



ARTIGO ORIGINAL

Percepção de estudantes de medicina quanto ao preparo para lidar com o sofrimento do paciente

Perception of medical students regarding their preparedness to deal with patient suffering

Percepción de estudiantes de medicina sobre su preparación para lidiar con el sufrimiento del paciente

Fellype William Sobreira Dias¹ & Milena Nunes Alves de Sousa¹

1- Centro Universitário de Patos, UNIFIP, Patos, Paraíba, Brasil

Autor Correspondente

Nome: Fellype William Sobreira Dias

E-mail: fellypedias@med.fiponline.edu.br

Resumo:

Este estudo tem como objetivo analisar a percepção de estudantes de medicina quanto ao preparo para lidar com o sofrimento do paciente, considerando as dimensões técnica e emocional da formação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com 21 estudantes do internato médico de uma instituição privada no interior da Paraíba, por meio de entrevistas estruturadas, sendo o material analisado à luz da técnica de análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram que os participantes apresentam maior segurança no domínio técnico, especialmente no manejo do sofrimento físico, porém demonstram fragilidade diante das demandas emocionais do cuidado. A prática clínica foi identificada como principal espaço de aprendizagem, embora ocorra, frequentemente, sem mediação pedagógica adequada, expondo os estudantes a impactos emocionais significativos. Observou-se ainda a predominância de estratégias individuais de enfrentamento, como reflexão e apoio entre colegas, além da percepção de insuficiência do suporte institucional. Destacaram-se dificuldades relacionadas à comunicação de más notícias, à terminalidade e ao equilíbrio entre empatia e autoproteção emocional. Conclui-se que o preparo ocorre de forma progressiva, porém fragmentada, evidenciando a necessidade de integração entre formação técnica e desenvolvimento emocional, bem como de maior investimento institucional em suporte psicológico e estratégias pedagógicas voltadas à humanização do cuidado.

Palavras-chave: Educação Médica; Assistência ao Paciente; Reconhecimento Psicológico, Empatia; Humanização da Assistência.

Abstract:

This study aims to analyze medical students' perceptions regarding their preparedness to address patient suffering, taking into account the technical and emotional dimensions of their training. This is a qualitative study conducted with 21 medical interns at a private institution in the interior of Paraíba, using structured interviews; the data were analyzed using content analysis. The results showed that participants feel more confident in the technical domain, especially in managing physical suffering, but demonstrate vulnerability when faced with the emotional demands of care. Clinical practice was identified as the primary learning environment, although it often occurs without adequate pedagogical guidance, exposing students to significant emotional impacts. A predominance of individual coping strategies was also observed, such as reflection and peer support, in addition to the perception of insufficient institutional support. Difficulties related to communicating bad news, end-of-life care, and the balance between empathy and emotional self-protection were highlighted. It is concluded that preparation occurs progressively but in a fragmented manner, highlighting the need for integration between technical training and emotional development, as well as greater institutional investment in psychological support and pedagogical strategies aimed at humanizing care.

Key words: Education, Medical; Patient Care; Recognition, Psychology; Empathy; Humanization of Assistance.

Resumen:

El objetivo de este estudio es analizar la percepción de los estudiantes de medicina respecto a su preparación para afrontar el sufrimiento del paciente, teniendo en cuenta las dimensiones técnica y emocional de la formación. Se trata de una investigación cualitativa, realizada con 21 estudiantes de prácticas clínicas de una institución privada del interior de



Paraíba, mediante entrevistas estructuradas, y el material se analizó utilizando la técnica de análisis de contenido. Los resultados pusieron de manifiesto que los participantes muestran mayor seguridad en el ámbito técnico, especialmente en el manejo del sufrimiento físico, pero demuestran fragilidad ante las exigencias emocionales de la atención. La práctica clínica se identificó como el principal espacio de aprendizaje, aunque a menudo se lleva a cabo sin una mediación pedagógica adecuada, lo que expone a los estudiantes a impactos emocionales significativos. Se observó además el predominio de estrategias individuales de afrontamiento, como la reflexión y el apoyo entre compañeros, además de la percepción de insuficiencia del apoyo institucional. Destacaron las dificultades relacionadas con la comunicación de malas noticias, la terminalidad y el equilibrio entre la empatía y la autoprotección emocional. Se concluye que la preparación se produce de forma progresiva, aunque fragmentada, lo que pone de manifiesto la necesidad de integrar la formación técnica y el desarrollo emocional, así como de una mayor inversión institucional en apoyo psicológico y estrategias pedagógicas orientadas a la humanización de la atención.

Palabras clave: Educación Médica; Atención al Paciente; Reconocimiento en Psicología; Empatía; Humanización de la Atención.

1 INTRODUÇÃO

A formação médica caracteriza-se pela complexidade e pelo rigor técnico-científico, exigindo dos estudantes não apenas conhecimento clínico aprofundado, mas também habilidades interpessoais, emocionais e éticas (Sobczak *et al.*, 2023). Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080/1990, consolidou-se o conceito ampliado de saúde, fundamentado na integralidade e em uma visão holística da pessoa. Nesse contexto, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), proposto por Stewart (1975), exige mudanças na mentalidade médica ao valorizar a experiência do adoecimento para além da dimensão biomédica, reconhecendo sentimentos, sofrimento, ideias, funções e expectativas. Conforme Stewart *et al.* (2017, p. 17), “manter uma posição sempre objetiva em relação às pessoas produz uma insensibilidade ao sofrimento humano que é inaceitável”. O MCCP, portanto, propõe compreender a pessoa como um todo, elaborar um plano comum de manejo e fortalecer a relação médico-paciente.

O contato com o sofrimento humano constitui elemento central na formação médica, pois os estudantes são expostos a situações de dor, perda, doença grave e terminalidade, que demandam competências além do domínio técnico, como empatia e preparo psicológico (Dias; Pio, 2019). Sob essa perspectiva, o MCCP contribui para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, escuta ativa e compreensão global do paciente, reforçando que competências emocionais e interpessoais são centrais à prática profissional (Georgopoulos Filho *et al.*, 2024). Assim, o estudante aprende a respeitar a autonomia do paciente, estabelecer comunicação clara e construir vínculos de confiança, aspectos relevantes tanto para a qualidade do cuidado quanto para seu próprio equilíbrio emocional (Georgopoulos Filho *et al.*, 2024).

Para os autores, a implementação de estratégias pedagógicas que incentivem a reflexão profissional e a atenção às dimensões emocionais fortalece o preparo psicológico do estudante,



favorecendo uma atuação ética e humanizada. A integração do MCCP à formação acadêmica contribui, portanto, para a consolidação de profissionais que associam conhecimento técnico e atenção centrada na pessoa.

