Baixa |

**Fonte:** Próprio autor, 2026.

**Legenda:** ECR: Ensaio Clínico Randomizado; GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation; OSCE: Objective Structured Clinical Examination.



## 5 DISCUSSÃO

Os achados desta revisão juntamente ao relato explicitado evidenciam que a transição de condutas e a definição do teto terapêutico em pacientes sem prognóstico clínico não podem ser compreendidas exclusivamente a partir do manejo biológico ou da manutenção mecânica de parâmetros vitais. Embora o rigor técnico e a estabilização hemodinâmica permaneçam fundamentais na rotina da Clínica Médica, os estudos analisados apontam para a participação de fatores atitudinais, barreiras emocionais e, o mais importante, de habilidades estruturadas de comunicação na condução e documentação de decisões proporcionais ao fim de vida. Os pontos aqui abordados destacam a importância de uma abordagem mais ampla, biográfica e individualizada da terminalidade e da prevenção da distanásia na formação médica.3,14,16,17,21

### 5.1 Formação médica: lacunas a serem preenchidas

A transição de uma medicina assistencial pautada pelo imperativo curativo para o redirecionamento terapêutico proporcional e a instituição de cuidados paliativos exclusivos representa um dos cenários de maior vulnerabilidade técnica e sofrimento moral para os médicos residentes. Essa desconexão profunda entre a realidade assistencial da finitude e o preparo acadêmico é corroborada empiricamente pelo estudo nacional de Correia et al.15, no qual impressionantes 88,1% dos estudantes de medicina brasileiros no internato relataram sentir ansiedade ou desconforto frente à morte do seu paciente, e 68% manifestaram um sentimento agudo de impotência na assistência a indivíduos em fase terminal.15,16 Esse sofrimento psíquico associa-se a uma expressiva deficiência formativa, em que 85,84% dos discentes necessitam de supervisão ou instrução básica para conduzir discussões sobre cuidados paliativos ou suspensão/retirada de tratamentos fúteis com os familiares.17

Na rotina retrospectiva relatada na enfermaria de clínica médica, a ausência de uma abordagem sistematizada culminava em conversas improvisadas em corredores, alimentando ruídos, conflitos éticos e a insistência em condutas iatrogênicas desproporcionais. Esse fenômeno é intensamente caracterizado por Goldberg et al.22 como parte do "currículo oculto" (*hidden curriculum*), no qual os internos experimentam um sofrimento moral agudo ao testemunharem a aplicação exaustiva de quimioterapias e manobras invasivas em pacientes sem prognóstico, sem que alternativas paliativas proporcionais de conforto lhes sejam oferecidas.22,23



De forma análoga, investigações com médicos residentes de outras especialidades de alta complexidade, como a neurocirurgia, revelam que a ausência de treinamento formal empurra profissionais imaturos a liderar discussões complexas de fim de vida para as quais se sentem desprovidos de experiência, deparando-se com "zonas cinzentas" e moral distress ao realizarem cirurgias invasivas de emergência que prolongam a distanásia sem o devido esclarecimento do prognóstico real à família. A introdução do Protocolo SPIKES na prática retrospectiva relatada funciona, portanto, como um importante guia, conferindo segurança técnica e emocional ao residente ao substituir a improvisação verbal por um roteiro mental estruturado e validado.19

### 5.2 O abandono da medicina defensiva e a graduação na comunicação

Para transpor a barreira do receio do conflito familiar fatores que classicamente postergam a definição do teto de cuidado assistencial, as evidências sugerem que a confiança do

médico na condução de temas de fim de vida está diretamente vinculada ao volume prático e à estruturação metodológica da comunicação. Conforme demonstrado no modelo multivariado de Harrington et al.18, o número acumulado de discussões de fim de vida conduzidas pelo residente constitui o preditor independente mais robusto para a sua segurança profissional, elevando drasticamente a razão de chances de conforto técnico na discussão de Não Reanimação (aOR = 28,15; p < 0,01) e no manejo prático de metas exclusivas de conforto (aOR = 24,63; p < 0,01).18,23,24

