



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANA CLÁUDIA MARCONDES DE SOUZA PEREIRA

ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES SOBRE CUIDADOS
PALIATIVOS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE
NA BAIXADA SANTISTA

SANTOS - SÃO PAULO

2025

ANA CLÁUDIA MARCONDES DE SOUZA PEREIRA

ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS
ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE NA BAIXADA
SANTISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para a obtenção do título de Mestra. Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais. Linha de pesquisa: Condições Sociais da Saúde, Políticas Públicas, Gestão, Programas e Práticas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza

SANTOS - SÃO PAULO

2024

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

P436a Pereira, Ana Cláudia Marcondes de Souza

Análise dos conhecimentos e percepções sobre cuidados
paliativos entre estudantes de medicina de uma Universidade
na Baixada Santista / Ana Cláudia Marcondes de Souza
Pereira ; orientador Eduardo Carvalho de Souza. --
2025.

128 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Saúde Coletiva, 2025

Inclui bibliografia

1. Cuidados Paliativos. 2. Educação Médica. 3. Estudantes
de Medicina. 4. Política de Saúde. I. Souza, Eduardo Carvalho
de. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

ANA CLÁUDIA MARCONDES DE SOUZA PEREIRA

ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS
ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE NA BAIXADA
SANTISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para a obtenção do título de Mestra. Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais. Linha de pesquisa: Condições Sociais da Saúde, Políticas Públicas, Gestão, Programas e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 26/08/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza (Orientador)
Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

Profa. Dra. Maria Aparecida Pedrosa dos Santos
Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

Profa. Dra. Luzana Mackevicius Bernardes
Universidade Católica de Santos (UNISANTOS)

Dedico este estudo às mulheres que moldaram minha trajetória, com coragem, inteligência e dedicação.

À minha bisavó, Dona Elvira, primeira professora e uma das fundadoras do grupo escolar na pequena cidade de Passa Quatro, Minas Gerais, que iniciou um legado de amor pelo ensino.

À minha avó, Dona Lourdes, professora primária que me alfabetizou com ternura e firmeza, conduzindo meus primeiros passos no mundo da leitura.

À minha mãe, Dona Ângela, educadora, supervisora escolar e exemplo de mulher forte, ética e competente, cuja presença me inspira todos os dias a ser uma profissional comprometida e uma pessoa íntegra.

A cada uma, minha eterna gratidão por me ensinar, com palavras e gestos, que o conhecimento transforma, e que educar é, antes de tudo, um ato de amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pelo amparo e pela serenidade ao longo desta trajetória.

À minha filha e ao meu marido, por todo apoio, carinho e presença silenciosa nos momentos em que estive ausente. Obrigada por permanecerem ao meu lado, por acreditarem em mim, nos meus sonhos e nas batalhas que escolhi enfrentar.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza, por sua orientação segura, sensível e tecnicamente impecável. Sua escuta generosa e seu comprometimento foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À Direção da Faculdade de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto, em especial ao Prof. Dr. Geraldo Magela Nogueira Marques, pelo apoio institucional, incentivo constante à pesquisa e valorização da formação médica humanizada.

À Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins, minha gratidão especial pela colaboração técnica na análise estatística, cuja contribuição foi decisiva para o desenvolvimento deste estudo.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, aos professores e funcionários da UNISANTOS, minha sincera gratidão pela convivência generosa, pelo apoio diário e pelas trocas acadêmicas que tanto enriqueceram minha formação.

À banca examinadora, agradeço o tempo dedicado à leitura desta dissertação e pelas contribuições valiosas para o aprimoramento deste trabalho.

Aos estudantes de Medicina que gentilmente participaram desta pesquisa, agradeço pela confiança e pela disponibilidade em partilhar suas vivências.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), agradeço pelo apoio e pela concessão da bolsa, que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta dissertação, o meu mais sincero agradecimento.

“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.”

(Paulo Freire)

RESUMO

O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis impõem desafios crescentes à formação de profissionais capacitados para o manejo do sofrimento, evidenciando a importância dos Cuidados Paliativos (CP) como componente essencial da assistência em saúde. Apesar dos avanços normativos, como a inclusão dos CP nas Diretrizes Curriculares Nacionais e a promulgação da Política Nacional de Cuidados Paliativos no Brasil, persistem lacunas na formação acadêmica dos futuros médicos, justificando a necessidade de investigar como este tema tem sido abordado nas instituições de ensino. Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos estudantes de Medicina sobre os cuidados paliativos e avaliar seu nível de conhecimento sobre o tema durante os dois últimos anos do curso, em uma universidade da Baixada Santista. Trata-se de um estudo de abordagem mista, com delineamento transversal, realizado nos anos de 2024 e 2025. A etapa quantitativa foi realizada com 108 estudantes do nono ao décimo segundo semestre, por meio da aplicação do *Bonn Palliative Care Knowledge Test*. Os dados foram analisados estatisticamente de forma descritiva e analítica, contemplando conhecimentos e autoconfiança dos participantes. Já, na etapa qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito estudantes, selecionados por conveniência, contemplando dois representantes de cada turma. A análise temática foi utilizada para interpretação das entrevistas, seguida de triangulação dos dados. Os resultados mostraram que, na etapa quantitativa, o domínio sobre dor obteve os melhores escores, enquanto a atenção ao processo de morrer apresentou maior fragilidade. A autoconfiança demonstrou evolução nos semestres finais, embora ainda restrita em aspectos relacionados à comunicação de notícias difíceis, especialmente diante da piora clínica ou morte do paciente.. A análise qualitativa evidenciou que os estudantes reconhecem a relevância dos CP, mas apontam a necessidade de uma abordagem mais precoce e longitudinal do tema ao longo da graduação. Contudo, observou-se um ganho progressivo de conhecimento e autoconfiança nos semestres mais avançados, indicando que, mesmo de forma fragmentada, houve evolução observável durante o curso. Conclui-se que o ensino de CP, embora ainda limitado, proporciona avanços importantes na percepção e preparo dos estudantes. Os achados reforçam a necessidade de estratégias pedagógicas mais estruturadas, que integrem os CP de forma contínua, qualificada e humanizada ao longo da formação médica.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Educação Médica. Estudantes de Medicina. Política de Saúde.

ABSTRACT

Population aging and the increase in chronic non-communicable diseases impose growing challenges on the training of professionals qualified to manage suffering, highlighting the importance of Palliative Care (PC) as an essential component of health care. Despite normative advances, such as the inclusion of PC in the National Curriculum Guidelines and the enactment of the National Policy for Palliative Care in Brazil, gaps remain in the academic training of future physicians, justifying the need to investigate how this subject has been addressed in educational institutions. This study aimed to analyze the perception of medical students regarding palliative care and to assess their level of knowledge on the subject during the last two years of the course, at a university in the Baixada Santista region. This is a mixed-methods, cross-sectional study conducted in 2024 and 2025. The quantitative stage was carried out with 108 students from the ninth to the twelfth semester, through the application of the Bonn Palliative Care Knowledge Test. Data were analyzed statistically in a descriptive and analytical way, covering participants' knowledge and self-confidence. In the qualitative stage, semi-structured interviews were conducted with eight students, selected for convenience, including two representatives from each class. Thematic analysis was used for the interpretation of the interviews, followed by data triangulation. The results showed that, in the quantitative stage, the domain related to pain obtained the best scores, while attention to the dying process presented greater fragility. Self-confidence improved in the final semesters, although it remained limited in aspects related to breaking bad news, especially in the face of clinical deterioration or patient death. The qualitative analysis revealed that students recognize the relevance of PC, but pointed out the need for an earlier and more longitudinal approach throughout medical training. However, a progressive gain in knowledge and self-confidence was observed in the more advanced semesters, indicating that, even in a fragmented way, there was observable evolution during the course. It is concluded that PC education, although still limited, provides important advances in students' perception and preparedness. The findings reinforce the need for more structured pedagogical strategies that integrate PC in a continuous, qualified, and humanized manner throughout medical education.

Keywords: Palliative Care. Medical Education. Medical Students.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Complexidade da necessidade de Cuidados Paliativos.....	24
Figura 2	Modelo conceitual de desenvolvimento de Cuidados Paliativos proposto pela Organização Mundial da Saúde.....	32
Figura 3	Evolução projetada da carga de sofrimento grave relacionado à saúde nas regiões segundo a classificação de renda do Banco Mundial até 2060	33
Figura 4	Aumento do sofrimento grave relacionado à saúde de 2016 a 2060, por regiões estratificadas segundo a classificação de renda do Banco Mundial.....	34
Gráfico 1	Frequência dos subtemas identificados nas entrevistas semiestruturadas.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características Sociodemográficas dos Estudantes de Medicina de uma Universidade da Baixada Santista (análise quantitativa).....	57
Tabela 2	Características Sociodemográficas dos Estudantes de Medicina de uma Universidade da Baixada Santista (análise qualitativa).....	60
Tabela 3	Distribuição dos Estudantes segundo a formação superior prévia em Ciências da Saúde.....	62
Tabela 4	Distribuição dos estudantes de Medicina de uma Universidade da Baixada Santista por etapa do curso, 2024.....	63
Tabela 5	Distribuição da avaliação dos estudantes sobre a qualidade do ensino de Cuidados Paliativos em uma Universidade da Baixada Santista, por etapa do curso, 2024.....	64
Tabela 6	Distribuição dos acertos na sessão 1 do BPCK segundo a etapa do curso.....	71
Tabela 7	Distribuição dos acertos das questões do BPCK nos quatro domínios avaliados.....	72
Tabela 8	Relação entre a avaliação dos estudantes sobre a qualidade do Ensino de Cuidados Paliativos e seus escores nos domínios da seção 1 do BPCK (N = 108).....	74
Tabela 9	Distribuição da frequência de acertos na Seção 2 (Autoconfiança) do BPCK segundo as etapas do curso de Medicina.....	82
Tabela 10	Médias, Desvio-Padrão (DP) e valores de p (teste de Kruskal-Wallis) na Seção 2 do BPCK (Autoconfiança) segundo a Etapa do Curso de Medicina.	84
Tabela 11	Distribuição da frequência de acertos na Seção 2 (Autoconfiança) do BPCK segundo as etapas do curso de Medicina (N e %) e teste de Qui-quadrado.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ALCP	Associação Latino Americana De Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária à Saúde
BPCK	<i>Bonn Palliative Care Knowledge Test</i>
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DCD	Doenças Crônicas Degenerativas
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
GESTO	Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico
GM/MS	Gabinete do Ministro da Saúde
IAHPC	<i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	<i>Problem-Based Learning</i>
PCKT	<i>Palliative Care Knowledge Test</i>
PCQN	<i>Palliative Care Quiz for Nursing</i>
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
QASM	Quesitos sobre Atenção sobre o Processo de Morrer
QCG	Quesitos sobre Conhecimentos Gerais
QCS	Quesitos sobre Controle de Sintomas
QD	Quesitos sobre Dor
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REDCOLEDUPAL	Rede Colombiana de Educação em Cuidados Paliativos
RMBS	Região Metropolitana da Baixada Santista
SBCP	Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos
SBED	Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

SUPPORT	<i>Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNISANTOS	Universidade Católica de Santos
WHA	<i>World Health Assembly</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo geral.....	18
2.2	Objetivos específicos.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1	Conceitos de Cuidados Paliativos	19
3.2	Cuidados Paliativos Gerais e Especializados.....	22
3.3	Evolução dos Cuidados Paliativos no Mundo e no Brasil: contexto histórico	25
3.4	Políticas Públicas e Cuidados Paliativos.....	30
3.5	A inclusão dos Cuidados Paliativos no currículo médico.....	39
3.6	A Relação entre o Método <i>Problem Basic Learning</i> (PBL) e o Conhecimento em Cuidados Paliativos.....	43
4	METODOLOGIA.....	46
4.1	Tipo, natureza e fases do estudo.....	46
4.2	Local e Período de Realização do Estudo.....	47
4.3	Participantes do Estudo.....	47
4.4	Coleta de Dados.....	49
4.4.1	Coleta de Dados Quantitativos.....	49
4.4.2	Coleta de Dados Qualitativos.....	51
4.5	Análise de dados.....	51
4.5.1	Análise dos Dados Quantitativos.....	52
4.5.2	Análise dos Dados Qualitativos.....	53
4.5.2.1	<i>Pré-análise.....</i>	53
4.5.2.2	<i>Exploração do material.....</i>	54
4.5.2.3	<i>Tratamento dos Resultados e Interpretação.....</i>	54
4.5.3	Triangulação de Dados.....	54

4.5.3.1	<i>Justificativa para triangulação.....</i>	54
4.5.3.2	<i>Etapas da triangulação.....</i>	54
4.6	Aspectos éticos e legais.....	55
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1	Caracterização sociodemográfica e acadêmica dos participantes.....	56
5.2	Abordagem dos Cuidados Paliativos durante a Formação Acadêmica.....	63
5.2.1	Abordagem tardia dos temas Cuidados Paliativos durante o curso.....	67
5.2.2	Deficiência no ensino sobre dor e sua abordagem.....	68
5.2.3	Necessidade de mais prática e vivência clínica.....	69
5.2.4	Falta de preparo para comunicação de notícias difíceis.....	69
5.3	Conhecimento dos estudantes de medicina acerca da abordagem dos Cuidados Paliativos.....	71
5.4	Autoconfiança dos estudantes de medicina em relação aos Cuidados Paliativos.....	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS.....	103
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participantes do Questionário Online.....	115
	APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico e Acadêmico.....	117
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Estudantes Entrevistados.....	119
	APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista Semiestruturado.....	121
	ANEXO A - Questionário: Bonn Palliative Care Knowledge Test.....	122
	ANEXO B - Termo de Anuência.....	126
	ANEXO C - Folha de Rosto: Plataforma Brasil.....	127
	ANEXO D - Anuência da Clínica de Psicologia da Universidade Católica de Santos para Suporte aos Participantes da Pesquisa.....	128

1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) e o alívio do sofrimento representam dimensões fundamentais da saúde, frequentemente negligenciadas em diversos contextos mundiais (Sleeman, 2019). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os CP têm como objetivo promover a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento em todas as suas dimensões, física, psicossocial e espiritual (Organização Mundial da Saúde, 2020).