Compreender o processo de aprendizagem também é essencial nesse contexto. Bordenave e Pereira (2008) destacam que aprender inicia-se diante de uma necessidade percebida e envolve não apenas aquisição de conhecimentos, mas também mobilização emocional, permeada por sentimentos como ansiedade, frustração e entusiasmo. Assim, aprender constitui um processo cognitivo e afetivo indissociável (Bordenave; Pereira, 2008, p. 25).

Entre os desafios mais significativos da prática clínica está a comunicação de más notícias, que exige clareza, empatia e manejo das próprias emoções (Dias; Pio, 2019). Embora reconheçam sua importância, muitos estudantes relatam insegurança e despreparo para lidar com essas situações (Camargo *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2025), evidenciando lacunas na formação emocional. A exposição contínua ao sofrimento, sem suporte adequado, pode resultar em estresse e burnout, reforçando a necessidade de integrar competências como autorregulação emocional, resiliência e autocuidado ao currículo médico (Wan *et al.*, 2024).

Estratégias como simulações clínicas, dramatizações, *role-playing* e *feedback* estruturado favorecem o desenvolvimento de competências emocionais e comunicacionais (Menezes; Guraya; Guraya, 2021; Warriar; Pradhan, 2020). O fortalecimento da empatia, da compaixão e do autocuidado contribui para maior segurança emocional e para a formação de profissionais capazes de lidar com o sofrimento de forma humanizada (Sobczak *et al.*, 2023).

A comunicação inadequada de más notícias pode impactar negativamente tanto o paciente, ao comprometer a compreensão e a confiança, quanto o estudante, ao gerar insegurança e prejuízos na consolidação de competências clínicas (Camargo *et al.*, 2019; Dias; Pio, 2019). Assim, o preparo psicológico deve ser compreendido como parte integrante da formação médica, tão relevante quanto o conhecimento técnico-científico.

Diante desse cenário, torna-se fundamental analisar a percepção dos estudantes de medicina quanto ao seu preparo psicológico para lidar com o sofrimento do paciente. A compreensão dessas percepções possibilita identificar lacunas formativas e subsidiar metodologias que integrem competência técnica, equilíbrio emocional e cuidado centrado na pessoa, justificando a necessidade de formar profissionais tecnicamente capacitados e emocionalmente preparados para a prática humanizada.



2 MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, conduzida sob uma perspectiva humanizada voltada à compreensão das experiências subjetivas dos participantes, para tanto, foi adotado a abordagem humanista de Rogers (1951), que valoriza empatia, aceitação e autenticidade como elementos essenciais para compreender fenômenos humanos complexos. Nesse contexto, buscou-se compreender os significados atribuídos por estudantes de Medicina às experiências relacionadas ao sofrimento do paciente, considerando a dimensão subjetiva dessas vivências e os princípios éticos da pesquisa com seres humanos.

O estudo foi realizado no Centro Universitário de Patos (UNIFIP), instituição privada localizada no município de Patos, no estado da Paraíba. As entrevistas foram realizadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 94275525.6.0000.5181 e parecer nº 8.076.205/2025, em salas reservadas no campus universitário, garantindo privacidade e confidencialidade durante a coleta das informações.

A população do estudo foi composta por 21 estudantes de Medicina matriculados nos dois últimos anos do curso, correspondentes ao período de internato médico (P9 a P12). A amostra foi definida por conveniência, considerando a disponibilidade e o aceite dos participantes. Inicialmente, realizou-se uma etapa exploratória (pré-teste) com três estudantes, com o objetivo de avaliar a clareza e a pertinência das perguntas do instrumento de coleta de dados. Dentre os participantes, cinco deles era do nono período, seis do décimo, cinco do décimo primeiro e cinco do décimo segundo. Em relação ao sexo, participaram 11 indivíduos do sexo feminino e 10 do masculino. Quanto à idade, houve predominância de 25 anos, com 10 estudantes nessa faixa etária.

A coleta seguiu o princípio da saturação teórica, proposto por Glaser e Strauss, segundo o qual foi encerrada quando novas entrevistas deixam de acrescentar informações relevantes ao fenômeno investigado. A saturação foi alcançada após a realização de 21 entrevistas com estudantes do internato médico, momento em que se observou repetição de conteúdos e ausência de novas informações significativas.

Para a composição da amostra, consideraram-se estudantes regularmente matriculados nos dois últimos anos da graduação em Medicina, com idade igual ou superior a 18 anos e disponibilidade para participar da entrevista em horário previamente agendado. Como critérios de exclusão, foram considerados estudantes em trancamento de matrícula ou afastados por licença médica, participantes



que não completaram a entrevista ou recusaram a gravação em áudio, bem como aqueles que apresentaram condições emocionais que pudessem comprometer sua participação segura no estudo.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um roteiro de entrevista estruturada com perguntas abertas, elaborado com base nos objetivos da pesquisa e no referencial metodológico descrito por Thiollent. Foram organizados em blocos temáticos contemplando: dados sociodemográficos, preparação para lidar com o sofrimento do paciente, experiências práticas durante a formação médica, apoio emocional institucional, estratégias individuais de enfrentamento, aspectos relacionados à humanização do cuidado e práticas de autocuidado.

Antes da aplicação definitiva, realizou-se um pré-teste com três estudantes para avaliar a clareza das perguntas e realizar ajustes necessários ao instrumento.

As entrevistas foram conduzidas individualmente em salas reservadas, com duração média de 30 a 40 minutos, sendo registradas por meio de gravação em áudio mediante autorização dos participantes. A coleta de dados ocorreu entre 20 de janeiro de 2026 e 19 de março de 2026. Posteriormente, os áudios foram transcritos integralmente, preservando elementos relevantes da fala. O pesquisador também realizou registros em diário de campo, incluindo observações sobre o ambiente e possíveis reações emocionais dos participantes.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011), estruturada em três etapas interdependentes. Inicialmente, na pré-análise, organizou-se o corpus da pesquisa, com leitura flutuante e definição dos objetivos analíticos. Em seguida, na exploração do material, realizou-se a codificação das unidades de registro e sua organização em categorias temáticas, conforme critérios de relevância e recorrência. Por fim, na etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os dados foram analisados criticamente e articulados ao referencial teórico, visando responder aos objetivos do estudo e conferir significado aos achados.

3 RESULTADOS

A análise das entrevistas permitiu compreender os significados atribuídos pelos estudantes de medicina às suas vivências diante do sofrimento do paciente. A partir de um movimento analítico baseado em leituras sucessivas, identificação de unidades de sentido e construção de núcleos temáticos, emergiram categorias que expressam não apenas recorrências discursivas, mas a estrutura



da experiência vivida, evidenciando como os sujeitos significam, elaboram e incorporam tais vivências ao seu processo formativo.