No relato de nossa enfermaria de clínica médica, a mudança qualitativa ocorreu ao estruturar as conferências familiares formais por meio do SPIKES, agendando previamente o encontro, garantindo a presença dos representantes legais e alocando-os em sala privativa, sentados e livres de interrupções. Essa estruturação espacial e mental alinha-se ao currículo adaptado *MR. SPIKES* de Cannone et al.17, o qual preconiza a prática de Mindfulness antes do encontro e o ensaio prévio da conversação para otimizar o autocontrole emocional do profissional, resultando em ganhos de desempenho mensuráveis em exames estruturados (OSCEs) pós-treinamento (p = 0,044). Essa necessidade de interação direta e role-play presencial é ratificada por Schmitz et al.25, que demonstraram que currículos puramente online são insuficientes e exigem simulação clínica e feedback estruturado com os facilitadores para consolidar melhorias de scores (p = 0,036).



Ademais, no manejo da pressão familiar, as etapas de Percepção (*Perception*) e Convite (*Invitation*) do SPIKES revelaram-se fundamentais para decodificar o luto antecipatório e a negação familiar de forma não confrontadora. Na vivência assistencial ilustrada no caso de neoplasia colorretal avançada, os filhos acreditavam que o declínio progressivo da paciente se devia apenas à fraqueza ou desidratação, desconhecendo a refratariedade oncológica. A investigação da percepção prévia dos familiares evitou uma colisão de diagnósticos, permitindo que a revelação do prognóstico ocorresse de forma gradual. Como preconizado por Smith-Uffen et al.20 a partir do currículo de habilidades ABCs, a eliciação bem-sucedida do prognóstico requer o emprego de micro-habilidades essenciais, tais como pedir permissão, fornecer resumos periódicos, fracionar informações em pequenas doses, responder ativamente às emoções e, criticamente, fazer uso do silêncio terapêutico e de uma linguagem simples, sem jargões que impeçam a clareza comunicativa.20,23

### 5.3 O impacto clínico-documental do teto terapêutico e a prevenção de distanásia

A transição assistencial para o estabelecimento de cuidados paliativos exclusivos e a definição do teto terapêutico não representa, sob nenhuma hipótese, omissão de socorro ou abandono, mas sim a reorientação ativa da terapêutica em direção à analgesia profunda, controle de sintomas refratários e promoção da dignidade do paciente vulnerável. O impacto clínico-documental dessa mudança de postura médica é quantificado por Cubbison et al.17, cujo estudo de coorte retrospectiva em larga escala (N = 1.614) evidenciou que a implementação de currículos de comunicação de fim de vida para residentes de clínica médica resultou em um incremento na taxa de confirmação e documentação formal do *code status* de não reanimação (DNR) na admissão hospitalar (aOR = 1,89; IC 95%: 1,16–3,07).17,22

Essa abordagem estruturada e biográfica da assistência assemelha-se ao modelo conceitual de três atos (*3-Act Model*) de Wu et al.21, no qual o plano de condutas final é construído de forma adaptada e alinhada à história de vida, ao contexto sociocultural e aos valores fundamentais do paciente, impedindo intervenções desproporcionais baseadas estritamente em marcadores laboratoriais ou fisiológicos fúteis.26 A viabilidade dessa transição empática é também sustentada por dados de intervenções de curta duração baseadas em simulação clínica. Como demonstrado por Nakagawa et al.19 em simulações realísticas, a participação em oficinas práticas de simulação de apenas duas horas associou-se a melhorias estatisticamente significativas na autoeficácia de residentes júniores em dez de onze tarefas desafiadoras, incluindo responder a familiares que negam a gravidade da doença (com melhoria de score médio de 2,87 para 3,71; p = 0,001) e discutir a suspensão de medidas invasivas de suporte artificial à vida (de 2,81 para 3,61; p = 0,006). 19,21,26