São considerados candidatos à abordagem paliativa aqueles indivíduos acometidos por doenças graves, agudas ou crônicas, com potencial de causar sequelas duradouras, sofrimento intenso e perda de funcionalidade. Essas condições implicam maior demanda por cuidados contínuos e sobrecarga aos cuidadores (Brasil, 2023). Assim, o foco da assistência deve ser a mitigação do sofrimento, independentemente da possibilidade de cura (Capelas et al., 2022).

Além disso, a OMS aponta que aproximadamente 56,8 milhões de pessoas necessitam de CP anualmente, sendo 78% em países de baixa e média renda. Contudo, apenas 39% das nações relatam disponibilidade adequada desses serviços para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Esses desafios são intensificados pela inversão da pirâmide etária e pelo crescimento das DCNT, configurando uma transição epidemiológica. No Brasil, esse cenário é ainda mais crítico: estima-se que mais de 885 mil pessoas tenham morrido, em 2019, necessitando de CP, mas sem o adequado alívio do sofrimento (Rodrigues et al., 2022).

Apesar do aumento da expectativa de vida para 76,4 anos em 2023 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023), muitos pacientes idosos, especialmente os acometidos por síndromes demenciais, continuam a enfrentar barreiras no acesso aos cuidados adequados. Tal realidade evidencia a necessidade de políticas públicas efetivas, serviços estruturados, formação de profissionais capacitados e conscientização da sociedade quanto à relevância dos CP (Parsons, 2012).

A promulgação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), por meio da Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, representa um avanço estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS), ao definir diretrizes para reorganizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) com foco na qualificação profissional e na institucionalização dos CP em todos os níveis de atenção.

Paralelamente, a inclusão obrigatória dos CP nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina, aprovada pelo Ministério da Educação (MEC) em 2022, reforça a necessidade premente de formar médicos capacitados para o manejo do sofrimento, com base em uma formação técnica, ética e humanizada (Brasil, 2014; Brasil, 2022).

Estudos nacionais e internacionais evidenciam deficiências persistentes na formação acadêmica em CP, apontando lacunas no desenvolvimento de competências essenciais para o cuidado integral (Gerlach et al., 2021; Tritany, Filho e Mendonça, 2021; Leppert et al., 2022; Brasil, 2022). Esses achados reforçam a importância de avaliar criticamente a qualidade da formação ofertada pelas escolas médicas, considerando suas implicações diretas na prática clínica e na assistência ao final da vida.

Ainda que sejam relevantes os avanços normativos e a crescente inserção do tema nos debates sobre a formação acadêmica médica, observa-se a escassez de investigações que explorem como os CP são abordados ao longo da graduação. Nesse contexto, na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), marcada pela expansão recente de cursos de Medicina, ainda são escassos os estudos que analisem como os estudantes percebem e internalizam os conhecimentos sobre CP, bem como os fatores que influenciam esse processo formativo.

Diante do exposto, este estudo é orientado por duas questões centrais: qual é o nível de conhecimento e como é a percepção dos estudantes de uma universidade localizada na RMBS em relação à sua formação em CP, e quais aspectos do processo formativo estão relacionados à sua preparação para lidar com situações de sofrimento e terminalidade.

Diante desse contexto, torna-se fundamental compreender como os CP são abordados na formação médica em instituições de ensino, considerando lacunas persistentes e desafios para preparar futuros profissionais para o cuidado integral. Investigar as percepções dos estudantes e os fatores envolvidos nesse processo formativo pode oferecer subsídios relevantes para aprimorar currículos, fortalecer políticas públicas e qualificar a assistência aos pacientes com doenças crônicas ou em fase terminal, contribuindo para um cuidado mais integral, ético e humanizado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos estudantes de Medicina sobre os cuidados paliativos e avaliar seu nível de conhecimento sobre o tema durante os dois últimos anos do curso.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos estudantes de Medicina participantes do estudo, contemplando variáveis sociodemográficas, formações acadêmicas prévias e a etapa curricular no curso de Medicina.
- Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre cuidados paliativos, em relação à etapa do curso.
- Descrever como o tema cuidados paliativos foi abordado ao longo da graduação médica, segundo a perspectiva dos estudantes.
- Investigar como os estudantes percebem sua formação acadêmica para lidar com situações de terminalidade e enfrentamento da morte.
- Identificar barreiras que dificultam a aquisição de conhecimento e habilidades em cuidados paliativos na graduação em medicina.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo fundamenta-se em uma abordagem multidimensional dos CP, considerando seus aspectos históricos, conceituais e políticos. Inicialmente, são apresentados os conceitos fundamentais dos CP incluindo sua evolução histórica e as transformações ocorridas desde sua origem até a institucionalização dessa abordagem como um componente essencial dos sistemas de saúde.

A seguir os avanços nas políticas serão apresentados destacando marcos institucionais e avanços nas políticas públicas voltadas para essa área. Além disso, o referencial teórico explora os avanços nas políticas públicas, destacando marcos institucionais e as diretrizes internacionais e nacionais que regulamentam os CP com ênfase nas iniciativas da OMS e nas políticas implementadas no Brasil, incluindo a recente PNCP.

Com essa abordagem, busca-se oferecer uma compreensão abrangente dos CP, articulando suas dimensões históricas, conceituais, políticas e educacionais. Ao analisar os marcos institucionais, as diretrizes internacionais e nacionais e os desafios enfrentados na implementação e acesso aos CP, este referencial estabelece os fundamentos teóricos necessários para a análise crítica de sua inserção no contexto da saúde pública.

Por fim, destaca-se a relevância da formação médica na consolidação dessa prática, considerando que o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais depende de uma base educacional estruturada. A inclusão dos CP nas DCN, os estímulos previstos pela PNCP (2024) e a adoção de metodologias ativas como o *Problem-Based Learning* (PBL) são elementos centrais para preparar futuros profissionais para um cuidado mais integral, humanizado e alinhado às necessidades contemporâneas em saúde.

3.1 Conceitos de Cuidados Paliativos

“Você é importante porque você é único. Você será importante para nós até o último dia da sua vida, e nós faremos tudo o que pudermos, não apenas para que você morra em paz, mas para que você ‘viva’ até o momento da sua morte.” (Cicely Saunders)

Essa afirmação de Cicely Saunders, precursora do movimento dos CP, sintetiza a essência dessa abordagem assistencial: a valorização da dignidade do paciente, independentemente do seu estado clínico ou prognóstico.

O sofrimento e a morte são aspectos naturais da experiência humana (Pinheiro et al., 2010). No entanto, com o objetivo de postergar a morte e aliviar o sofrimento, a Medicina, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, alcançou avanços tecnológicos e científicos significativos. Esses avanços possibilitaram o uso de recursos diagnósticos e terapêuticos altamente sofisticados, muitas vezes agressivos, com a finalidade não apenas de promover a cura, mas também de prolongar a vida. Embora tenham contribuído para o aumento da expectativa de vida, essas intervenções frequentemente implicaram um acréscimo substancial à carga de sofrimento do indivíduo (Posso et al., 2017).

Esse fenômeno, marcado pela busca incessante pela cura, transforma a morte em uma "derrota" para a Medicina convencional, que adota um modelo predominantemente intervencionista e curativo (Pinheiro et al., 2010). Essa abordagem disseminada levou alguns profissionais de saúde a reconhecerem que, na tentativa de prolongar a vida, frequentemente estavam apenas adiando a morte e agravando o sofrimento desnecessário. Cenário esse, descrito, na Medicina moderna, como "distanásia" (Costa; Campos; Marchetto, 2024).

Em resposta a essa problemática, surgiu um modelo assistencial que, sem abandonar a intenção da cura, prioriza o controle precoce dos sintomas indesejáveis e leva em consideração a real perspectiva prognóstica do paciente. Essa abordagem busca evitar “intervenções heróicas” que aumentem o sofrimento sem impacto significativo na expectativa de vida, promovendo um cuidado mais compassivo e centrado nas necessidades reais do indivíduo (Posso et al., 2017).

A partir dessa abordagem, com o objetivo de minimizar os danos e as limitações provocados por doenças, desenvolveu-se um conjunto de princípios e práticas que atualmente são conhecidos como CP. Esses princípios buscam equilibrar as posições antagônicas que inicialmente polarizaram a Medicina moderna (Posso et al., 2017; Souza et al., 2022).

O termo “paliativo” tem origem no latim *pallium*, que significa manto ou cobertura. Já a palavra "paliar" deriva de *palliare*, com o sentido de tampar, encobrir ou suavizar dificuldades de um processo (Pinheiro, 2024). Na Roma Antiga, o *pallium* era uma peça de vestuário usada para cobrir e proteger o corpo, conferindo um simbolismo de acolhimento e proteção (González; Ruiz, 2012).

Essa etimologia reflete diretamente o conceito central dos CP: aliviar os efeitos de doenças graves que, na maioria dos casos, não têm possibilidade de cura. Seu objetivo final vai além de oferecer conforto no processo de morte, buscando proporcionar uma vida ativa, com qualidade e dignidade, na medida do possível (González; Ruiz, 2012).

O conceito de CP foi inicialmente proposto por Cicely Saunders, uma profissional multidisciplinar inglesa que atuou como assistente social, enfermeira e médica. A partir da década de 1950, Saunders desenvolveu conhecimentos e práticas voltadas a oferecer cuidados mais humanizados às pessoas em fase terminal. Em 1967, ela formalizou o primeiro conceito de CP, restringindo sua aplicação aos pacientes em estágio terminal de vida. Contudo, limitar os CP exclusivamente a indivíduos com doenças crônicas ou incuráveis reduz sua abrangência e os benefícios que podem oferecer (Souza et al., 2022).

Cicely Saunders, também introduziu o conceito de “Dor Total”, o qual compreendeu a dor como uma experiência multifacetada, influenciada por dimensões físicas, psicológicas, sociais/familiares e espirituais. Essa perspectiva reconhece que o sofrimento humano é complexo e frequentemente resulta de múltiplas causas coexistentes. Assim, torna-se indispensável um manejo abrangente e individualizado da dor, que leve em conta todas essas dimensões do sofrimento (Brasil, 2023).

Em 1990, segundo o relatório da OMS *“Cancer pain relief and palliative care — report of a World Health Organization expert committee”*, os CP foram definidos como *“O cuidado ativo e total de pacientes com doença progressiva, muito avançada e expectativa de vida limitada, cuja doença não responde ao tratamento curativo”* (Organização Mundial da Saúde, 1990). Embora relevante, essa definição apresenta uma limitação conceitual, pois a cura nem sempre é uma possibilidade em Medicina. Por exemplo, pessoas com doenças crônicas, como diabetes, frequentemente não se enquadram nos critérios para intervenções paliativas, apesar de lidarem com condições que exigem manejo contínuo (Maciel, 2008).

Em 2022, Souza et al. realizaram uma revisão de escopo sobre a evolução histórica do conceito de CP ao longo de 34 anos. O estudo analisou 21 artigos e constatou que a maioria adotou a definição da OMS como referencial teórico, a qual estabelece que:

"Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais" (Organização Mundial da Saúde, 2002).

Pesquisas recentes abordam o conceito de CP com um enfoque mais abrangente. Além de considerar o fim da vida humana, essas pesquisas incluem no escopo o processo de luto dos familiares e cuidadores. Nota-se uma preocupação em adotar definições que levem em conta não apenas o sofrimento do paciente, mas também as expectativas e sentimentos de todos os envolvidos nesse processo (Brasil, 2023).

Apesar da evolução do conceito, muitos médicos ainda se referem aos pacientes em CP como “terminais” (Ribeiro; Poles, 2019). Queiroz et al. (2019) argumentam que o uso desse termo pode criar uma atmosfera de descomprometimento e distanciamento, tanto por parte dos familiares quanto dos profissionais de saúde. Esse cenário é o oposto do desejado, que é a oferta de cuidado técnico e humano, objetivando um final de vida digno.

Em 2008, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) propôs substituir o termo "paciente terminal" por classificações mais precisas, visando uma abordagem mais humanizada e específica no cuidado de pacientes com doenças graves. Uma das novas definições é a de "Paciente elegível para CP", que se refere a indivíduos com doenças crônicas, progressivas e em evolução, cujo prognóstico de vida é reduzido para meses ou anos. Em casos de doenças de progressão lenta, como o Mal de Alzheimer, algumas síndromes neurológicas e certos tipos de tumor, considera-se o período de alta dependência para as atividades diárias, mesmo que o prognóstico possa ser superior a um ano.

Outra definição introduzida é a de "Paciente em processo de morte", que descreve aqueles que demonstram sinais de rápida progressão da doença, com expectativa de vida estimada em semanas ou até um mês. Essas classificações buscam proporcionar uma compreensão mais clara das diferentes fases da doença, permitindo que os profissionais de saúde ofereçam cuidados mais adequados às necessidades específicas de cada paciente. Ao adotar essas definições, evita-se o uso do termo "paciente terminal", que pode ser estigmatizante e impreciso, promovendo uma abordagem mais compassiva e centrada no indivíduo (Maciel, 2008).

3.2 Cuidados Paliativos Gerais e Especializados

O envelhecimento populacional e a maior prevalência de doenças crônicas e progressivas têm intensificado a necessidade de reestruturação dos sistemas de saúde e da formação dos profissionais envolvidos no cuidado em saúde (Brasil, 2006; Brasil, 2023). Nesse cenário, é essencial compreender as esferas de atenção em CP: cuidados gerais e especializados e sua aplicação em todos os níveis de atenção à saúde.