Assim sendo, os resultados foram divididos nas seguintes categorias: 1) Preparo: entre o domínio técnico e a vulnerabilidade emocional; 2) Formação acadêmica: entre a introdução teórica e a insuficiência formativa; 3) A experiência clínica como espaço de construção do conhecimento; 4) O encontro com o sofrimento: impacto emocional e mobilização existencial; 5) Entre a empatia e a autoproteção: a construção de limites no cuidado; 6) Estratégias de enfrentamento e reflexões; 7) Dificuldades enfrentadas e integração; 8) Necessidade de integração entre formação técnica e desenvolvimento emocional; 9) Suporte institucional;

3.1 Preparo: Entre o domínio técnico e a vulnerabilidade emocional

A percepção de preparo para lidar com o sofrimento do paciente emerge como uma experiência marcada por ambivalência, na qual os estudantes reconhecem maior segurança no domínio técnico, especialmente no manejo do sofrimento físico, ao mesmo tempo em que expressam fragilidade diante das demandas emocionais envolvidas no cuidado. Essa dissociação revela que o conhecimento biomédico, embora fundamental, não é suficiente para sustentar o enfrentamento da complexidade do sofrimento humano, especialmente quando este se manifesta em sua dimensão subjetiva.

Quadro 1: Preparo - entre o domínio técnico e a vulnerabilidade emocional

Preparo: entre o domínio técnico e a vulnerabilidade emocional	<i>Preparação adequada</i>	E1: “Acredito que estamos preparados para dar má notícia e ter uma conduta mais adequada”.
	<i>Preparação parcial</i>	E2: “Mais ou menos preparado, já que tenho o conteúdo, porém às vezes fico com receio na prática e tenho dificuldade para lidar com aspectos mais subjetivos e emocionais”.
	<i>Preparo emocional insuficiente</i>	E3: “Não me sinto totalmente preparada fico insegura emocionalmente para dar alguns diagnósticos” E6: “Existe uma lacuna emocional”.
	<i>Segurança técnica maior</i>	E5: “Percebi que tenho um domínio do conteúdo maior do que em relação a prática, já que nas provas sempre tirei nota boa só que nos ambulatórios meio que travava”.
	<i>Evolução ao longo do curso</i>	E10: “Me sinto mais preparada que no início, hoje estou mais confiante e tenho um domínio maior em relação ao manejo com o paciente”.
	<i>Insegurança persistente</i>	E11: “Ainda me sinto insegura apesar do conhecimento teórico às vezes não consigo e fico pensando no que fazer”.

Fonte: Autoria própria (2026).



O sofrimento emocional do paciente é vivenciado como um campo de maior incerteza, exigindo habilidades relacionadas à escuta, à empatia e à capacidade de acolhimento, que nem sempre são percebidas como plenamente desenvolvidas. Nesse sentido, um dos participantes relata que “se sente apenas parcialmente preparado para lidar tanto com o sofrimento físico quanto com o emocional dos pacientes, percebendo que, embora consiga conduzir melhor as questões clínicas, ainda encontra dificuldades quando precisa lidar com aspectos mais subjetivos e emocionais” (E2), evidenciando a coexistência entre segurança técnica e vulnerabilidade emocional.

A experiência prática surge como elemento central na construção dessa percepção, funcionando simultaneamente como espaço de fortalecimento do saber e de exposição às próprias limitações, o que contribui para um processo contínuo de revisão e amadurecimento profissional.

3.2 Formação acadêmica: entre a introdução teórica e a insuficiência formativa

A formação acadêmica é reconhecida pelos estudantes como responsável por introduzir conteúdos relacionados à humanização do cuidado, especialmente por meio de disciplinas que abordam comunicação, empatia e relação médico-paciente. No entanto, tais iniciativas são frequentemente percebidas como pontuais e insuficientemente integradas ao longo da graduação, o que limita o aprofundamento dessas competências.

Quadro 2: Formação acadêmica e ensino: entre limitações teóricas e aprendizagem prática

Formação acadêmica e ensino	<i>Humanidades médicas</i>	E12: “Temos a disciplina de Humanidades médicas, onde aprendemos comunicação médico paciente”.
	<i>Protocolo SPIKES</i>	E14: “Contato com o protocolo SPIKES que ajudou bastante na relação com o paciente”.
	<i>Ensino teórico limitado</i>	E3: “O ensino da teoria se limita, visto que vemos poucos casos clínicos, tive acesso a algumas orientações ao longo do curso, mas de forma muito pontual, sem um acompanhamento contínuo que ajudasse realmente a desenvolver segurança para lidar com o sofrimento emocional dos pacientes”.
	<i>Prática como principal aprendizado</i>	E2: “Acredito que a grande parte do aprendizado ocorre quando vivenciamos aquele assunto”.
	<i>Simulações</i>	E1: “Simulações e treinamento práticos ajudam muito a desenvolver essa habilidade”.
	<i>Internato como formação</i>	E19: “Nos dois últimos anos da faculdade, percebi uma grande evolução, de acordo com as práticas que fui tendo”.

Fonte: Autoria própria (2026).



Essa descontinuidade formativa contribui para a construção de um preparo considerado incompleto, no qual os aspectos técnicos são priorizados em detrimento da elaboração emocional das experiências vividas. Um dos estudantes destaca que “teve acesso a algumas orientações ao longo do curso, mas de forma muito pontual, sem um acompanhamento contínuo que ajudasse realmente a desenvolver segurança para lidar com o sofrimento emocional dos pacientes” (E3), revelando a percepção de lacunas no processo formativo.

Evidencia-se a necessidade de estratégias educacionais que promovam não apenas a transmissão de conteúdos, mas também a criação de espaços sistemáticos de reflexão e elaboração, capazes de sustentar o desenvolvimento emocional ao longo de toda a trajetória acadêmica.

3.3 A experiência clínica como espaço de construção do conhecimento

A prática clínica é compreendida como o principal cenário de aprendizagem, no qual o estudante se depara com a realidade concreta do sofrimento humano e é convocado a agir para além do conhecimento teórico. Nesse contexto, a experiência assume papel central na construção do saber, permitindo que o aprendizado se dê a partir da vivência direta, da observação e da reflexão sobre as situações enfrentadas.

Quadro 3: A experiência clínica como espaço de construção do conhecimento

Reflexão e aprendizado	<i>Reflexão pós-atendimento</i>	E3: “Refletir após a consulta me ajudou a entender e desenvolver capacidades na relação médico paciente”.
	<i>Aprendizado com experiência</i>	E2: “Grande parte do aprendizado acontece mesmo na prática, no contato direto com o paciente, porque é ali que surgem as situações reais que exigem posicionamento e envolvimento emocional”.
	<i>Pensamento contínuo</i>	E21: “Fico pensando e relacionando casos e condutas com a prática diária”.

Fonte: Autoria própria (2026).

Um dos participantes afirma que “grande parte do aprendizado acontece mesmo na prática, no contato direto com o paciente, porque é ali que surgem as situações reais que exigem posicionamento e envolvimento emocional” (E2), evidenciando o caráter experiencial do processo formativo.