Na vivência assistencial descrita, a pactuação precoce de metas de cuidado, apoiada pelo SPIKES, evitou que a paciente idosa com falência orgânica irreversível fosse submetida a manobras de reanimação cardiopulmonar sabidamente fúteis, intubação traqueal ou nutrição enteral deletéria, garantindo que o processo de morrer ocorresse de forma digna e humanizada no leito da enfermaria clínica. Assim, confirma-se o achado de Schmitz et al.25 de que habilidades interpessoais de comunicação são altamente passíveis de remediação e ensino ativo, especialmente para profissionais que inicialmente apresentam menor proficiência técnica.16,25,26,27

### 5.4 Potencialidades, limitações metodológicas e implicações para a prática clínica

Neste estudo destaca-se a integração entre a revisão sistemática da literatura e o relato de experiência. Essa estratégia permitiu que uma observação originada no cotidiano assistencial da enfermaria de clínica médica fosse confrontada com evidências científicas contemporâneas, evitando que a experiência clínica e as percepções do residente fossem interpretadas de maneira isolada ou utilizadas de forma puramente subjetiva. Outro ponto positivo foi a diversidade das intervenções pedagógicas e dos desfechos avaliados pelos estudos incluídos. Os trabalhos analisaram desde cursos baseados em simulação realística com atores, role-play interativo e currículos virtuais, até a prática assistencial sob supervisão. Essa diversidade favoreceu uma compreensão multifatorial e integrada do impacto do ensino de habilidades de comunicação na pós-graduação médica.

Entretanto, a heterogeneidade metodológica dos estudos constitui uma limitação relevante. As populações avaliadas apresentaram diferenças significativas quanto ao nível de formação composto por médicos residentes, fellows ou internos em fase de graduação e o formato das intervenções de ensino dificultam comparações diretas de efeito. Outra limitação importante é que parcela expressiva da evidência foca em avaliações de autopercepção e autoeficácia dos próprios residentes. Embora demonstrem ganhos de confiança pós-intervenção, scores subjetivos não garantem, isoladamente, a transposição de comportamento para a prática real, sendo raras as pesquisas que avaliam objetivamente a qualidade da comunicação sob a perspectiva de pacientes e familiares em encontros reais à beira do leito. A própria experiência clínica retrospectiva apresenta limitações semelhantes. O número de reuniões familiares observadas e descritas foi restrito ao cenário de uma única enfermaria, não houve o emprego de um protocolo prospectivo de mensuração sistemática de scores de competência, e não foi possível estabelecer quais etapas específicas do protocolo SPIKES contribuíram individualmente para a pactuação do teto terapêutico. Dessa forma, o caso clínico descrito deve ser interpretado como exemplo qualitativo ilustrativo e gerador de hipótese sobre o ensino de habilidades de comunicação ao fim de vida, e não como uma amostra representativa de encontros familiares na clínica médica.



Apesar dessas limitações, a experiência apresenta alta relevância para a rotina assistencial ao demonstrar uma situação frequente na prática clínica: a condução de discussões prognósticas desestruturadas e improvisadas à beira do leito ou nos corredores falha em contemplar a complexidade afetiva e existencial necessária para a definição de metas de cuidado

compartilhadas. A literatura contemporânea e os marcos de competência curriculares reforçam essa preocupação ao destacar a necessidade de integrar ativamente o ensino de cuidados paliativos e comunicação na graduação e residência médica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração híbrida deste estudo confirma que a comunicação em saúde e a condução de conferências familiares são habilidades clínicas complexas passíveis de ensino, estruturação e aperfeiçoamento. A relação entre a vivência assistencial descrita e as melhores evidências científicas revela que a aplicação de um roteiro organizado, como o Protocolo SPIKES, atua como um mapa mental indispensável para mitigar a ansiedade, o sentimento de impotência e o sofrimento moral de médicos residentes e internos de medicina diante da finitude. Ao substituir a comunicação informal e improvisada por reuniões planejadas e conduzidas de forma empática, os profissionais em formação desenvolvem maior eficácia técnica para acolher a negação familiar, realizar o luto antecipatório e eliciar de forma fidedigna os reais valores biográficos e metas de cuidado dos pacientes.