De acordo com o Manual de CP publicado pelo Ministério da Saúde Brasileiro (2023), embora determinadas doenças crônicas possam gerar demandas específicas, existe uma ampla gama de necessidades comuns, como comunicação eficaz, controle de sintomas, suporte aos cuidadores e planejamento de cuidados, que justificam a articulação entre

profissionais generalistas e equipes especializadas. Essa organização contribui para a integralidade da atenção e para a qualidade da assistência ao indivíduo e à sua rede de apoio.

Dados da Academia Nacional de CP (ANCP), destacados no manual, apontam que em 2019 o Brasil contava com apenas 191 serviços especializados em CP, o que representava um serviço para cada 1,1 milhão de habitantes, número bastante inferior ao recomendado pela *European Association for Palliative Care* (EAPC), que indica dois serviços (um hospitalar e um domiciliar) para cada 100 mil habitantes (Brasil, 2023). Essa disparidade escancara a necessidade de qualificar os profissionais de saúde para atuarem nos CP gerais.

As atribuições dos cuidados gerais incluem o manejo de dor e sintomas comuns, apoio psicossocial, comunicação básica sobre prognóstico e acolhimento à família. Entre os pilares centrais dos CP está o manejo adequado dos sintomas, especialmente da dor, considerada um dos principais fatores que afetam a qualidade de vida dos pacientes em fases avançadas de doença. Sintomas como anorexia, caquexia, fadiga, náuseas, vômitos, insônia, obstrução intestinal, ansiedade, depressão, xerostomia e prurido também requerem atenção contínua e abordagem individualizada (Brasil, 2023, Hermes; Lamarca, 2013).

Já os cuidados especializados concentram-se em situações de maior complexidade clínica ou emocional, como dor refratária, luto complicado, conflitos sobre o plano terapêutico ou dilemas éticos. O Manual sistematiza essas atribuições com base nas proposições de Quill e Abernethy (2013), diferenciando o escopo de atuação de cada abordagem. O próprio texto ressalta que “alguns pacientes necessitarão realmente de intervenções de especialistas em alguns momentos, porém é possível que também recebam manejo clínico de não especialistas em determinadas circunstâncias” (Brasil, 2023).

Segundo a OMS, no documento publicado em 2016, *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*, a prestação de CP exige uma abordagem interprofissional, integrada e adaptável às realidades locais. De acordo com a OMS, os CP são mais eficazes quando conduzidos por uma equipe multidisciplinar, que pode incluir médicos especialistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, voluntários treinados e membros da comunidade. A composição dessa equipe varia conforme o nível de atenção e os recursos disponíveis, sendo ajustada às necessidades clínicas, psicossociais e espirituais dos pacientes e de suas famílias.

Nesse documento, a OMS não apenas recomenda a adoção de uma abordagem interprofissional para os CP, como também define os diferentes atores envolvidos e os papéis que cada um deve desempenhar nos distintos níveis de atenção à saúde. A partir dessa

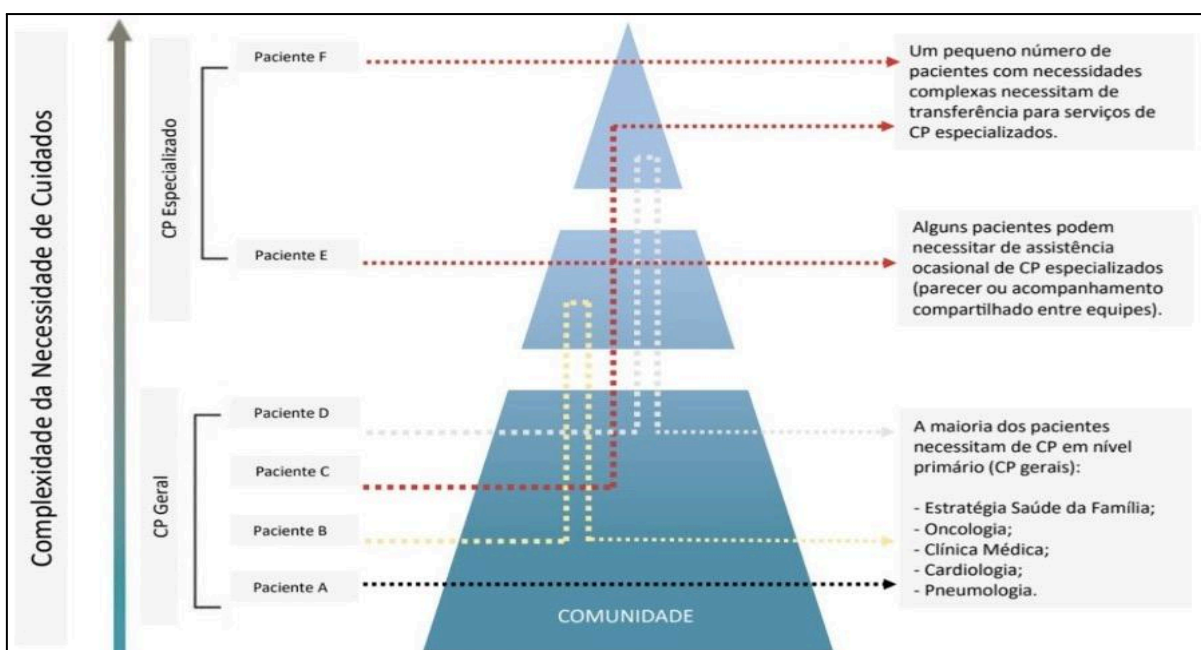
perspectiva, a organização estabelece diretrizes claras para orientar a atuação de equipes em contextos diversos, desde centros de alta complexidade até territórios com recursos limitados.

Nos níveis terciários de atenção, como hospitais universitários e centros especializados, a equipe pode contar com oncologistas, radioterapeutas, médicos clínicos, técnicos de radioterapia, psicólogos, nutricionistas e enfermeiros especializados em oncologia e paliativos. Já em contextos com recursos limitados, os cuidados são frequentemente realizados por agentes de saúde, auxiliares de enfermagem capacitados em CP e voluntários treinados, com apoio e supervisão de profissionais da atenção primária e secundária.

Além disso, os familiares exercem um papel fundamental no CP domiciliar. Cabe à equipe de saúde fornecer suporte técnico, emocional e educativo aos cuidadores, fortalecendo a corresponsabilização no cuidado e assegurando a dignidade e a qualidade de vida dos pacientes até o final de sua trajetória (Organização Mundial da Saúde, 2016).

Assim, a ampliação da capacidade dos profissionais para atuar nos CP gerais é um dos pilares fundamentais para garantir assistência integral, humanizada e equânime. O modelo ideal propõe uma base sólida de CP gerais, capaz de atender à maioria dos pacientes, com suporte dos CP especializados para casos de maior complexidade, articulando-se com os princípios do SUS e com os direitos fundamentais à dignidade, ao cuidado e ao alívio do sofrimento, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Complexidade da necessidade de Cuidados Paliativos.



Fonte: Adaptado de *World Health Organization. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators* (Geneve, 2021).

A Figura 1 ilustra a complexidade das necessidades em CP, representando graficamente a distribuição dos pacientes entre os CP gerais e especializados. Essa representação evidencia que a maior parte das necessidades pode e deve ser atendida por profissionais generalistas, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto uma parcela menor da população, com demandas clínicas, emocionais ou éticas mais complexas, necessita de equipes especializadas. A imagem reforça a importância de um modelo assistencial em pirâmide, com ampla base de CP gerais e suporte especializado articulado, assegurando integralidade, eficiência e equidade na oferta desses cuidados ao longo de todo o sistema de saúde.

3.3 Evolução dos Cuidados Paliativos no Mundo e no Brasil: Contexto Histórico

“Poucos dentre nós vivem além dos setenta anos; ainda assim, nesse curto espaço de tempo, muitos dentre nós criam e vivem uma biografia única e nós mesmos tecemos a trama da história humana.” (Elisabeth Kubler-Ross)

Os CP desempenharam um papel crucial na evolução da humanidade e do mundo, e a compreensão de sua história ajuda a enriquecer nosso entendimento sobre esse fenômeno na sociedade contemporânea.

Durante o Paleolítico, uma época caracterizada pelo nomadismo e pela luta diária pela sobrevivência, os CP não eram uma prioridade, dado o curto tempo de vida dos humanos primitivos. A consciência e a prática de CP só começaram a se desenvolver nas culturas mesolíticas (Siles et al., 2012).

Ainda, no estudo de Siles et al (2012), os CP evoluíram com as mudanças no contexto social e no modo de vida, passando da organização tribal para a familiar e da vida nômade para a sedentária. Inicialmente, as práticas paliativas envolviam explicações sobrenaturais e remédios empíricos, comuns em culturas primitivas. Nessas culturas, o animismo, que atribuía uma alma ou espírito a tudo, desde objetos inanimados até a seres vivos, ajudava a explicar os processos de vida, saúde e morte.

Somente a partir do período Neolítico surgiram os primeiros sistemas profissionais de cura e cuidado, marcando uma evolução significativa na abordagem dos CP no mundo antigo.

Magalhães e Nunes (2014) afirmam que, até a era hipocrática, não se recomendava tratar doentes incuráveis e terminais, pois essa conduta era considerada um desafio aos

deuses, uma interferência em um castigo imposto por eles aos mortais. Não era ético, portanto, prestar assistência ao doente durante o seu processo de morte, em um contexto em que o misticismo e o medo dos castigos divinos dominavam a prática médica. Com o advento da medicina hipocrática, por volta de 460 a.C., esse paradigma começou a se transformar: a tradição hipocrática passou a ensinar que a medicina não se limita a prevenir doenças ou restaurar a saúde, mas também deve acompanhar o paciente no fim da vida. Assim, cabe ao médico promover o bem-estar sempre que possível e, diante da impossibilidade de cura, assumir como dever ético auxiliar na conquista de uma morte digna, sem prolongar inutilmente o sofrimento (Magalhães e Nunes, 2014).

Com a ascensão do cristianismo e a nova visão de sociedade embalada nas crenças cristãs, que pregavam o apoio e o cuidado aos doentes e vulneráveis, surgiu, em Roma, a primeira instituição com o objetivo de amparar esses indivíduos. Segundo Cortes (1997), o primeiro grande *hospice* erguido em Roma foi creditado a Fabíola, discípula de São Jerônimo, por volta do ano 400 d.C., com o objetivo de atender peregrinos que chegavam ao porto da cidade, provenientes da África, Ásia e Oriente.

Durante o período de Constantino, surgiram mais instituições cristãs inspiradas nos princípios da caridade evangélica. Os primeiros se estabeleceram no mundo bizantino (Cortes, 1997).

Inicialmente, essas instituições, denominadas *hospices* (do latim *hospitium*), eram locais destinados ao descanso dos peregrinos, fazendo jus ao significado do termo (hospitalidade). Com o tempo, os *hospices* passaram a acolher indivíduos em estado avançado de doença, conhecidos na época como “moribundos”. Assim, o termo *hospice* passou a ser associado a locais de acolhimento para pessoas necessitadas de cuidado e alívio do sofrimento, como doentes, pobres, órfãos e leprosos (Capelas et al. 2014).

No século XI, durante o movimento das cruzadas, foi criada a Ordem dos Cavaleiros Hospitalários, que fundou os primeiros centros de cuidados para doentes incuráveis na Europa medieval. Os *hospices* medievais passaram a abrigar peregrinos e doentes ao longo de trajetos conhecidos na Europa, como o Caminho de Santiago de Compostela (Maciel, 2008; Capelas et al. 2014; Cortes, 1997). Após esse período, observou-se uma diminuição do número de *hospices*, devido aos movimentos reformistas que enfraqueceram a influência religiosa na Europa (Capelas et al. 2014; Cortes, 1997).

No século XIX, as instituições que cuidavam desses indivíduos passaram a ter características de hospitais, com alas destinadas ao cuidado de doentes com tuberculose e, posteriormente, câncer. O cuidado era essencialmente leigo, voltado para o suporte espiritual e

a tentativa de controle da dor (Maciel, 2008). Esses centros de cuidados para doentes em fim de vida ainda mantinham o caráter religioso e foram protagonizados por figuras como Jeanne Garnier, Storrs e Mary Aikenhead (Capelas et al. 2014).

Jeanne Garnier fundou, em 1843, em Lyon, a primeira instituição específica para doentes moribundos no mundo. Em 1899, foi fundado o Calvary Hospital, em Nova Iorque, por Anne Blunt Storrs, que ainda hoje é uma instituição de prestígio na qual muitas pessoas se dedicam a tratamentos paliativos de doentes com câncer (Cortes, 1997). Mary Aikenhead foi pioneira em Dublin e Londres, fundado, em 1905, o Joseph 's Hospice, em Londres (Capelas et al. 2014).

Até o final do século XIX, as doenças seguiam seu curso natural, e o tratamento clínico se limitava ao alívio dos sintomas. Com o advento do século XX, esse paradigma mudou. A Medicina passou a focar na descoberta das causas e no controle das doenças, dando menos atenção ao controle dos sintomas e ao bem-estar do paciente (Capelas et al. 2014). Assim, iniciou-se a era do tratamento da doença, e não do doente (Rio, 2007).

Em resposta ao desafio de uma sociedade que havia perdido sua capacidade de lidar com a mortalidade, a médica inglesa Cicely Saunders, em 1967, promoveu o modelo de CP ao fundar o *St. Christopher 's Hospice*. Esse local tornou-se uma referência em CP, além de servir como base para o desenvolvimento de ensino e pesquisa na área. Embasados nessa visão, profissionais de diversos países, como Estados Unidos e Canadá, levaram essa prática para suas nações de origem. A partir desse movimento, os CP começaram a se expandir rapidamente ao redor do mundo (Capelas et al. 2014).