Ao mesmo tempo em que favorece o desenvolvimento de competências, a prática também expõe o estudante a situações para as quais nem sempre se sente preparado, exigindo constante adaptação e ressignificação das experiências. Dessa forma, a prática se configura como um espaço de



construção, mas também de confronto, no qual o estudante se depara com os limites do saber técnico e com a complexidade do cuidado.

3.4 O encontro com o sofrimento: impacto emocional e mobilização existencial

O contato com o sofrimento do paciente revela-se como uma experiência profundamente marcante, que ultrapassa o plano técnico e se inscreve na dimensão subjetiva do estudante. As vivências relatadas são permeadas por sentimentos intensos, como angústia, empatia, impotência e reflexão, indicando que o sofrimento do outro não é apenas observado, mas também sentido e internalizado.

Quadro 4: Impacto emocional e mobilização existencial

Impacto emocional e mobilização existencial	<i>Contato com sofrimento intenso</i>	E6: “Quanto tive contato com um paciente com doença grave travei na hora”.
	<i>Pacientes com dor crônica</i>	E5: “Paciente que tinha dor do membro fantasma e sofria bastante após amputação”.
	<i>Situações com câncer</i>	E21: “Diagnóstico de câncer foi a coisa que mais me marcou”.
	<i>Cuidados paliativos</i>	E7: “Quando tive contato com uma paciente acamada que a família meio que abandonou ela”.
	<i>Impacto emocional</i>	E20: “Vivenciar determinadas situações com pacientes foi algo muito marcante, que gerou um impacto emocional significativo e permaneceu na memória, levando a reflexões que foram além do momento do atendimento”.

Fonte: Autoria própria (2026).

Um dos participantes descreve que “vivenciar determinadas situações com pacientes foi algo muito marcante, que gerou um impacto emocional significativo e permaneceu na memória, levando a reflexões que foram além do momento do atendimento” (E20), evidenciando o caráter duradouro dessas experiências.

Situações envolvendo dor intensa, sofrimento psíquico e limitações terapêuticas são apontadas como particularmente mobilizadoras, contribuindo para a construção de significados sobre o cuidado e sobre o próprio papel do futuro médico. Esse encontro com o sofrimento, portanto, não se encerra na prática assistencial, mas se prolonga na subjetividade do estudante, participando ativamente de seu processo de formação.



3.5 Entre a empatia e a autoproteção: a construção de limites no cuidado

A análise evidencia a presença de uma tensão constante entre o desejo de oferecer um cuidado empático e a necessidade de preservar o equilíbrio emocional. Os estudantes buscam estabelecer limites que lhes permitam se envolver com o paciente sem, contudo, serem completamente absorvidos pelo sofrimento vivenciado.

Quadro 5: Empatia e habilidades emocionais

Empatia e habilidades emocionais	<i>Empatia como essencial</i>	E9: “Empatia é fundamental para entender a situação do paciente e dos familiares”.
	<i>Empatia em desenvolvimento</i>	E5: “Em relação a prática com os pacientes percebo um melhor desenvolvimento da empatia”.
	<i>Controle emocional</i>	E11: “Preciso desenvolver controle em relação a minhas emoções”.
	<i>Equilíbrio empatia-técnica</i>	E21: “Uma das maiores dificuldades é conseguir se colocar no lugar do paciente, compreender o que ele está sentindo, mas ao mesmo tempo evitar que isso afete de forma intensa o próprio emocional”.

Fonte: Autoria própria (2026).

Essa dificuldade é expressa quando um dos participantes relata que “uma das maiores dificuldades é conseguir se colocar no lugar do paciente, compreender o que ele está sentindo, mas ao mesmo tempo evitar que isso afete de forma intensa o próprio emocional” (E21), revelando o desafio de equilibrar empatia e autoproteção.

Tal ambivalência configura-se como parte do processo de construção da identidade profissional, no qual o estudante aprende, de forma gradual, a reconhecer seus limites e a desenvolver estratégias de regulação emocional. No entanto, a ausência de suporte estruturado para esse aprendizado contribui para sentimentos de insegurança e sobrecarga.

3.6 Estratégias de enfrentamento e reflexões

Diante das experiências vividas, os estudantes desenvolvem estratégias de enfrentamento que envolvem principalmente a reflexão e o compartilhamento com colegas e profissionais mais experientes. A troca interpessoal emerge como um recurso fundamental para a elaboração emocional das vivências e para a construção de sentido diante das situações enfrentadas.



Quadro 6: Estratégias de enfrentamento e reflexões

Estratégias	<i>Escuta ativa</i>	E4: “Ouvir com atenção e fazer com que o paciente esvazie seus pensamentos e suas emoções”.
	<i>Acolhimento</i>	E6: “Oferecer acolhimento e entender a situação de cada paciente como único e subjetivo”.
	<i>Comunicação clara</i>	E14: “Explicar de forma simples para facilitar o entendimento do paciente”.
	<i>Apoio coletivo</i>	E8: “Conversar com colegas sobre as situações vividas ajudou bastante a entender melhor o que aconteceu e a lidar com os sentimentos que surgiram a partir dessas experiências”.
	<i>Contato humano</i>	E2: “Toque ou abraço quando o paciente dá abertura para ajudar a acolher”.
Reflexão e aprendizado	<i>Reflexão pós-atendimento</i>	E3: “Refletir após a consulta me ajudou a entender e desenvolver capacidades na relação médico paciente”.
	<i>Aprendizado com experiência</i>	E18: “A prática clínica Contribuiu muito para o amadurecimento e uma maior segurança na conduta”.
	<i>Pensamento contínuo</i>	E21: “Fico pensando e relacionando casos e condutas com a prática diária”.

Fonte: Autoria própria (2026).

Um dos participantes destaca que “conversar com colegas sobre as situações vividas ajudou bastante a entender melhor o que aconteceu e a lidar com os sentimentos que surgiram a partir dessas experiências” (E8), evidenciando a importância do apoio coletivo.

Além disso, a reflexão sobre a prática aparece como mecanismo importante de aprendizagem, permitindo a ressignificação das experiências e o aprimoramento das condutas. No entanto, observa-se que essas estratégias são desenvolvidas de forma individual e pouco sistematizada, o que pode limitar seu potencial de apoio ao estudante.

3.7 Dificuldades enfrentadas e integração

A análise das narrativas evidencia que a formação médica ainda se apresenta de maneira fragmentada, com predomínio do ensino técnico em detrimento do desenvolvimento emocional. Os estudantes reconhecem a importância do conhecimento científico, mas destacam que o enfrentamento do sofrimento do paciente exige competências que envolvem sensibilidade, escuta e capacidade de lidar com as próprias emoções.