No âmbito assistencial prático, o estabelecimento do teto terapêutico por meio de diálogos compartilhados e biográficos representa a maturidade do raciocínio clínico e uma intervenção tão nobre quanto qualquer procedimento invasivo de suporte artificial à vida. As evidências hospitalares quantificam que a implementação de treinamentos estruturados em metas de cuidado resulta em um incremento robusto na documentação formal do status de não reanimação (DNR) na enfermaria e reduz significativamente as transferências desproporcionais e clinicamente fúteis de pacientes terminais para a UTI. Dessa forma, ao alinhar as expectativas da família com a realidade prognóstica de maneira gradual e transparente, assegura-se que a transição para cuidados paliativos exclusivos previna a distanásia e resguarde a dignidade do paciente vulnerável.



Por fim, para superar o histórico déficit formativo em cuidados paliativos na graduação médica brasileira, torna-se imperativo estruturar os programas de ensino e residência médica sob metodologias ativas de aprendizagem. Investigações futuras devem expandir a mensuração de desfechos para além das escalas de autopercepção dos médicos, incorporando avaliações observacionais cegas e a perspectiva de satisfação dos próprios familiares, consolidando uma cultura de saúde verdadeiramente humanizada e focada no alívio do sofrimento multidimensional.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006.

FERRAZ, Maysa Araújo Gomes; et al. Comunicação de más notícias na perspectiva de médicos oncologistas e paliativistas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, e076, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210458.

BARROS, Fernanda de; et al. Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 2021.

VIDAL, Edison Iglesias de Oliveira; et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, e00130022, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

MORITZ, Rachel Duarte; et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016.



BARUZZI, Antônio Cláudio do A.; IKEOKA, Dimas T. Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 6, p. 528-530, 2013. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.018.

RADBRUCH, Lukas; et al. Redefining palliative care: a new consensus-based definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 4, p. 754-764, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.

VIDAL, Edison Iglesias de Oliveira; KOVACS, Maria Júlia; SILVA, Josimário João da; et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, e00130022, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acesso em: 31 ago. 2026.

PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, London, v. 372, n. 71, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71. Disponível em: https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71. Acesso em: 17 jul. 2026.

OUZZANI, Mourad; HAMMADY, Hossam; FEDOROWICZ, Zbys; EL MAGARMID, Ahmed. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, London,

v. 5, n. 1, art. 210, 2016. DOI: https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4. Disponível em: https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4. Acesso em: 17 jul. 2026.

GUYATT, Gordon H. et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. **BMJ**, London, v. 336, n. 7650, p. 924-926, 2008. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD. Disponível em: https://www.bmj.com/content/336/7650/924. Acesso em: 17 jul. 2026.

BROWN, Crystal E. et al. Self-assessment scores improve after simulation-based palliative care communication skill workshops. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 35, n. 1, p. 45-51, 2018. DOI: https://doi.org/10.1177/1049909116681972.

CANNONE, Daniel. et al. Delivering challenging news: an illness-trajectory communication curriculum for multispecialty oncology residents and fellows. **MedEdPORTAL**, v. 15, art. 10819, 2019. DOI: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10819.

CORREIA, Divanise Suruagy. et al. Cuidados paliativos: importância do tema para discentes de graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 78-86, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170105.11.

CUBBISON, Caroline; et al. Effect of palliative care curriculum on serious illness conversation preparedness. **ATS Scholar**, v. 2, n. 4, p. 642-650, 2021. DOI: https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2021-0019IN.

HARRINGTON, Amanda W.; OLIVEIRA, Kristin D.; LUI, Felix Y.; MAERZ, Linda L. Resident education in end-of-life communication and management: assessing comfort level to enhance competence and confidence. **Journal of Surgical Education**, v. 77, n. 2, p. 300-308, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.11.003.