Essa abordagem ou filosofia de trabalho foi rapidamente adotada por outros no Reino Unido, levando ao surgimento de novos centros, que continuaram a ser chamados de *hospices*. Embora Saunders não tivesse a intenção de criar uma associação formal, os diversos programas que emergiram foram unificados sob o nome de movimento *hospice* (Cortes, 1997).

Em francês, a palavra *hospice* pode ser usada como sinônimo de hospital. Por essa razão, para evitar possíveis confusões, Balfour Mount cunhou o termo "Cuidados Paliativos" em vez de *hospice* (DEL RÍO al., 2007).

O conceito de "hospice", introduzido por Cicely Saunders, não se refere apenas a um local físico, mas sim a uma abordagem filosófica para cuidados no final da vida e suporte durante o processo de morte (Brasil, 2023).

Além de Saunders, a médica suíça Elisabeth Kübler-Ross, radicada nos Estados Unidos, também fez contribuições significativas para a compreensão do processo de morte.

Ela elaborou o modelo dos cinco estágios do processo, negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, reconhecendo que esses estágios podem não ocorrer em todos os indivíduos nem seguir uma sequência rígida, pois cada experiência de luto é única (Cortes, 1997), (Kübler-Ross, 1987).

Conforme a obra *Cuidado Paliativo*, publicada pelo CREMESP em 2008, a sistematização dos CP teve início com a fundação do St. Christopher Hospice há 40 anos. O Reino Unido foi o primeiro país a reconhecer a Medicina paliativa como uma especialidade médica, fazendo isso em 1987, há cerca de 20 anos, quase coincidente com a primeira definição globalmente publicada (Maciel, 2008).

Diferentemente da Grã-Bretanha, onde inicialmente os CP estavam fortemente vinculados aos hospitais, em outras regiões e países, como os Estados Unidos, os serviços foram mais voltados para o atendimento domiciliar, organizados em programas específicos.

Na década de 70, surgiram os primeiros serviços de CP no Japão, Noruega, Estados Unidos, Canadá, Polônia e Suécia, além das primeiras organizações internacionais voltadas para o tema, como a *International Association for the Study of Pain* (IASP) e a *Japanese Association for Clinical Research on Death and Dying* (Capelas et al. 2014).

Ainda nos anos 80, a OMS incorporou os CP em seus conceitos, promovendo a necessidade de programas específicos como parte integrante da abordagem ao paciente oncológico (Capelas et al. 2014; Del Río al., 2007).

Uma década e meia depois, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) também incorporou oficialmente os CP em seus programas assistenciais (Del Río et al., 2007).

A OMS reconheceu oficialmente os CP como um componente essencial dos sistemas de saúde em 1990, incentivando os países a desenvolverem políticas e programas específicos (Gomes; Othero, 2016). Seguindo as diretrizes da OMS, países como Reino Unido, Irlanda, França e Austrália implementaram programas voltados ao manejo de pacientes elegíveis para CP, como o *Ambitions for Palliative and End of Life Care* e o *National Health Service (NHS) Cancer Plan* no Reino Unido, o *Palliative Care Services - Three Year Development Framework* na Irlanda, e, na França, a Lei Leonetti e o *Plan National*. Já a Austrália desenvolveu a *National Palliative Care Strategy 2018*, garantindo acesso a CP de alta qualidade, independentemente da localização geográfica (Silva et al., 2024).

Um importante marco a evolução dos CP no mundo foi a publicação em 1995, do estudo norte-americano, *Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments* (SUPPORT), considerado um “divisor de águas” na compreensão da importância da qualidade da assistência ao final da vida. Esse estudo multicêntrico, realizado

em cinco hospitais entre os anos de 1989 e 1994, contou com a participação de cerca de 10 mil portadores de doenças intratáveis, com prognóstico de vida estimado em seis meses.

O estudo demonstrou que a comunicação entre pacientes, familiares e equipes de saúde sobre o final da vida era deficiente; que os custos assistenciais nesse período eram elevados; e que metade dos pacientes morreram com dor moderada ou severa, sem qualquer prescrição analgésica (Connors et al., 1995). Citado como catalisador para o crescimento dos CP nos Estados Unidos e em outros países, ajudou a moldar políticas e práticas para humanizar o cuidado (SUPORT Principal Investigators, 1995).

Acredita-se que, após a sua publicação, vários países, incluindo o Brasil, iniciaram esforços para a implantação de assistência paliativa (Maciel, 2008).

O marco inicial da atenção paliativa no Brasil não é um consenso, tanto em relação a datas quanto a locais específicos. O desenvolvimento desse campo ocorreu de forma gradual, partindo de dois serviços estabelecidos nas décadas de 1980 até alcançar, em 2022, um total de 373 leitos hospice registrados pela ANCP. No entanto, esses leitos seguem uma distribuição desigual entre as diferentes regiões do país, refletindo disparidades no acesso aos CP (Silva; Massi, 2022).

Segundo Silva (2018), o marco pioneiro na institucionalização dos CP no Brasil foi a criação do Serviço de CP no Rio Grande do Sul, em 1983, liderado pela Dra. Mirian Marteleite.

Três anos depois, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo implementou o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos, marcando o início de um tratamento diferenciado para pacientes fora da possibilidade de cura. Apesar disso, o enfoque inicial ainda era majoritariamente a tentativa de cura da doença (Silva, 2018).

Na transição entre as décadas de 1980 e 1990, surgiram o Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON), em Florianópolis, e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (GESTO), no Rio de Janeiro, ambos promovidos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Em 1990, destaca-se a inauguração da Unidade IV do INCA, no Rio de Janeiro, destinada a oferecer suporte ao paciente e seus familiares durante o processo de morte relacionado ao câncer (Silva, 2018).

Seguindo a tendência global, no Brasil, após a publicação, em 1995, do estudo SUPPORT, observou-se entre 1999 e 2001 o surgimento de vários serviços dedicados ao tema (Connors et al. 1995; Maciel, 2008).

O avanço dos CP no Brasil tem sido impulsionado pela criação de diversas sociedades e associações, que desempenham papel crucial na disseminação de práticas paliativas, capacitação de profissionais e ampliação do acesso a esses serviços.

Essas entidades, ao longo do tempo, têm trabalhado para integrar CP à assistência em saúde no cenário nacional. Entre as de maior relevância, podemos citar:

- Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED): Criada em 1982, tornou-se o capítulo brasileiro da Sociedade Internacional para o Estudo da Dor, promovendo formação e atualização científica na área.
- Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos (SBCP): Fundada em 1997, tem como objetivo divulgar princípios paliativos e integrar serviços existentes no Brasil.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP): Instituída em 2005, organiza congressos nacionais e desenvolve ligas acadêmicas que fomentam o estudo e a prática de CP.

O fortalecimento dessas entidades e outras iniciativas da sociedade civil evidenciou a crescente necessidade de adequação do SUS para atender à demanda por CP. Essa questão representou um desafio tanto para as políticas públicas quanto para a bioética em saúde, e exigiu a implementação de estratégias com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar a assistência (Floriani; Schramm, 2007).

3.4 Políticas Públicas e Cuidados Paliativos

As políticas de CP globais evoluíram, na sua maioria, sob a liderança da OMS. Em 2002, a organização incluiu os CP em seu relatório *Reducing Risks and Promoting Health*, destacando a necessidade de acesso universal para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doenças graves e avançadas. Em 2002, foi atualizado o conceito de CP pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2002).

Em 2004, a OMS lançou a *Global Initiative for Palliative Care and Pain Control* com o objetivo de promover o desenvolvimento de políticas e serviços de CP em todos os países, enfatizando a necessidade de acesso a medicamentos essenciais e suporte adequado (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Em 2008, publicou diretrizes detalhadas para a implementação de CP, incluindo recomendações sobre manejo da dor, suporte psicológico e social para pacientes e famílias (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Em 2014, a 67ª Assembleia Mundial da Saúde (WHA) adotou a Resolução WHA 67.19, que reconhece os CP como parte essencial dos sistemas de saúde e incentiva os Estados-Membros a integrá-los em suas políticas nacionais garantindo sua oferta dentro dos serviços da APS. (Organização Mundial da Saúde, 2014).

Em 2016, foi publicado um relatório sobre a implementação de CP, destacando a importância de uma abordagem integrada e o impacto positivo desses cuidados na vida dos pacientes e na eficiência dos sistemas de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2016).

Os CP foram incorporados à Declaração de Astana, em 2018, a qual reforça a necessidade de uma abordagem ampla, fortalecendo a APS e a Integrando os CP à Cobertura Universal de Saúde baseada em três pilares fundamentais: Assistência ao longo da vida, abrangendo desde prevenção e promoção da saúde até tratamentos curativos, reabilitação e CP; Ações multissetoriais, que abordam os fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde, fundamentadas em políticas baseadas em evidências; Participação ativa da população, permitindo que indivíduos e comunidades tenham voz na tomada de decisões sobre sua saúde e nos serviços que recebem (Organização Mundial da Saúde, 2021).

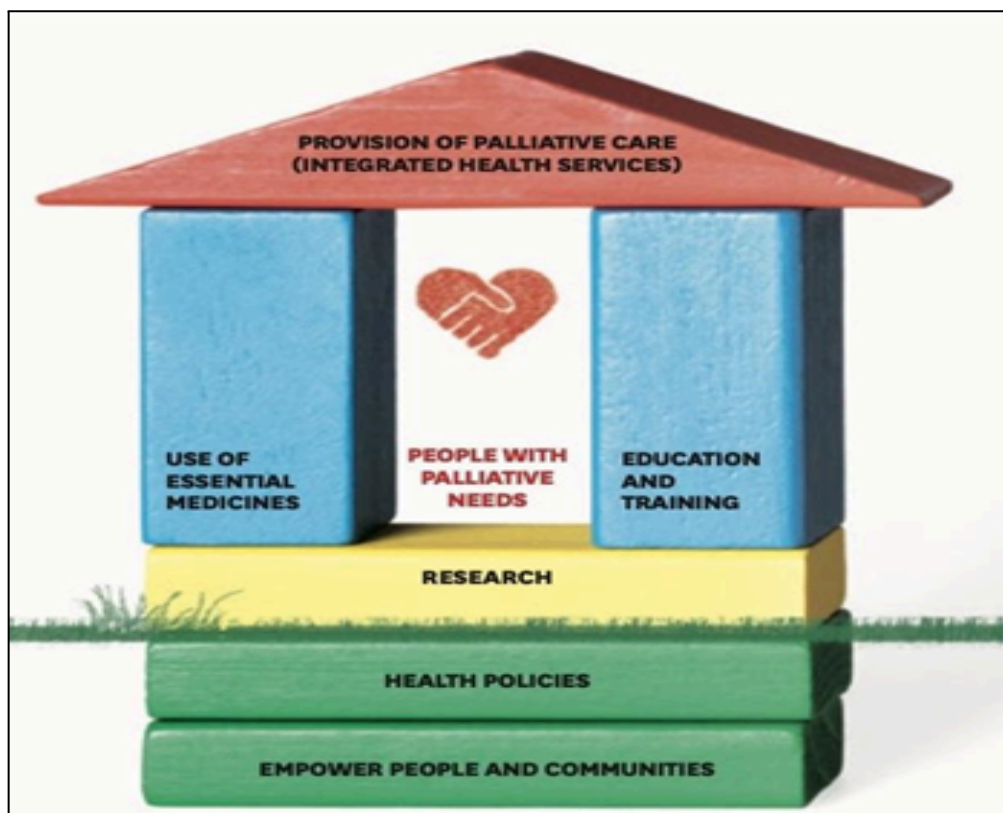
A APS desempenha um papel essencial na ampliação do acesso aos CP e é um elemento-chave para a cobertura universal de saúde, garantindo que esses serviços sejam oferecidos de forma equitativa e acessível a todas as populações (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Em 2021, a OMS publicou um documento destacando as disparidades globais no acesso aos CP, com o objetivo de promover estratégias que assegurem a oferta equitativa desses serviços a todas as pessoas, independentemente da região ou condição socioeconômica.

Além disso, estabeleceu um consenso sobre os componentes centrais necessários para o modelo conceitual de desenvolvimento de CP (Figura 1). Isso inclui a adaptação de quatro componentes já considerados essenciais para o desenvolvimento de CP na literatura: Políticas apropriadas; Acesso adequado a medicamentos; Educação dos profissionais de saúde e do público; Implementação de serviços de CP em todos os níveis do sistema de saúde.

Para reforçar ainda mais este modelo e refletir os compromissos internacionais relativos à abordagem dos CP, o grupo de peritos que elaborou tal documento concordou em acrescentar dois outros componentes: Investigação; Pessoas e comunidades capacitadas (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Figura 2 - Modelo conceitual de desenvolvimento dos Cuidados Paliativos proposto pela Organização Mundial de Saúde



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2021)

A evolução da política de CP da OMS reflete uma crescente compreensão e valorização desses cuidados como uma parte essencial dos sistemas de saúde globais. Isso enfatiza a necessidade de acesso universal e a integração desses serviços para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doenças graves (Brasil, 2023).