Quadro 7: Dificuldades enfrentadas e integração

Dificuldades enfrentadas	<i>Lidar com emoções intensas</i>	E8: "Uma das maiores dificuldades foi o misto de emoções tanto da família como do paciente "
	<i>Equilíbrio emocional</i>	E7: "Equilíbrio entre emoção e profissionalismo"
	<i>Não se envolver excessivamente</i>	E11: "Evitar envolvimento excessivo, pois já teve casos em que fiquei muito mal com um ruim prognóstico de um paciente "
	<i>Manter raciocínio clínico</i>	E15: "Manter organizado o raciocínio apesar da agonia e do sofrimento do paciente "
	<i>Comunicação difícil</i>	E21: "Dificuldade em comunicar tanto o diagnóstico quanto às percepções anteriores do paciente e familiares "
	<i>Situações sem cura</i>	E18: "Sem possibilidade de cura, onde tive que explicar para família que não existia mais um tratamento que curasse"
	<i>Pacientes terminais</i>	E9: "Não me sinto preparado, para passar a situação real dos pacientes em estágios terminais "
Integração	<i>Discussão com colegas</i>	E5: "Discutir com colega é debates de caso me ajuda bastante"
	<i>Apoio da equipe</i>	E7: "Discussão com preceptor e apoio deles nas atividades tem bastante importância na minha evolução "
	<i>Aprendizado coletivo</i>	E2: "Rede de apoio e aprendizado conjunto com colegas e professores me ajudaram "

Fonte: Autoria própria (2026).

Paralelamente emerge a demanda por uma formação que integre de maneira mais efetiva as dimensões técnica e emocional, reconhecendo que o cuidado em saúde envolve não apenas o paciente, mas também o profissional que cuida. Tal integração é apontada como fundamental para a construção de uma prática mais humanizada e sustentável.

A necessidade de integração entre essas dimensões aponta para a construção de uma formação mais completa, que reconheça o cuidado como um processo que envolve tanto o domínio técnico quanto a elaboração emocional. Dessa forma, o desenvolvimento de competências emocionais deixa de ser um elemento secundário e passa a ocupar um lugar central na formação médica.

3.8 Melhorias e estratégias individuais de cuidado

A análise dos depoimentos evidencia que os estudantes reconhecem a necessidade de ampliar estratégias institucionais e individuais voltadas ao cuidado emocional durante a formação médica. Entre as sugestões de melhoria, destacam-se a criação de espaços de escuta, como rodas de conversa, e a oferta de suporte psicológico mais estruturado, incluindo psicoterapia e acompanhamento do bem-estar emocional. Essas falas apontam para a insuficiência do modelo formativo atual na integração



entre competência técnica e preparo emocional, indicando a demanda por abordagens mais humanizadas, como expressa no relato: “Seria fundamental que a formação incluísse mais espaços voltados para discutir o lado emocional das situações” (E6).

Quadro 8: Melhorias e estratégias individuais de cuidado

Sugestões de melhoria	<i>Rodas de conversa</i>	E6: “Seria fundamental que a formação incluísse mais espaços voltados para discutir o lado emocional das situações, porque muitas vezes o estudante sabe o que fazer do ponto de vista técnico, mas não se sente preparado para lidar com o impacto emocional que essas situações geram”
	<i>Psicoterapia</i>	E17: “Terapias com psicólogos seria algo de extrema importância”
	<i>Supervisão emocional</i>	E7: “No meu entendimento seria benéfico se tivesse uma supervisão para saberá respeito do bem-estar emocional do aluno”
	<i>Apoio psicológico estruturado</i>	E20: “Eu acho q uma das principais melhorias seria um apoio psicológico mais estruturado, visando cada caso de forma subjetiva”
Autocuidado	<i>Ausência de estratégias</i>	E1: “Eu não faço nenhuma estratégia ou algo diferente para realizar o autocuidado”
	<i>Apoio familiar</i>	E2: “o apoio da minha família me deixa mais tranquilo e seguro para lidar com as dificuldades”
	<i>Atividade física</i>	E5: “Atividade física faz com que relaxo e fique mais tranquilo, melhorando me concentração e meu rendimento na faculdade”
	<i>Lazer e descanso</i>	E16: “Momentos de descanso me ajudam a manter o foco e faça com que eu não desista e consiga me manter mais segura”.
	<i>Evitar sobrecarga emocional</i>	E21: “Não guardar tudo, dividir com alguém para que eu consiga esvaziar e ficar tranquila”

Fonte: Aatoria própria (2026).

No que diz respeito às estratégias individuais de cuidado, observa-se diversidade nas práticas adotadas. Enquanto alguns relatam ausência de autocuidado, outros mencionam apoio familiar, atividade física e momentos de lazer e descanso como importantes para o equilíbrio emocional. Também emerge a relevância da partilha de experiências como forma de evitar a sobrecarga emocional, conforme destacado: “não guardar tudo, dividir com alguém para que eu consiga esvaziar e ficar tranquila” (E21). Esses achados indicam que, embora existam iniciativas individuais, elas ainda são pouco sistematizadas, reforçando a necessidade de maior suporte institucional voltado à saúde mental dos estudantes.



3.9 Suporte institucional

Os resultados apontam para a percepção de fragilidade no suporte emocional oferecido pelas instituições de ensino, com relatos de baixa visibilidade e pouca integração dos serviços existentes à rotina acadêmica. Embora alguns estudantes reconheçam a existência de apoio psicológico, este é frequentemente percebido como insuficiente ou pouco acessível.

Quadro 9: Suporte institucional

Suporte institucional	<i>Ausência de suporte</i>	E13: “Não percebo suporte da faculdade”.
	<i>Suporte pouco divulgado</i>	E9: “Existe algum tipo de apoio emocional na instituição, mas ele não é muito divulgado e acaba não fazendo parte da rotina dos estudantes, o que dificulta o acesso quando realmente é necessário”.
	<i>Baixa acessibilidade</i>	E3: “Tem suporte só que devido à falta de informação e as burocracias se torna de difícil acessibilidade”.
	<i>Necessidade de ampliação</i>	E20: “O suporte da faculdade é bom, mas acho que precisaria investir mais em uma rede de apoio e salas com terapias”.

Fonte: Autoria própria (2026).

Essa percepção é expressa quando um participante afirma que “existe algum tipo de apoio emocional na instituição, mas ele não é muito divulgado e acaba não fazendo parte da rotina dos estudantes, o que dificulta o acesso quando realmente é necessário” (E9).

4 DISCUSSÃO

A análise dos resultados evidencia que o preparo dos estudantes de medicina para lidar com o sofrimento do paciente configura-se como um fenômeno complexo, multifacetado e profundamente atravessado pelas estruturas formativas vigentes. No que se refere à percepção do preparo, observa-se que esse processo ocorre de forma progressiva, porém desigual, marcado por percepções que variam entre preparo adequado, preparo parcial e insuficiência emocional. As falas que indicam preparo apenas parcial, a sensação de não estar totalmente preparado e a presença de insegurança persistente revelam que, embora haja avanços ao longo da formação, estes não se consolidam de maneira homogênea. A coexistência entre maior segurança técnica e fragilidade emocional explicita uma assimetria formativa relevante, na qual o domínio cognitivo não se traduz, necessariamente, em competência para lidar com o sofrimento do paciente, achado que dialoga com a literatura ao



evidenciar lacunas na formação médica quanto ao desenvolvimento de habilidades emocionais e relacionais.