TALWALKAR, Jaideep S. et al. An advanced communication skills workshop using standardized patients for senior medical students. **MedEdPORTAL**, v. 17, art. 11163, 2021. DOI: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11163.

SMITH-UFFEN, Megan. et al. A mixed-methods pilot study of a serious illness communication training curriculum among medical residents. **Palliative Care and Social Practice**, v. 19, 2025. DOI: https://doi.org/10.1177/26323524251326949.

WU, David Shih et al. Narrative approach to goals of care discussions: a novel curriculum. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 58, n. 6, p. 1033-1039, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.023.

GOLDBERG, Gabrielle R. et al. Incorporation of an interprofessional palliative care-ethics experience into a required critical care acting internship. **MedEdPORTAL**, v. 14, art. 10760, 2018. DOI: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10760.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

**Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE: manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

SCHMITZ, Connie C. et al. Learning by (video) example: a randomized study of communication skills training for end-of-life and error disclosure family care conferences. **The American Journal of Surgery**, v. 212, n. 5, p. 996-1004, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.02.023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Campus Governador Valadares. Instituto de Ciências da Vida. Departamento de Nutrição. **Instrutivo para elaboração de relato de experiência: estágio em nutrição em saúde coletiva**. Governador Valadares: UFJF-GV, 2017.

MILLER, David C. et al. Teaching residents how to talk about death and dying: a mixed-methods analysis of barriers and randomized educational intervention. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 35, n. 9, p. 1221-1226, 2018. DOI: https://doi.org/10.1177/1049909118769674.

## ANEXO I

Anexo referente à avaliação pelo sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)



| Nível | Definição | Implicações | Fonte de Informação |
|---|---|---|---|
| Alto | Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado. | É improvável que trabalhos adicionais modifiquem a confiança na estimativa do efeito. | - Ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa.<br>- Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.* |
| Moderado | Há confiança moderada no efeito estimado. | Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificá-la. | - Ensaios clínicos com limitações leves.<br>- Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.* |
| Baixo | A confiança no efeito é limitada. | Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante na confiança na estimativa de efeito. | - Ensaios clínicos com limitações moderadas.<br>- Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle. |
| Muito Baixo | A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. | Há importante grau de incerteza nos achados. Qualquer estimativa de efeito é incerta. | - Ensaios clínicos com limitações graves.<br>- Estudos observacionais comparativos com presença de limitações.<br>- Estudos observacionais não comparados (por opinião de especialista. |

| Fator | Consequência |
|---|---|
| Limitações metodológicas (risco de viés): Problemas metodológicos nos estudos (ex.: falta de randomização, cegamento inadequado) que podem introduzir vieses. | Reduz 1 ou 2 níveis |
| Inconsistência: Heterogeneidade ou variações significativas entre os resultados dos estudos. | Reduz 1 ou 2 níveis |
| Evidência indireta: Quando a evidência não corresponde exatamente à pergunta de pesquisa (por exemplo, população, intervenção ou desfecho diferentes). | Reduz 1 ou 2 níveis |
| Imprecisão: Intervalos de confiança amplos ou tamanho amostral pequeno que podem comprometer a confiabilidade do efeito estimado. | Reduz 1 ou 2 níveis |
| Viés de publicação: A possibilidade de que estudos com resultados negativos não tenham sido publicados, distorcendo a evidência disponível. | Reduz 1 ou 2 níveis |

| Fator | Consequência |
|---|---|
| Elevada magnitude de efeito: Quando os efeitos observados são muito grandes e improváveis de serem explicados por vieses. | Eleva 1 ou 2 níveis |
| Fatores de confusão residuais que aumentam a confiança na estimativa: Quando os possíveis fatores de confusão agem de modo que tenderiam a reduzir o efeito observado, aumentando a confiança nos achados | Eleva 1 nível |
| Gradiente dose- resposta: Uma relação clara entre a dose da intervenção e o desfecho observado. | Eleva 1 nível |