Na Europa, o desenvolvimento dos CP tem sido desigual, com alguns países aceitando e implementando essas práticas mais rapidamente do que outros. No entanto, há avanços contínuos em direção a uma implementação mais ampla em quase todas as regiões. Recentemente, observou-se um crescimento significativo na Europa Oriental, com a criação e implementação de políticas voltadas para CP. Em contraste, a falta de recursos econômicos e a escassez de analgésicos opióides ainda limitam inovações em muitos países (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Segundo D'Alessandro, em estudo publicado pelo Ministério da Saúde em 2023, na América Latina, a disparidade econômica entre os países impacta diretamente o investimento em saúde pública e CP. Enquanto Chile, Panamá e Uruguai são classificados como regiões de

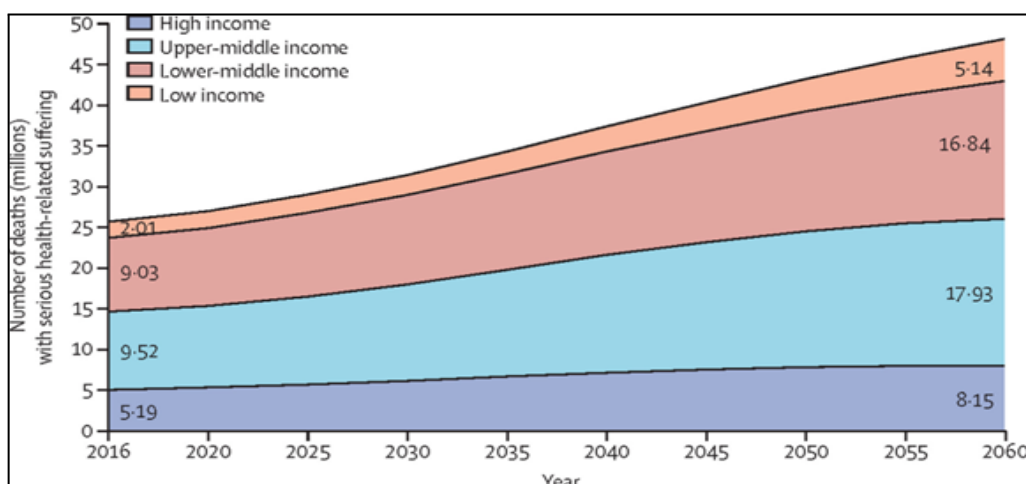
alta renda, os demais países apresentam entre 20% e 48% da população em situação de pobreza, o que influencia a estrutura e a expansão dos serviços de CP (Brasil, 2023).

Inicialmente voltados para o controle da dor, os serviços de CP, começaram a se desenvolver na década de 1980 em países como Brasil e Colômbia, e desde então têm se multiplicado. No levantamento da Associação Latino-Americana de CP (ALCP) (2020), foram identificadas 1.562 equipes de CP na região, com uma média de 2,6 equipes para cada milhão de habitantes. No entanto, há uma grande desigualdade na distribuição desses serviços. A recomendação da EAPC é de duas equipes especializadas para cada 100.000 habitantes, sendo uma para assistência domiciliar e outra para atendimento hospitalar.

Além disso, o acesso aos CP pediátricos é ainda mais restrito, com apenas 123 equipes identificadas em toda a América Latina, correspondendo a 0,8 equipe para cada milhão de habitantes menores de 15 anos, evidenciando uma lacuna significativa na assistência a crianças com doenças graves (ALCP, 2020).

Em um estudo publicado na revista *The Lancet* em 2019, Sleeman e colaboradores projetaram que, até 2060, aproximadamente 48 milhões de pessoas enfrentarão o fim da vida com intenso sofrimento relacionado à saúde, correspondendo a 47% de todos os óbitos globais. Esse número representa um aumento de 87% em relação aos 26 milhões de casos registrados em 2016. Além disso, estima-se que 83% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda, conforme ilustrado nas Figuras 2 e 3.

Figura 3 - Evolução projetada da carga de sofrimento grave relacionado à saúde nas regiões segundo a classificação de renda do Banco Mundial até 2060

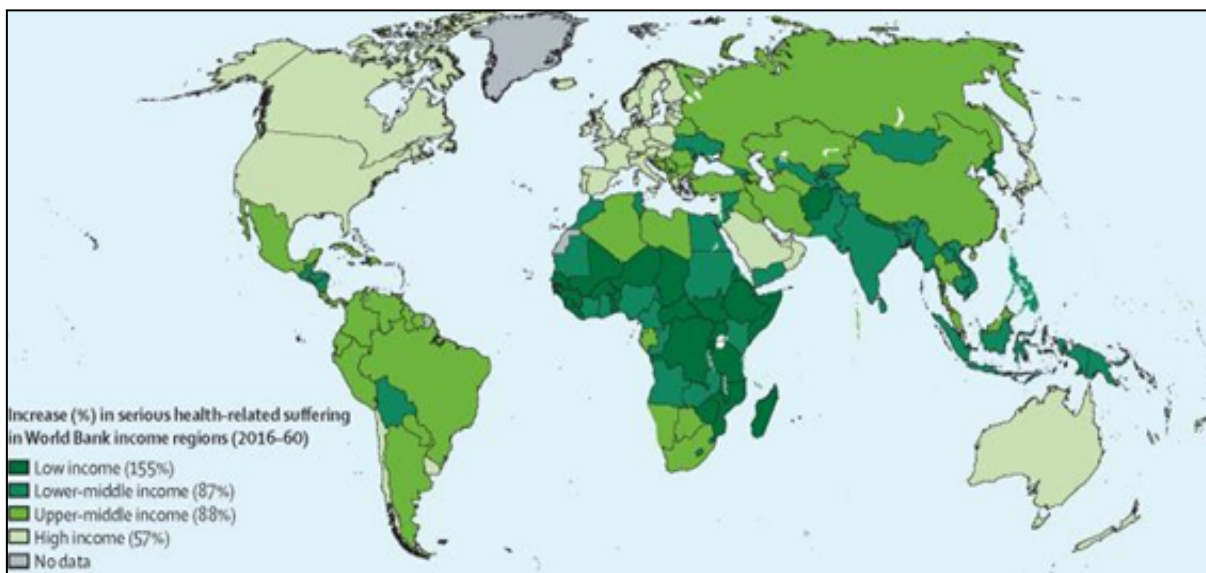


Fonte: Sleeman et al. (2019).

A Figura 2, do estudo de Sleeman et al. (2019), ilustra a evolução projetada do sofrimento grave relacionado à saúde nas diferentes regiões de renda, conforme a classificação do Banco Mundial, no período de 2016 a 2060. O gráfico destaca um aumento significativo na carga de sofrimento em todas as categorias de renda, com crescimento mais acentuado nas regiões de baixa e média-baixa renda.

O estudo concluiu que o ônus do sofrimento grave relacionado à saúde quase dobrará até 2060, com os aumentos mais acentuados ocorrendo em países de baixa renda, Figura 3, especialmente entre idosos e pessoas com demência. A ação global imediata para integrar os CP nos sistemas de saúde é, portanto, um imperativo tanto ético quanto econômico.

Figura 4 - Aumento do sofrimento grave relacionado à saúde de 2016 a 2060, por regiões estratificadas segundo a classificação de renda do Banco Mundial



Fonte: Sleeman et al. (2019).

A ação global imediata para integrar os CP nos sistemas de saúde é, portanto, um imperativo tanto ético quanto econômico (Sleeman et al, 2019)

No setor público e privado, embora demandem maiores recursos orçamentários, modelos assistenciais eficazes têm o potencial de otimizar esses recursos, reduzindo o tempo de hospitalização e o uso excessivo de tecnologia hospitalar (Floriani; Schramm, 2007).

Ainda segundo Sleeman et al (2019), evidências cada vez mais robustas indicam que investir em CP além de promover a redução do sofrimento, promove impacto direto na economia de recursos para os sistemas de saúde e para a sociedade em geral. Esse modelo é aplicável a países de diferentes níveis de renda, nos quais os CP frequentemente são

oferecidos a um custo menor do que outras alternativas, resultando em benefícios mais favoráveis para os pacientes.

A integração dos CP em um sistema nacional de saúde pode ser entendida como a capacidade de oferecer prevenção e alívio de sofrimentos graves relacionados à saúde, de acordo com as necessidades existentes, com o equilíbrio adequado entre os recursos disponíveis, sejam eles serviços especializados em CP ou recursos integrados a outras áreas dos serviços de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Além da implementação de serviços voltados para os CP, é essencial que haja um monitoramento contínuo por parte das nações envolvidas, garantindo que as políticas adotadas atendam às reais necessidades da população. Para isso, a OMS propôs a utilização de indicadores de saúde que permitam avaliar o desenvolvimento desses serviços em diferentes países.

Um dos principais indicadores adotados entre 2015 e 2020 foi o consumo de morfina, utilizado para medir o acesso a analgésicos opióides essenciais. Além disso, diversas regiões, como África, América Latina, Ásia, Europa e Mediterrâneo Oriental, já desenvolveram seus próprios sistemas de monitoramento permitindo uma avaliação mais precisa da assistência prestada (Organização Mundial da Saúde, 2012).

Na tentativa de padronizar essa abordagem e considerando que o consumo de morfina reflete apenas uma pequena parcela do que constitui a assistência paliativa, tornou-se essencial a construção de indicadores para avaliar a qualidade e a disponibilidade desses serviços.

O Observatório Global de CP ATLANTES, da Universidade de Navarra, tem desempenhado um papel central na criação de um consenso internacional sobre esses indicadores, permitindo que os países monitorem seus avanços de forma padronizada. Essas métricas são ferramentas estratégicas que auxiliam na identificação de desafios, no direcionamento de políticas públicas e na definição de prioridades para financiamento, regulamentação e aprimoramento dos serviços. Além disso, a uniformização dos dados facilita comparações globais, promovendo a adaptação de boas práticas a diferentes realidades (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Reconhecendo a necessidade de um acompanhamento sistemático, a OMS, em 2021, estabeleceu um conjunto de dez indicadores essenciais para avaliar a implementação e a efetividade das políticas e serviços de CP. Esses indicadores permitem não apenas a mensuração dos avanços ao longo do tempo, especialmente em países com diferentes estágios

de desenvolvimento nessa área, mas também análises comparativas entre nações, favorecendo uma abordagem mais direcionada e eficiente para a expansão desses serviços.

Dentre esses indicadores, os relacionados à educação nos currículos de graduação são fundamentais, pois refletem o preparo da futura força de trabalho da APS para oferecer assistência de qualidade. Já os indicadores voltados para políticas de saúde analisam a existência de estruturas de governança, diretrizes estratégicas e regulamentações que impulsionam a ampliação desses serviços e promovem o engajamento da população. Por fim, os indicadores de pesquisa avaliam a produção e disseminação do conhecimento na área, acelerando a implementação de estratégias eficazes para o fortalecimento dos CP na APS (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Dessa forma, o monitoramento contínuo e a integração desses indicadores tornam-se elementos essenciais para garantir o desenvolvimento sustentável e a equidade na oferta de CP ao redor do mundo.

Seguindo o modelo da OMS (2021), no Brasil, no contexto do SUS, a organização da atenção em saúde ocorre por meio das RAS, sendo a APS a base fundamental desse sistema. A APS desempenha um papel essencial na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da qualidade de vida, tornando-se um eixo central na oferta de CP na rede pública, oferecendo suporte ao paciente e sua família, além de promover educação continuada para as equipes de saúde (Brasil, 2017; Cobo et al., 2023).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cuja primeira versão foi publicada em 2006 e a última em 2017, preserva ao longo de suas edições princípios fundamentais que definem a essência da APS no Brasil. Entre esses princípios, destaca-se o compromisso em garantir o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; assegurar a integralidade do cuidado por meio da integração de ações programáticas e de demanda espontânea; articular estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação mediante trabalho interdisciplinar e coordenação da rede de serviços; além de fomentar vínculos e a corresponsabilidade entre equipes de saúde e a população, promovendo a continuidade e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2006; Brasil, 2017).

A Portaria nº 874 do Ministério da Saúde, de 16 de maio de 2013, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS. Entre as competências atribuídas às estruturas operacionais das RAS, destaca-se a responsabilidade de realizar atendimento domiciliar e participar dos cuidados CP às pessoas com câncer, em articulação com as equipes de atenção

domiciliar e com os serviços especializados em oncologia, como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (Ministério da Saúde, 2013).

As UNACON são serviços habilitados para oferecer diagnóstico, estadiamento e tratamento dos cânceres mais prevalentes da região. Incluem cirurgia e quimioterapia integradas, e, quando necessário, garantem o acesso à radioterapia por meio de referência externa. Já os CACON são instituições de maior porte e abrangência, com capacidade de ofertar tratamento oncológico completo em estrutura própria, incluindo cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Ambos os modelos incorporam os CP como parte essencial de sua proposta assistencial (Brasil, 2013; Fernandes et al., 2022).

Essas estruturas representam marcos na consolidação dos CP oncológicos no Brasil, ao assegurar suporte integral ao paciente em todas as fases da doença. Isso inclui desde o atendimento ambulatorial até a hospitalização e o cuidado domiciliar, com foco no controle de sintomas e promoção da qualidade de vida (Brasil, 2013; Floriani; Schramm, 2007).

Com esse desenho organizacional, UNACON e CACON materializam o princípio do cuidado integral previsto na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Ao incluírem os CP como dimensão estruturante do tratamento oncológico, contribuem para qualificar a RAS frente às complexas demandas do fim de vida — um avanço ético e civilizatório no contexto do SUS (Fernandes et al., 2022; Floriani; Schramm, 2007).

A Resolução 41/2018, publicada em 31 de outubro de 2018, estabelece diretrizes para a organização dos CP no SUS para todas as fases da doença e qualquer condição que ameace a vida, não restritos à oncologia e também estabelece a integração entre os diferentes níveis de atenção.

Além disso, assegura o acesso a medicamentos, incluindo opióides, conforme as normas sanitárias. O Art. 8º determina que o financiamento seja negociado entre os níveis federal, estadual e municipal, conforme o planejamento da RAS (Brasil, 2023).

Em agosto de 2023, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou as diretrizes resultantes da 17ª Conferência Nacional de Saúde, que indicam, entre as prioridades, a implementação da PNCP com garantia de financiamento e sua integração às RAS. Essas diretrizes também preveem a ampliação e capacitação de equipes multiprofissionais, a estruturação da atenção domiciliar, bem como a organização de redes hospitalares em diferentes níveis de complexidade, com hospitais capacitados para assistência em CP.