Nesse sentido, estudos como o Schwenk *et al.* (2010) apontam elevada prevalência de sofrimento psíquico entre estudantes de medicina, associada à insuficiência de suporte emocional durante a formação, enquanto Epstein e Street Júnior (2011) destacam que a competência clínica envolve não apenas conhecimento técnico, mas também habilidades comunicacionais e empáticas, fundamentais para o manejo do sofrimento do paciente, reforçando a necessidade de uma formação mais integrada entre as dimensões técnica e emocional.

Esse cenário reflete a predominância de um modelo formativo centrado na dimensão biomédica, no qual o conhecimento técnico é priorizado em detrimento das competências emocionais e relacionais. Os dados evidenciam que os estudantes reconhecem possuir maior domínio teórico do que preparo prático no campo emocional, o que corrobora Silva e Abritta (2022), ao apontarem a ênfase no desenvolvimento cognitivo na formação médica. Ainda assim, quanto à “evolução ao longo do curso” demonstra que há um processo de amadurecimento progressivo, especialmente associado à vivência clínica e ao internato. Contudo, esse desenvolvimento ocorre de forma predominantemente não intencional, dependendo da exposição às situações e não de estratégias pedagógicas estruturadas (Vaz; Paraizo; Almeida, 2021).

Quanto à formação acadêmica e ensino, essa dimensão aprofunda a discussão ao evidenciar que, embora existam iniciativas como disciplinas de humanidades médicas, ensino de comunicação e contato com protocolos como o SPIKES, essas ações são percebidas como insuficientes diante das demandas reais da prática. Essa ferramenta, amplamente utilizada para a comunicação de más notícias, estrutura-se em seis etapas: preparação do ambiente (*Setting*), avaliação da percepção do paciente (*Perception*), convite para compartilhar informações (*Invitation*), transmissão do conhecimento (*Knowledge*), manejo das emoções (*Emotions*) e planejamento/estratégia (*Strategy/Summary*) e tem como objetivo orientar o profissional na condução de conversas difíceis de forma empática e organizada (Buckman, 2005).

No entanto, apesar de sua relevância, sua abordagem frequentemente permanece restrita ao campo teórico, com pouca articulação prática. Os estudantes relatam que o ensino teórico é limitado e pouco integrado à vivência clínica, enquanto o aprendizado mais significativo ocorre por meio da experiência direta. A valorização de simulações e treinamentos práticos reforça o potencial dessas metodologias, embora sua utilização ainda não ocorra de maneira contínua e longitudinal ao longo da formação, achado que dialoga com evidências de que o desenvolvimento de habilidades



comunicacionais exige treinamento prático, feedback contínuo e inserção longitudinal no currículo médico (Back *et al.*, 2005).

A prática clínica, por sua vez, emerge como o principal eixo formativo, como evidenciado também na categoria “Experiências marcantes”. Situações envolvendo pacientes com câncer, dor crônica, cuidados paliativos e abandono familiar são descritas como intensas e emocionalmente impactantes. Quanto ao impacto emocional, relatos de paralisação diante de casos graves e de forte mobilização emocional indicam que o estudante não apenas observa o sofrimento, mas é diretamente afetado por ele. Esse protagonismo da experiência como fonte de aprendizado reforça a importância do aprendizado experiencial, conforme discutido por Socreppa *et al.* (2025), evidenciando que o contato direto com o paciente constitui elemento central na construção das competências clínicas e emocionais, o que também é amplamente discutido por Kolb (1984), ao destacar que o aprendizado se consolida por meio da experiência concreta associada à reflexão.

As dificuldades enfrentadas pelos estudantes incluem o manejo de emoções intensas, a necessidade de equilibrar empatia e profissionalismo, o receio de envolvimento excessivo e a manutenção do raciocínio clínico diante do sofrimento. Destacam-se, ainda, os desafios relacionados à comunicação de más notícias e ao enfrentamento de situações sem possibilidade de cura, especialmente em contextos de terminalidade. Esses elementos evidenciam que o sofrimento do paciente interfere diretamente na atuação do estudante, exigindo competências que extrapolam o domínio técnico, o que é corroborado por estudos como o de Puchalski *et al.* (2009), que destacam a complexidade do cuidado em situações de sofrimento e terminalidade, exigindo preparo emocional e habilidades comunicacionais, e Back *et al.* (2007), que evidenciam que a comunicação de más notícias e o manejo de emoções são competências clínicas fundamentais que requerem treinamento específico e suporte contínuo ao longo da formação.

A tensão entre empatia e autoproteção emocional, evidenciada também na categoria “Empatia e habilidades emocionais”, revela um processo de construção identitária marcado por ambivalências. Os estudantes reconhecem a empatia como essencial para compreender o paciente e sua família, porém relatam a necessidade de desenvolver controle emocional e estabelecer limites para evitar sobrecarga psíquica. Esse equilíbrio é frequentemente construído de forma intuitiva, sem orientação pedagógica sistematizada, o que reforça a necessidade de abordagens formativas estruturadas. Nesse sentido, Alves e Bonadirman (2025) destacam que a empatia está diretamente associada à qualidade da comunicação clínica e à construção de vínculos terapêuticos baseados na confiança.



Além disso, essa ambivalência no desenvolvimento da empatia pode ser compreendida à luz de evidências da literatura internacional, que apontam para um fenômeno de declínio progressivo dessa competência ao longo da formação médica. Nesse sentido, estudo demonstra que, embora estudantes ingressem no curso com níveis elevados de empatia, há uma tendência de redução especialmente durante os períodos de maior exposição clínica, em decorrência de fatores como sobrecarga emocional, pressão acadêmica e valorização predominante de competências técnicas (Hojat *et al.*, 2009). Esse processo dialoga com os achados deste estudo ao evidenciar que os estudantes, diante da necessidade de autoproteção emocional, podem desenvolver mecanismos de distanciamento afetivo, o que reforça a importância de estratégias pedagógicas estruturadas que promovam não apenas o desenvolvimento, mas também a sustentação da empatia ao longo da formação médica.

No que se refere às estratégias de enfrentamento, no eixo “Estratégias de enfrentamento”, evidenciam-se práticas como escuta ativa, acolhimento, comunicação clara, presença junto ao paciente e uso do contato humano como recurso terapêutico. Tais estratégias demonstram sensibilidade e compromisso com o cuidado integral, porém sua construção ocorre de maneira empírica. No eixo “Reflexões e aprendizado”, observa-se que o desenvolvimento dessas habilidades é favorecido pela reflexão pós-atendimento, pelo aprendizado a partir da experiência e pela troca com colegas e preceptores. Esses achados reforçam que a aprendizagem ocorre de forma coletiva e experiencial, mas ainda carece de sistematização institucional, conforme discutido por Wald *et al.* (2015), ao enfatizarem a importância da prática reflexiva na formação médica, e por Dyrbye *et al.* (2017), que destacam a necessidade de estratégias estruturadas para o desenvolvimento de habilidades emocionais e enfrentamento no contexto da formação em saúde.

A fragilidade institucional é evidenciada no eixo “Suporte institucional”, no qual os estudantes relatam ausência de suporte, baixa divulgação e dificuldade de acesso aos serviços disponíveis. Mesmo quando reconhecido, o suporte institucional mostra-se pouco efetivo devido a barreiras operacionais, como burocracia e falta de informação. Esse cenário reforça a necessidade de dispositivos estruturados, como grupos reflexivos, supervisão clínica e apoio psicológico, conforme defendido por Conceição *et al.* (2019) e é corroborado por Dyrbye *et al.* (2006), que destacam que intervenções institucionais estruturadas são fundamentais para reduzir sofrimento psíquico, burnout e melhorar o bem-estar de estudantes da área da saúde. As sugestões apresentadas pelos participantes, incluindo rodas de conversa, psicoterapia e supervisão emocional, apontam para a demanda por maior investimento institucional nesse campo.



No que se refere ao eixo “Autocuidado”, revelam-se estratégias heterogêneas entre os estudantes, incluindo apoio familiar, atividade física, momentos de lazer e descanso, além de relatos de ausência de práticas estruturadas. Essa variabilidade indica que o enfrentamento do sofrimento ocorre de maneira individualizada, o que pode aumentar a vulnerabilidade ao desgaste emocional. Soma-se a isso a dificuldade em lidar com a terminalidade da vida, evidenciada nas falas sobre pacientes sem possibilidade de cura e na insegurança em comunicar essas situações, reforçando a lacuna na formação em cuidados paliativos, conforme discutido por Ramos, Nascimento e Lima (2019) e por Pessini e Bertachini (2017), que destacam a necessidade de preparo ético, emocional e comunicacional dos profissionais de saúde diante do processo de morrer.

Adicionalmente, os dados evidenciam uma lacuna na integração entre teoria e prática no que se refere à humanização do cuidado. Embora conteúdos teóricos estejam presentes, como comunicação e humanidades médicas, sua aplicação prática ainda é limitada, o que compromete a consolidação dessas competências no cotidiano clínico. Esse descompasso reforça a necessidade de metodologias que promovam maior articulação entre conhecimento técnico e experiência vivida, favorecendo uma formação mais crítica, reflexiva e sensível. Em consonância com essa problemática, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, em suas atualizações mais recentes, reforçam a necessidade de uma formação integrada, com articulação contínua entre teoria e prática, acompanhando as transformações nas demandas em saúde e na formação profissional, com ênfase no desenvolvimento longitudinal de competências comunicacionais, éticas e relacionais (Brasil, 2021; 2025), o que evidencia a necessidade de maior alinhamento entre as recomendações normativas e a realidade vivenciada pelos estudantes.

Diante desse cenário, os achados apontam para a necessidade de reconfiguração da formação médica, com incorporação efetiva de competências emocionais, relacionais e éticas de forma transversal. O preparo para lidar com o sofrimento do paciente deve ser compreendido como uma competência central, que exige desenvolvimento intencional, contínuo e longitudinal, conforme também reforçado por Vaz, Paraizo e Almeida (2021), além de suporte institucional adequado e integração entre teoria e prática ao longo de toda a formação.

Os achados revelam que o encontro com o sofrimento do paciente constitui uma experiência complexa, que ultrapassa o domínio técnico e mobiliza dimensões emocionais, éticas e relacionais. Nesse percurso, observa-se que o preparo para lidar com tais situações não se apresenta como algo previamente consolidado, mas como um processo em constante construção, permeado por



inseguranças, aprendizados e estratégias de adaptação que contribuem para a formação da identidade profissional.

Destaca-se que o estudante de medicina não se configura como um observador neutro no processo de cuidado, mas como um sujeito implicado, que é afetado pelas experiências que vivencia. O reconhecimento dessa condição é fundamental para a construção de uma formação mais sensível e responsável, na qual o cuidado seja compreendido não apenas como prática técnica, mas como um encontro humano permeado pelo sofrimento, perspectiva que dialoga com a compreensão ampliada do cuidado defendida na literatura contemporânea.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento qualitativo com abordagem fenomenológica. A natureza subjetiva dos dados, fundamentada nas percepções e experiências dos participantes, pode implicar vieses interpretativos. Ademais, o número de participantes e o contexto específico da pesquisa limitam a generalização dos achados, sendo mais apropriada sua compreensão em termos de transferibilidade para contextos semelhantes. Destaca-se, ainda, a possibilidade de influência do pesquisador no processo de coleta e análise dos dados, característica intrínseca aos estudos qualitativos, apesar da adoção de estratégias de rigor metodológico. Por fim, a ausência de triangulação de métodos ou fontes pode restringir a amplitude da compreensão do fenômeno investigado.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo analisou o preparo de estudantes de medicina para lidar com o sofrimento do paciente, evidenciando que esse processo ocorre de forma parcial, progressiva e ainda insuficientemente estruturada na formação médica. Observou-se que, embora haja segurança no domínio técnico, persiste uma fragilidade importante no manejo das dimensões emocionais do cuidado, revelando uma lacuna formativa associada à predominância do modelo biomédico em detrimento de uma abordagem integral do paciente.

A prática clínica destacou-se como principal espaço de aprendizagem, porém frequentemente de forma não mediada, expondo os estudantes a situações emocionalmente intensas sem suporte institucional adequado. Como consequência, emergem sentimentos de insegurança, impacto emocional e dificuldades diante de contextos complexos, especialmente relacionados à terminalidade. Além disso, verificou-se a predominância de estratégias individuais de enfrentamento, como reflexão



e apoio entre pares, o que reforça a ausência de mecanismos institucionais estruturados de acolhimento e suporte emocional.

Diante desses achados, conclui-se que o preparo para lidar com o sofrimento do paciente constitui uma competência essencial à prática médica, envolvendo dimensões técnicas, emocionais, relacionais e éticas. Torna-se, portanto, necessária a reconfiguração da formação médica, com a incorporação de metodologias ativas, espaços reflexivos e estratégias institucionais de apoio, além da ampliação de temas como humanização e cuidados paliativos. Apesar das limitações quanto à generalização dos resultados, o estudo contribui para o debate sobre a formação médica e aponta a necessidade de futuras pesquisas voltadas ao desenvolvimento emocional dos estudantes e à avaliação de intervenções educacionais nesse contexto.