Em consonância com essas propostas, em 7 de maio de 2024, o MS instituiu oficialmente a PNCP, por meio da Portaria GM/MS nº 3.681. Alinhada às orientações da

OMS, a política nacional estabelece a oferta de CP em todos os níveis do sistema de saúde, com ênfase no início precoce dos cuidados ao longo do curso da doença e do ciclo de vida. Trata-se de uma ruptura importante em relação às políticas anteriores, que restringiam o acesso ao CP aos estágios terminais da vida.

A PNCP atribui às RAS a responsabilidade de organizar a assistência paliativa de forma articulada. Na APS, os cuidados são ofertados por meio das Unidades Básicas de Saúde e do atendimento domiciliar, conforme a Portaria GM/MS nº 2.436/2017. Os ambulatórios especializados devem garantir continuidade conforme a evolução clínica do paciente, enquanto os serviços de urgência e emergência passam a incorporar o alívio de sintomas agudos, com suporte digno e adequado.

A atenção hospitalar passa a ser orientada ao planejamento e controle terapêutico, e os hospitais de cuidados prolongados são indicados para o manejo de pacientes elegíveis, com base em critérios clínicos e funcionais. Para sua efetiva implantação, a política prevê a criação das Equipes Matriciais de CP e das Equipes Assistenciais de CP, com distribuição regional e macrorregional, garantindo suporte técnico-operacional em todo o país (Brasil, 2024).

Como política pública inédita, a PNCP propõe a descentralização dos serviços, com foco no acesso equânime, integral e humanizado. Ao reconhecer o valor da longitudinalidade e da dignidade em todas as fases da vida e da doença, a política fortalece a capacidade da comunidade, dos profissionais e dos gestores para decisões compartilhadas e conscientes no cuidado em saúde.

Apesar desses esforços, os indicadores demonstram que o Brasil enfrentava, até recentemente, grandes desigualdades na oferta desses serviços. Em 2018, a OMS classificou o país em nível semelhante a Angola, Congo, Bangladesh e Moçambique na disponibilidade desses serviços. Na época, o Brasil ocupava a 89ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), enquanto essas nações estavam entre as posições 129ª e 183ª (PNUD, 2024). No *ranking* da qualidade da morte da revista *The Economist* (2018), o Brasil ficou em 42º lugar, atrás de Chile (27º), Argentina (32º) e Uruguai (39º) (ANCP, 2018), mas vem apresentando avanços gradativos nesse cenário (Organização Mundial da Saúde, 2018).

Esse panorama, contudo, demonstra sinais concretos de evolução, resultado de um processo construído a muitas mãos; desde as iniciativas pioneiras de profissionais de saúde, grupos acadêmicos e entidades civis, até a formulação de políticas públicas estruturantes. Em 2023, ANCP lançou a terceira edição do Atlas de Cuidados Paliativos, registrando 234 serviços assistenciais no país. Esse número representa um crescimento expressivo de 54,7%

em novos serviços e 45,3% em atualizações cadastrais, em comparação com as edições anteriores.

Esse avanço reflete não apenas a ampliação da oferta de serviços de CP, mas também o fortalecimento de sua estruturação e formalização, evidenciando o compromisso progressivo com a melhoria da assistência e a humanização do cuidado no Brasil.

Apesar dos avanços, persistem desafios significativos para a consolidação da política em escala nacional. A expectativa é que, com a plena implementação da PNCP em todos os níveis de atenção, o país avance em direção a padrões internacionais de qualidade e equidade. Para isso, é fundamental investir na formação de profissionais, especialmente na APS, e ampliar o reconhecimento da especialidade em diferentes áreas de atuação.

A efetivação das políticas públicas de CP, portanto, depende não apenas de ações governamentais, mas também da mobilização da sociedade civil, garantindo sua aplicação prática, abrangente e sustentável. Somente por meio de um compromisso contínuo e compartilhado será possível assegurar CP acessíveis, qualificados e integrados ao sistema de saúde.

3.5 A inclusão dos Cuidados Paliativos no currículo médico

A PNCP publicada pelo Ministério da Saúde em 2024, destaca, em seu artigo 3º, como uma de suas diretrizes fundamentais, o estímulo à adoção de estratégias educacionais em CP. Essa diretriz inclui a formação inicial, a educação continuada, a valorização e a gestão da força de trabalho em CP no âmbito do SUS. Além disso, o artigo 6º da PNCP reforça essas ações, promovendo a formação e capacitação permanente dos profissionais da RAS e incentivando atividades educativas destinadas também à população em geral (Brasil, 2024).

Essa abordagem surge como resposta à crescente evidência de que a educação em CP necessita de melhorias urgentes, uma constatação amplamente documentada em nível global. Diversos estudos indicam que profissionais de saúde, incluindo médicos, apresentam lacunas significativas em sua preparação para atuar nessa área essencial (Maciel, 2018). Assim, a PNCP busca não apenas aprimorar a capacitação técnica, mas também fomentar uma cultura de cuidado mais humanizado e integrado.

Pesquisas demonstram que, durante a formação médica, os profissionais aprendem a lidar com a doença, mas frequentemente não são preparados para lidar com o doente. Em CP, essa lacuna se torna especialmente problemática, pois, enquanto a doença segue seu curso, o grande desafio está em como se relacionar com o paciente (Maciel, 2018).

Conforme Tritany, Filho e Mendonça (2021), as lacunas na educação fornecida pelas instituições de ensino e pesquisa, a dificuldade de incorporar os CP nos cursos de graduação e pós-graduação, além da escassez de profissionais qualificados, representam grandes desafios para a implementação efetiva das políticas de CP no Brasil.

De acordo com Ferreira et al. (2019), há um descompasso significativo entre a formação médica e as principais necessidades de saúde da população. Em um estudo publicado no mesmo ano, os autores apontam que essa discrepância entre a demanda por profissionais qualificados e a oferta de cuidados adequados é, em grande parte, resultado do processo histórico de construção curricular. Esse processo, frequentemente caracterizado por descontextualização, fragmentação e excesso de ênfase em aspectos técnicos, contribui para a dificuldade em atender às reais necessidades da população de forma integrada e eficiente.

Ferreira et al. (2019) também descrevem alguns momentos históricos que moldaram a formação médica moderna no nosso país:

- a) Primeiro Momento (1910): A publicação do estudo de Abraham Flexner (EUA e Canadá), que recomendou a criação de hospitais-escola e a adoção de um ensino científico positivista, estruturando a formação médica global. Esse modelo transformou o ensino médico em escala global e é apontado por diversos autores como um paradigma ainda vigente na formação em saúde. No livro *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*, Franco e Merhy (2006, p. 233) caracterizam o modelo flexneriano como "anátomo-clínico", responsável por organizar os saberes e práticas das profissões da área. Embora tenha sido fundamental para a reestruturação da educação médica ao longo do século XX, consolidou-se como referencial hegemônico, com ênfase na "produção de procedimentos", em detrimento de um cuidado integral e centrado no paciente.
- b) Segundo Momento (1950-1960): derivado dos debates em fóruns nacionais e internacionais destacando as limitações do modelo flexneriano surge o modelo "*Problem-Based Learning*" (PBL), que incentivou metodologias ativas e centradas no aluno, rompendo com estruturas hierárquicas e tradicionais
- c) Terceiro Momento (Reforma Sanitária Brasileira): Emergindo do contexto da reforma sanitária brasileira, surge um movimento para aproximar a formação dos profissionais de saúde às reais necessidades da população, baseado na concepção de integralidade da atenção à saúde (Machado, Oliveira & Malvezzi, 2021). Nesse contexto, ganha força o conceito de *social*

accountability, que vai além da simples responsabilidade social. Esse termo envolve o compromisso de atender às demandas sócio-sanitárias das comunidades, regiões ou nações, direcionando atividades de ensino, pesquisa e serviço para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde (Ferreira et al., 2019).

Conforme definição da Organização Mundial da Saúde, a *social accountability* implica que faculdades de medicina orientem suas atividades de ensino, pesquisa e extensão para responder prioritariamente às necessidades em saúde da sociedade que as sustenta, com foco especial nas populações vulneráveis (Organização Mundial da Saúde, 1995).

No Brasil, o princípio da *social accountability* encontra respaldo nas DCN do Curso de Graduação em Medicina, inicialmente estabelecidas pela Resolução CNE/CES nº 3/2014 e atualizadas em 2022, as quais preconizam a formação de profissionais aptos a atuar com integralidade, equidade e qualidade no cuidado à saúde. Essa mudança de paradigma, centrada na responsabilização social das instituições formadoras, impulsionou a incorporação de conteúdos mais sensíveis às necessidades reais da população nos currículos médicos. Dentre esses conteúdos, os CP ganham destaque, embora sua inserção ainda ocorra de forma incipiente em muitas escolas médicas brasileiras.

Historicamente, a presença dos CP nos currículos de graduação em Medicina tem sido restrita. Até 2012, apenas três instituições de ensino superior (aproximadamente 2%) incluíam formalmente uma disciplina de CP em sua grade curricular (Castro, 2021). Um avanço importante no cenário nacional foi representado pela publicação das DCNs de 2001, que já apontavam para a formação de médicos com perfil humanístico, crítico e reflexivo, organizando o processo formativo com base em competências voltadas à atenção integral, tomada de decisões, comunicação, liderança, gestão e educação permanente (Brasil, 2001).

Complementarmente, a promulgação da Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, representou outro marco relevante ao propor a reorientação da formação médica com foco em cenários de prática vinculados à APS e às populações em situação de vulnerabilidade, reafirmando o compromisso do Estado com a formação de profissionais mais sensíveis às iniquidades em saúde (Brasil, 2013).

Já em 2014, as novas DCNs reforçaram a necessidade de formar profissionais aptos a atuar em diferentes níveis de atenção à saúde. Essa versão destacou a Saúde Coletiva como eixo central, integrando ações baseadas em dados demográficos e epidemiológicos e reorganizando as competências em três eixos temáticos: saúde, gestão da saúde e educação em saúde (Brasil, 2014).

Desde então, cursos de medicina têm trabalhado para alinhar seus currículos às novas diretrizes, enfrentando desafios significativos para incorporar as mudanças propostas.

Em 2021, Castro et al. publicaram um estudo que analisou o currículo de 315 escolas de Medicina cadastradas no MEC. Destas, apenas 44 (14%) incluíam a disciplina de CP em sua matriz curricular, um percentual significativamente inferior ao observado nos Estados Unidos, onde três quartos das escolas médicas declararam oferecer ensino específico em CP.

Ainda segundo Castro (2021), apesar da educação em CP no Brasil ainda ser escassa, os dados indicam que transformações estão ocorrendo no país. Os programas de estudo das escolas médicas brasileiras abrangem os domínios recomendados por entidades científicas e estudos nacionais e internacionais. As experiências de ensino em CP no Brasil apresentam uma carga horária média de 46,9 horas, alinhada às recomendações, embora com variações em formatos modulares.

A Resolução CNE/CES nº 3/2022, homologada em novembro do mesmo ano, representou um marco na formação médica ao regulamentar a obrigatoriedade da inclusão dos CP nos currículos dos cursos de graduação em Medicina. Essa normativa determina que as escolas médicas reestruturem seus projetos pedagógicos para contemplar competências específicas, como comunicação compassiva, manejo da dor, controle de sintomas e integração de aspectos psicossociais e culturais. Além disso, estabelece a necessidade de capacitação dos estudantes para lidar com situações complexas de terminalidade e sofrimento, promovendo uma formação alinhada às demandas contemporâneas de saúde e aos princípios da humanização do cuidado (Brasil, 2022).

Em um estudo de revisão publicado no *Brazilian Journal of Health Review* em 2023, Sales et al., afirmam que a inclusão de temas relacionados aos CP nos cursos de graduação em Medicina tem sido amplamente reconhecida na literatura como uma estratégia valiosa. No entanto, apontam que ainda persiste uma diversidade na forma como esses temas são incorporados, assim como nos conteúdos priorizados nas matrizes curriculares existentes.

Entre os principais tópicos abordados estão o manejo da dor, o controle de sintomas não relacionados à dor, os fundamentos dos CP, aspectos éticos e legais, além de técnicas de comunicação. As estratégias de ensino para esses temas variam consideravelmente, influenciadas tanto pelo conteúdo a ser trabalhado quanto pela disponibilidade de tempo dentro da estrutura curricular de cada curso (Sales et al, 2023).

Apesar dos desafios, o crescimento da inclusão de disciplinas obrigatórias sobre o tema tem impulsionado melhorias curriculares, evidenciando o compromisso das instituições

em formar médicos mais capacitados para oferecer um cuidado integral, humanizado e adequado às necessidades dos pacientes (Sales et al., 2023).

Os objetivos deste estudo se articulam com a implementação da política educacional, ainda em fase inicial de implantação, ao investigar o conhecimento e a percepção dos estudantes de Medicina sobre os CP. Os estudantes da universidade analisada, situada na RMBS, constituem uma amostra relevante para compreender como esses temas vêm sendo abordados durante a graduação, mesmo antes da consolidação plena das mudanças curriculares previstas pela nova diretriz.

3.6 A Relação entre o Método *Problem Basic Learning* (PBL) e o Conhecimento em Cuidados Paliativos

A literatura ressalta que o *Problem Based Learning* (PBL) ou Aprendizagem Baseada em Problemas ao ser traduzido para o português (ABP) é essencial para promover uma prática mais significativa, destacando a importância de métodos educacionais que favoreçam a aplicação prática do conhecimento em situações reais de cuidado (Castro et al., 2023; BorochoVICIUS; Tortella, 2014)

Ainda, segundo Castro (2023), o currículo médico estruturado com base no PBL desempenha um papel significativo na formação de profissionais de saúde com competências para lidar com as demandas do cuidado integral ao paciente.

O PBL foi inicialmente implementado pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade McMaster, no Canadá, nos anos 60, com um currículo inovador centrado nesse método, formando seu primeiro grupo de estudantes em 1972. Inspiradas pelo modelo de McMaster, instituições como o Colégio de Medicina Humana da Universidade Estadual de Michigan, Maastricht (Holanda) e Newcastle (Austrália) adotaram o PBL nos anos 70. Na década de 80, escolas tradicionais começaram a introduzir currículos paralelos baseados em problemas, enquanto outras, como a Universidade do Havaí, Harvard e Sherbrooke (Canadá), reformularam completamente seus currículos. Atualmente, o PBL é amplamente utilizado em escolas médicas ao redor do mundo, consolidando-se como uma metodologia educacional aceita globalmente (Barrows, 1996).

Além disso, Barrows estabelece que o método PBL tem como principal objetivo preparar os estudantes para enfrentar problemas reais de forma crítica, integrada e autônoma. Nesse método, os alunos assumem papéis de protagonistas no processo educacional, identificando suas próprias necessidades de aprendizagem, utilizando problemas reais como

ponto de partida para desenvolver o conhecimento. Os professores atuam como facilitadores, orientando os estudantes na formulação de perguntas e na construção do raciocínio clínico, sem fornecer respostas prontas.

O desenvolvimento de conteúdos atitudinais no processo educacional; como solidariedade, respeito ao próximo, cooperação, responsabilidade e correto uso da liberdade é fundamental para a formação integral do futuro médico. Esses valores se estruturam em componentes cognitivos, afetivos e comportamentais e podem ser aprendidos em graus distintos, que vão da simples aceitação à interiorização como princípios norteadores da vida em sociedade (Pozo, 2001). O método PBL, segundo Borochovcicius e Tortella (2014), apresenta-se como uma abordagem capaz de favorecer essa formação, uma vez que organiza os conhecimentos em torno de problemas reais e integra o desenvolvimento de habilidades de aprendizagem autônoma, de trabalho em equipe, de pensamento crítico e criativo, além do compromisso com a melhoria contínua.

Ao estimular o cooperativismo e a interação entre os estudantes, o PBL promove a reflexão, a tomada de consciência e o exercício de atitudes cidadãs (Pozo, 2001). Essa perspectiva se mostra particularmente relevante para a capacitação em CP, já que o trabalho nessa área exige não apenas competência técnica, mas também atitudes éticas e humanísticas, como empatia, comunicação, respeito às escolhas do paciente e corresponsabilidade nas decisões de fim de vida.

Além de aprimorar as competências técnicas e teóricas, estimula o desenvolvimento de habilidades interpessoais e incentiva uma prática mais reflexiva, abrangente e conectada às demandas da vida profissional, constituindo uma estratégia pedagógica potente para preparar estudantes de Medicina a enfrentar os desafios do cuidado integral, sobretudo no contexto dos CP (Borochovcicius e Tortella, 2014).

O curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), campus Guarujá, adota como metodologia central o PBL, conforme diretrizes do Projeto Pedagógico do Curso (Universidade de Ribeirão Preto, 2024). Essa abordagem está integrada a diversas disciplinas e cenários de prática desde os primeiros anos, promovendo a articulação entre conhecimentos das ciências básicas e clínicas. Por meio de discussões em pequenos grupos, estimula-se o pensamento crítico, o aprendizado autodirigido e o desenvolvimento de habilidades interpessoais, favorecendo uma compreensão contextualizada dos problemas de saúde e uma prática médica humanizada.

Embora os CP não estejam organizados como um componente curricular autônomo, a análise do PPC revela inserções pontuais e transversais de conteúdos alinhados aos

princípios da abordagem paliativa. A estrutura curricular é organizada em quatro eixos formativos, Práticas de Saúde, Formação Sociocultural, Bioética e Humanística, Habilidades Médicas e Núcleo Temático, o que permite o desenvolvimento de competências éticas, técnicas e comunicacionais, fundamentais para o cuidado centrado na pessoa.

Nos primeiros anos do curso, os conteúdos compatíveis com CP são abordados principalmente de forma transversal. No Núcleo Temático, os estudantes são expostos a casos clínicos que envolvem pacientes com doenças crônicas, progressivas, incuráveis e de alta complexidade, como câncer, doenças neurodegenerativas, cardiopatias e pneumopatias avançadas. Esses casos, mesmo que não identificados formalmente como de CP, abrem espaço para a discussão sobre alívio da dor, sofrimento, comunicação de notícias difíceis e tomada de decisão compartilhada.

Disciplinas dos eixos humanístico e ético, como Bioética, Psicologia Médica, Comunicação em Saúde, Medicina Legal e Ética Médica, incluem temas fundamentais aos CP, como morte, finitude, autonomia, espiritualidade, empatia, luto e sofrimento existencial. Esses conteúdos são trabalhados predominantemente por meio de debates, seminários e discussões tutoradas, possibilitando uma reflexão crítica e humanizada da prática médica.

A partir da segunda metade do curso, particularmente nas etapas clínicas e no internato, há maior possibilidade de contato direto com pacientes elegíveis a CP. Estágios em Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade, Geriatria, Oncologia e Urgência e Emergência favorecem a vivência de contextos clínicos que exigem habilidades paliativas.

Na 12ª etapa, durante o estágio de Clínica Médica II, os estudantes atuam na enfermaria de Oncologia, local onde têm contato direto com pacientes oncológicos em cuidados complexos e muitas vezes em fase avançada da doença. Esse cenário favorece o enfrentamento de temas sensíveis como dor refratária, sofrimento existencial, comunicação de notícias difíceis e decisões compartilhadas sobre a terminalidade, promovendo uma vivência prática dos princípios dos CP.

Ainda na 12ª etapa, o PPC prevê o estágio em Saúde do Idoso, desenvolvido no âmbito da Saúde Coletiva. Nesse componente, são enfatizados os fundamentos da Geriatria contemporânea, com foco na avaliação funcional e cognitiva, na tomada de decisão clínica orientada por prognóstico, na análise do contexto social do paciente e na gestão da complexidade clínica associada ao envelhecimento. Esses aspectos são diretamente alinhados aos princípios dos CP, contribuindo de forma significativa para a formação de médicos aptos a oferecer um cuidado integral, individualizado e humanizado a uma população que envelhece de forma acelerada.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo, natureza e fases do estudo

Este estudo é descritivo, exploratório, transversal e utiliza métodos mistos, combinando abordagens quantitativa e qualitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno, identificando variáveis que possam estar relacionadas ao objeto de estudo (Gil, 2017). Já o caráter exploratório visa melhorar a compreensão do problema e formular hipóteses que possam orientar o desenho do estudo, observando os diversos fenômenos envolvidos na pergunta de pesquisa (Gil, 2017).

Os estudos transversais fornecem uma visão pontual da situação investigada, sendo úteis, por exemplo, para o diagnóstico e a construção de indicadores de saúde de uma população em determinado momento (Almeida-Filho, 2011). A pesquisa com métodos mistos combina análises quantitativas e qualitativas para alcançar uma compreensão mais ampla de fenômenos complexos. Enquanto os métodos quantitativos examinam variáveis em grande escala, permitindo a generalização dos resultados, os métodos qualitativos exploram detalhadamente poucos casos para entender contextos e nuances (Galvão et al., 2017).

Conforme Polit et al. (2011), o projeto de métodos mistos associa estatísticas descritivas à investigação das relações humanas, possibilitando uma compreensão mais completa e facilitando a interpretação dos dados. Creswell e Creswell (2021) destacam que a pesquisa de métodos mistos oferece mais evidências para o estudo de um problema do que o uso isolado de abordagens quantitativas ou qualitativas, pois encoraja múltiplas perspectivas e visões de mundo.

Neste estudo, os métodos mistos são ideais para investigar o conhecimento e as percepções dos alunos de Medicina sobre os CP. A combinação de questionários (quantitativos) e entrevistas (qualitativas) permitiram uma análise abrangente, aproveitando os pontos fortes de ambas as abordagens para aumentar a validade e a profundidade das conclusões (Creswell; Creswell, 2021).

O desenho adotado é o de métodos mistos explanatório sequencial, no qual os dados quantitativos são coletados e analisados em uma primeira fase, seguidos pela coleta e análise de dados qualitativos na segunda fase. Esse desenho é adequado para este estudo, pois permite que os resultados quantitativos iniciais sobre o nível de conhecimento dos estudantes em CP obtidos por meio do questionário validado em Português, o *Bonn Palliative Care Knowledge*

(BPCK) (ANEXO A) sejam explorados mais profundamente por meio das entrevistas qualitativas (Creswell; Creswell, 2021).

4.2 Local e período de Realização do Estudo

O estudo foi realizado em uma universidade da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), localizada no município do Guarujá (SP), que oferece o curso de Medicina entre seus cursos de graduação, possibilitando a análise de estudantes em diferentes etapas da formação.

Segundo o Projeto Pedagógico da Universidade de Ribeirão Preto (2024), o curso de Medicina visa à formação de médicos generalistas por meio de metodologias de ensino ativas, como o *Problem-Based Learning* (PBL), a Aprendizagem Sistematizada Baseada em Casos (ASBC) e outras ferramentas pedagógicas. No PBL e na ASBC, por exemplo, o estudante é o protagonista e participa ativamente da construção do conhecimento, sob a orientação de professores tutores (Universidade de Ribeirão Preto, 2024).

Os estudantes são inseridos no SUS desde a primeira etapa do curso, o que lhes possibilita vivenciar, de forma concreta, a prática médica no contexto brasileiro. De acordo com informações do portal institucional da universidade estudada, aproximadamente 60% da carga horária do curso é destinada à APS (Universidade de Ribeirão Preto, 2024).

O período de realização do estudo compreendeu os meses de agosto de 2024 a junho de 2025.

4.3 Participantes do estudo

Participaram deste estudo acadêmicos do curso de Medicina de uma universidade da RMBS, cursando entre a 9ª e a 12ª etapa, período correspondente ao internato médico, que abrange os dois anos finais do curso.

Optou-se por incluir nessa amostra apenas aqueles que se encontravam cursando o internato médico, por se tratar da fase em que os estudantes vivenciam de forma mais intensa os diversos cenários de prática clínica, ambulatorial e hospitalar. Essa etapa é considerada estratégica para a consolidação das competências clínicas, éticas, comunicacionais e humanísticas previstas na formação médica. Segundo as DCN, o internato representa um campo de aprendizagem centrado na integração ensino-serviço-comunidade, no qual o estudante deve desenvolver habilidades de tomada de decisão, resolução de problemas,

trabalho em equipe e atenção integral à saúde, com ênfase na APS e nas necessidades reais da população (Brasil, 2014).

Assim, a escolha dessa população permite captar percepções mais amadurecidas sobre os conteúdos relacionados aos CP, bem como identificar lacunas no processo formativo que possam subsidiar estratégias de aprimoramento curricular.

Para a seleção dos participantes, foi estabelecido contato com os representantes das etapas do curso (9^a à 12^a), solicitando que replicassem o convite à pesquisa aos estudantes sob sua representação por meio do aplicativo *WhatsApp*. A mensagem enviada enfatizava o compromisso com a ética na condução da pesquisa, em conformidade com a legislação vigente, assegurando que os dados seriam utilizados exclusivamente para fins científicos.

A lista de participantes e suas respectivas informações foram mantidas sob sigilo, com acesso restrito à equipe de pesquisa. Após a obtenção da lista, os estudantes foram contatados individualmente por meios eletrônicos, como telefone ou e-mail. O convite foi encaminhado de modo a preservar a confidencialidade dos dados de contato, garantindo que nenhuma informação fosse compartilhada com terceiros.

A população do estudo foi composta por 187 estudantes do curso de Medicina. Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se um percentual mínimo de acertos de 14,8% em questões relacionadas CP, adotando-se um nível de significância de 5%, poder estatístico de 80% e margem de erro de 2,5%. Com base nesses parâmetros, estimou-se a necessidade mínima de inclusão de 107 participantes na amostra. A amostragem utilizada foi probabilística por conveniência, técnica que permite selecionar apenas uma parte da população-alvo, extrapolando os resultados obtidos para o total da população estudada, desde que respeitadas as características do grupo. Ao todo, 108 estudantes responderam integralmente ao instrumento aplicado, compondo a amostra da etapa quantitativa do estudo (Santos, 2017).

Como amostra qualitativa, inicialmente foram previstas até 16 entrevistas semiestruturadas para garantir a heterogeneidade dos discursos. No entanto, a coleta foi concluída com oito entrevistas, uma vez que se observou a saturação teórica, momento em que os discursos se tornam recorrentes e deixam de trazer novas informações relevantes.

Essa decisão está em consonância com os pressupostos da pesquisa qualitativa, que valoriza a profundidade da compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências, e não a representatividade numérica (Minayo, 2014).

A representatividade da amostra foi assegurada pela inclusão de dois participantes de cada uma das quatro etapas do curso analisadas, abrangendo distintos níveis de vivência

acadêmica e permitindo captar percepções variadas sobre o ensino de CP ao longo da formação acadêmica em medicina.

A participação no estudo foi condicionada ao cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão, descritos a seguir:

Critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; estar devidamente matriculado no curso de Medicina; aceitar participar do estudo.

Critérios de exclusão: foram excluídos os alunos que efetuaram o cancelamento da matrícula durante a realização do estudo. Para essa verificação, foi realizado contato periódico com a coordenação do curso. Além disso, no que se refere à etapa qualitativa da pesquisa, foram excluídos os participantes que apresentaram dificuldade significativa em se expressar verbalmente durante a entrevista, comprometendo a obtenção de dados relevantes para o estudo.