REFERÊNCIAS

ALVES, Jéssica Martins; BONADIRMAN, Guilherme Dias. Comunicação médico-paciente, empatia e autonomia: insights de uma revisão integrativa. **Revista OMNIA Saúde**, v. 8, n. esp., p. 93-97, 2025.

BACK, Alicia L. *et al.* Approaching difficult communication tasks in oncology. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 55, n. 3, p. 164–177, 2005.

BACK, Anthony L. *et al.* Approaching difficult communication tasks in oncology. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 57, n. 3, p. 164–177, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BERGLUND, Mia *et al.* Suffering caused by care—Patients’ experiences from hospital settings. **International journal of qualitative studies on health and well-being**, v. 7, n. 1, p. 18688, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2021. Institui Diretrizes Nacionais para a formação de profissionais da área da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: MEC/CNE/CES, 2025.

BOAS, Lígia Marques Vilas *et al.* Educação médica: desafio da humanização na formação. **Rev. Saúde em Redes**, v. 3, n. 2, p. 172-182, 2017.

BORDENAVE, Juan Diaz.;PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de Ensino Aprendizagem**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.



BUCKMAN, Robert. Breaking bad news: the SPIKES strategy. **Community Oncology**, v. 2, n. 2, p. 138–142, 2005.

CAMARGO, Nicole Cavalari *et al.* Ensino de comunicação de más notícias: revisão sistemática. **Revista Bioética**, v. 27, p. 326-340, 2019.

CATARUCCI, Fernanda Martin *et al.* Empatia em estudantes de Medicina: efeitos de um programa de gerenciamento do estresse. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 2, 2022.

CONCEIÇÃO, Ludmila de Souza *et al.* Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 24, p. 785-802, 2019.

CORGOZINHO, Marcelo Moreira *et al.* Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2, p. 249-256, 2020.

CUSTÓDIO, Clarissa Garcia *et al.* Fatores protetores e de risco à saúde mental de estudantes de Medicina na perspectiva deles. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 49, n. 3, p. e113, 2025.

DE SÁ SILVA, Cassandra Luiza; ABRITTA, Roberta Teixeira Rocha. A empatia em estudantes de medicina: uma revisão sistemática. **E-Acadêmica**, v. 3, n. 2, p. e4132170-e4132170, 2022.

DIAS, Natália Caroline; PIO, Danielle Abdel Massih. Percepção dos estudantes de Medicina sobre comunicação de más notícias na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 254-264, 2019.

DYRBYE, Liselotte N. *et al.* A pragmatic cluster randomized trial of an intervention to promote resilience and well-being among medical students. **Academic Medicine, Philadelphia**, v. 92, n. 1, p. 101-109, 2017.

DYRBYE, Liselotte N. *et al.* Systematic review of educational interventions to improve the well-being of medical students and residents. **Academic Medicine, Philadelphia**, v. 81, n. 1, p. 77-88, 2006.

EPSTEIN, Ronald M.; STREET JR., Richard L. The values and value of patient-centered care. **Annals of Family Medicine**, v. 9, n. 2, p. 100–103, 2011.

GLASER, Barney G. *et al.* Strauss. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**, v. 11, 1967.

GEORGOPOULOS FILHO, Dimitrios Nikolaos *et al.* Método clínico centrado na pessoa: aplicação no contexto ocupacional. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. e20241340, 2025.

HOJAT, Mohammadreza *et al.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Psychiatry**, v. 33, n. 5, p. 339–343, 2009.



ISQUIERDO, Ana Paula Rosa *et al.* Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 02, p. e091, 2021.

KOLB, David A. **Experiential learning**: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984.

LEE, Joanna Jing Hui *et al.* Enhancing self-care education amongst medical students: a systematic scoping. 2024.

LOBIONDO-WOOD, Geri.; HABER, Judith. Confiabilidade e validade. LOBIONDO-WOOD, Geri.; HABER, Judith. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MENEZES, Prianna; GURAYA, Salman Y.; GURAYA, Shaista Salman. A systematic review of educational interventions and their impact on empathy and compassion of undergraduate medical students. **Frontiers in medicine**, v. 8, p. 758377, 2021.

MORAIS, Maryana Guimarães de *et al.* Serviços de apoio à saúde mental do estudante de Medicina: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, p. e071, 2021.

NASCIMENTO, Hugo César Filardi *et al.* Análise dos níveis de empatia de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 152-160, 2018.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2017.

PUCHALSKI, Christina M. *et al.* Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **Journal of Palliative Medicine**, v. 12, n. 10, p. 885–904, 2009.

QUINT, Fernanda Cristine *et al.* Simulação na educação médica: processo de construção de pacientes padronizados para comunicação de más notícias. **Revista brasileira de educação médica**, v. 45, p. e218, 2021.

RAMOS, Eliza Miranda *et al.* O resgate da empatia no profissional de saúde no Brasil em cuidados paliativos: uma revisão sistemática. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)**, v. 5, n. 1, 2019.

ROGERS, Carl R. Tornar-se pessoa: um guia para o desenvolvimento pessoal. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SANTOS, Marcilea Silva *et al.* From classroom to clinic: Addressing gaps in teaching and perceived preparedness for breaking bad news in medical education. **BMC Medical Education**, v. 25, n. 1, p. 449, 2025.

SCHWENK, Thomas L. *et al.* Depression and suicidal ideation in medical students. **JAMA**, v. 304, n. 11, p. 1181–1190, 2010.



THIOLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. Cortez editora, 2025.

SOBCZAK, Krzysztof *et al.* Delivering Bad News: emotional perspective and coping strategies of medical students. **Psychology research and behavior management**, p. 30613074, 2023.

SOCREPPA, Giovanna Chiovato *et al.* O desenvolvimento da empatia clínica em estudantes de medicina de centro universitário do interior de Minas Gerais: uma perspectiva qualitativa. **Revista Master – Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 10, n. 19, 2025.

STEWART, Moira *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa**: transformando o método clínico. Tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

VAZ, Beatriz Moreira Caetano; PARAÍZO, Vanessa Alves; DE ALMEIDA, Rogério José. Aspectos relacionados a empatia médica em estudantes de medicina: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, v. 7, n. 17, 2021.

WALD, Hedy S. *et al.* Reflecting on reflections: enhancement of medical education curriculum with structured field notes and guided feedback. **Academic Medicine, Philadelphia**, v. 90, n. 1, p. 121-128, 2015.

WARRIER, Vaishnavi; PRADHAN, Archana. A narrative review of interventions to teach medical students how to break bad news. **Medical science educator**, v. 30, n. 3, p. 12991312, 2020.

ZONTA, Ronaldo; ROBLES, Ana Carolina Couto; GROSSEMAN, Suely. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. **Revista brasileira de educação médica**, v. 30, p. 147-153, 2006.