Os participantes da amostra qualitativa foram identificados por códigos de “Estudante 1” a “Estudante 8”, garantindo o anonimato e a preservação de suas identidades. Os estudantes 1 e 2 estavam na 12ª etapa, correspondente ao último semestre do curso de Medicina. Os estudantes 3 e 4 pertenciam à 11ª etapa, ou penúltimo semestre. Os Estudantes 5 e 6 cursavam a 10ª etapa. Por fim, os Estudantes 7 e 8 estavam matriculados na 9ª etapa. Essa classificação possibilitou uma análise comparativa entre diferentes momentos do internato médico, contribuindo para identificar variações nas percepções sobre os CP ao longo da formação clínica.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Coleta de dados quantitativos

A coleta de dados quantitativos ocorreu entre outubro e dezembro de 2024, por meio da aplicação de um questionário autoaplicável, disponibilizado via formulário do *Google*. O formulário incluía o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), uma seção com questões sociodemográficas e acadêmicas (APÊNDICE B) e duas seções específicas contendo o BPCCK (ANEXO A).

O BPCCK foi desenvolvido na Alemanha, em 2011, para suprir a falta de um instrumento quantitativo padronizado na avaliação da eficácia das intervenções em CP. A ausência de um método estruturado dificultava a comparação entre modelos assistenciais, estratégias de implementação e programas de formação. Sua criação permitiu maior

objetividade, validade e confiabilidade na mensuração do conhecimento sobre CP, possibilitando estudos mais rigorosos e fornecendo subsídios para gestores e financiadores na alocação de recursos (Pfister et al., 2011). Os autores afirmam que para sua construção, foram utilizados itens dos questionários *Palliative Care Quiz for Nursing* (PCQN) e *Palliative Care Knowledge Test* (PCKT), além de perguntas situacionais baseadas em cenários reais de CP.

Na adaptação para o português, foi empregada a versão em inglês do instrumento, composta por 23 itens que avaliam conhecimentos sobre CP, abordando temas como controle da dor e sintomas, conceitos gerais e atitudes em relação à morte e ao morrer. Além disso, o questionário inclui 15 questões de autoconfiança na prestação de CP, com validade e confiabilidade confirmadas por um *alfa de Cronbach* de 0,71 para conhecimento e 0,86 para autoeficácia (Minosso, 2017).

Para assegurar a aplicabilidade do instrumento na população-alvo, foi conduzido um teste piloto com dois sujeitos não incluídos na amostra principal. O objetivo foi avaliar a clareza semântica dos itens, a adequação do tempo de preenchimento e a compreensão geral das instruções. Considerando os bons resultados, nenhuma modificação foi necessária, e o instrumento foi mantido conforme a versão validada. Esta etapa integrou o processo metodológico e foi contemplada na aprovação ética da pesquisa.

O *link* para o questionário (<https://forms.gle/tfve8jnHukPVXT839>) foi enviado individualmente aos estudantes, por e-mail ou telefone. O anonimato dos participantes foi garantido, e eles foram orientados a responder ao formulário em um ambiente que proporcionasse privacidade.

Após a conclusão da coleta, os dados foram armazenados em um dispositivo eletrônico seguro, sendo imediatamente excluídos de plataformas virtuais e da "nuvem" para preservar a confidencialidade das informações. A identidade dos participantes foi protegida por meio de códigos. Apenas o pesquisador responsável e o professor orientador tiveram acesso ao banco de dados completo. Os dados coletados serão armazenados em local seguro e sob responsabilidade da equipe de pesquisa por um período de cinco anos após a publicação dos resultados. Findo esse prazo, serão descartados de forma criteriosa, assegurando a completa eliminação de qualquer informação que permita a identificação dos participantes. Ressalta-se que qualquer utilização futura dos dados em novas investigações estará condicionada à obtenção de consentimento específico dos envolvidos, em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução do CNS nº 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016).

Além disso, o tratamento, armazenamento e eventual compartilhamento dos dados obedecerão aos princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (Lei nº 13.709/2018), assegurando a confidencialidade, integridade e transparência no uso das informações pessoais dos participantes (Brasil, 2018).

4.4.2 Coleta de dados qualitativos

A etapa qualitativa da pesquisa foi realizada após a coleta dos dados quantitativos, por meio de entrevistas semiestruturadas após assinatura do formulário impresso do TCLE (APÊNDICE C). O instrumento utilizado (APÊNDICE D) foi elaborado para explorar a percepção e o conhecimento dos estudantes sobre CP no contexto da formação médica.

A entrevista, uma estratégia amplamente utilizada em pesquisas de campo, foi conduzida pela pesquisadora, conforme preconizado por Minayo (2014), com o objetivo de obter informações detalhadas sobre o objeto de estudo. O formato semiestruturado permitiu que os participantes expressassem suas experiências livremente, favorecendo uma compreensão mais aprofundada sobre como vivenciam e percebem a prática dos CP. Esse método é amplamente aceito em estudos qualitativos por possibilitar a captura de nuances e particularidades nas respostas (Queiroz et al., 2019).

Os participantes tiveram total liberdade para recusar-se a responder a qualquer pergunta, sendo-lhes garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade das informações prestadas. As entrevistas foram conduzidas em ambiente reservado e tranquilo, a fim de proporcionar conforto e favorecer a livre expressão dos entrevistados. Para viabilizar uma análise qualitativa aprofundada, todas as entrevistas foram gravadas com consentimento prévio dos participantes e, posteriormente, transcritas manualmente pelo próprio pesquisador. Os participantes foram identificados por números sequenciais conforme detalhado anteriormente, assegurando o sigilo das identidades. Todo o processo seguiu rigorosamente os princípios éticos da pesquisa com seres humanos.

4.5 Análise dos dados

A seguir, são apresentados os procedimentos de análise dos dados coletados no presente estudo, os quais foram interpretados à luz da literatura sobre a temática. A análise foi realizada em duas etapas, refletindo a estratégia explanatória sequencial dos métodos mistos, conforme descrito por Creswell e Creswell (2021). Primeiramente, os dados quantitativos,

coletados por meio do questionário, foram analisados com o uso de estatística descritiva e inferencial, incluindo cálculos de frequência, média e Desvio Padrão (DP), além da aplicação de testes estatísticos para comparação entre grupos.

Na sequência, os dados qualitativos, obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo temática, conforme proposta por Minayo (2014), com base nos princípios de categorização e interpretação sistemática das falas.

A técnica de análise de conteúdo temática, conforme proposta por Minayo (2014), é amplamente utilizada em pesquisas qualitativas na área da saúde para interpretar discursos, atitudes e valores de indivíduos ou grupos, especialmente quando o objetivo é compreender experiências humanas. Essa abordagem consiste em um procedimento sistemático de categorização das falas, a partir da identificação de núcleos de sentido que se repetem e revelam significados presentes no discurso dos participantes.

A análise temática permite organizar os dados em categorias analíticas que emergem da leitura e interpretação crítica dos relatos, oferecendo uma compreensão estruturada dos conteúdos expressos pelos participantes e possibilitando a interpretação de suas experiências e percepções (Minayo, 2014).

A escolha dessa técnica justifica-se pela sua adequação à natureza do objeto investigado, que envolve dimensões subjetivas, simbólicas e contextuais. Como destaca Minayo (2014), a análise de conteúdo é especialmente apropriada para a compreensão de fenômenos sociais complexos, pois permite captar sentidos construídos em contextos históricos e culturais específicos.

4.5.1 Análise dos dados quantitativos

As variáveis numéricas foram descritas por média e DP, mediana, primeiro e terceiro quartis. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequência simples e porcentagem.

A análise estatística dos dados quantitativos foi realizada por meio de testes não paramétricos, considerando a ausência de distribuição normal dos dados (Teste de Kolmogorov-Smirnov). Para comparar os acertos nos quatro domínios do questionário (QCG- Quesitos sobre Conhecimentos Gerais dos CP, QD - Quesitos sobre Dor, QCS - Quesitos sobre Controle de Sintomas, QASM- Quesitos sobre atenção sobre morrer, entre as diferentes etapas do curso (9^a, 10^a, 11^a e 12^a), utilizou-se o Teste de Kruskal-Wallis, adequado para

grupos independentes sem distribuição normal, seguido do teste de comparações múltiplas de Dunn.

A associação entre a etapa do curso e o desempenho dos alunos foi avaliada com o Teste Qui-Quadrado de Pearson, adotando nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e reportando os p-valores assintóticos bilaterais.

Os dados foram digitados, tabulados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0.

4.5.2 Análise dos dados qualitativos

A análise qualitativa foi utilizada para interpretar e contextualizar os dados quantitativos, permitindo uma compreensão mais ampla das percepções dos alunos.

A presente pesquisa utilizou a análise temática proposta por Minayo (2014), que consiste em identificar e organizar padrões de significado nos dados coletados. Segundo a autora, os temas emergem das relações estabelecidas no discurso e podem ser representados por meio de palavras, frases ou resumos, permitindo uma interpretação estruturada do conteúdo. A análise temática aconteceu em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Processamento e interpretação dos resultados obtidos (Minayo, 2014).

4.5.2.1 Pré-análise

Incluiu a seleção dos documentos para análise e resgate das hipóteses e objetivos preliminares do estudo. Neste momento, o pesquisador desenvolveu indicadores para orientar sua compreensão do material e interpretação final.

Em seguida, ocorreu uma espécie de leitura flutuante, em que o pesquisador se envolveu diretamente com o material produzido no local, emergindo no conteúdo. Para todo o universo da pesquisa, para garantir a validade da pesquisa qualitativa, uma série de critérios foram observados, incluindo: exaustividade; representatividade; homogeneidade; e persistência.

Durante a análise, atentou-se para a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, pois esse processo inclui uma retomada da fase exploratória, com leituras exaustivas e questões iniciais como parâmetros.

4.5.2.2 Exploração do material

O objetivo da exploração do material é uma operação de classificação que visa alcançar uma compreensão central do texto. Para isso, o pesquisador identificou categorias de expressões ou palavras importantes e organizou o discurso com base nisso.

4.5.2.3 Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Os resultados brutos sofreram manipulações simples ou complexas para destacar as informações obtidas. A partir daí, o analista pode tirar inferências e fazer explicações, interligando-as com o referencial teórico inicialmente traçado.

4.5.3 Triangulação de dados

A triangulação de dados foi utilizada com o objetivo de fortalecer a validade e a confiabilidade dos resultados. Segundo Denzin (1978), a triangulação consiste na combinação de diferentes fontes de dados e métodos de coleta, visando verificar a consistência das informações obtidas. Neste estudo, adotou-se a triangulação metodológica, por meio da integração de diferentes abordagens e análise conjunta dos resultados, seguidos de discussão à luz da literatura científica.

4.5.3.1 Justificativa para a triangulação

A triangulação objetivou verificar a consistência entre os dados, ao comparar resultados quantitativos com percepções qualitativas, conferindo credibilidade aos achados; ampliar a compreensão sobre o fenômeno investigado, ao integrar diferentes abordagens metodológicas e evidenciar as lacunas entre o conhecimento teórico dos estudantes e suas percepções práticas; e validar os resultados por meio da verificação cruzada dos dados, reduzindo vieses e fortalecendo a confiabilidade do estudo (Creswell e Creswell, 2021).

4.5.3.2 Etapas da Triangulação

A triangulação metodológica foi conduzida em três etapas. A primeira consistiu na coleta dos dados, com a aplicação do questionário quantitativo, seguida das entrevistas

qualitativas. Em um segundo momento, os dados foram analisados separadamente: os quantitativos por meio de técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, e os qualitativos por meio da análise de conteúdo temática. Por fim, os resultados obtidos em ambas as abordagens foram integrados, permitindo a comparação entre convergências e discrepâncias, a fim de proporcionar uma compreensão mais ampla e aprofundada do fenômeno investigado.

4.6 Aspectos éticos e legais

O estudo foi desenvolvido em conformidade com as resoluções 466/12, 510/16 do CNS, que por sua vez trata dos aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012).

A participação dos sujeitos não foi obrigatória e a desistência pôde ocorrer a qualquer momento, sem prejuízos. Os riscos foram mínimos, relacionados a possíveis constrangimentos ou desconfortos ao responder o questionário ou durante a entrevista, tendo sido devidamente minimizados pelo pesquisador por meio da garantia do anonimato, do sigilo das informações e do direito à retirada da pesquisa em qualquer etapa. Para lidar com esses riscos, os participantes que necessitassem puderam ser encaminhados para atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), conforme descrito no ANEXO B.

Os benefícios foram indiretos, consistindo na promoção da reflexão crítica sobre o tema da pesquisa, contribuindo para uma melhor compreensão da complexidade do problema e para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. O projeto não previu qualquer tipo de remuneração aos participantes. Cada sujeito recebeu uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tanto na etapa quantitativa (APÊNDICE A) quanto na etapa qualitativa (APÊNDICE C). Os termos foram disponibilizados por e-mail aos respondentes do questionário e em versão impressa aos entrevistados, contendo o telefone do pesquisador responsável para eventuais esclarecimentos a qualquer momento. É importante destacar que os dados pessoais dos participantes foram e continuam protegidos em conformidade com as regulamentações de privacidade e ética, como a Lei LGPD no Brasil e Carta Circular nº1/2021 do CONEP/SECNS/MS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estão organizados em quatro seções, elaboradas a partir das categorias analíticas definidas com base nos objetivos da pesquisa. A primeira seção apresenta a caracterização sociodemográfica e acadêmica dos participantes, contextualizando o perfil da amostra. A segunda aborda a forma como os conteúdos relacionados à dor e aos CP vêm sendo trabalhados na formação médica. A terceira seção trata do nível de conhecimento dos estudantes sobre essas temáticas, com base na análise integrada entre os dados quantitativos e qualitativos. Por fim, a quarta seção explora a autoconfiança dos estudantes para lidar com situações clínicas envolvendo dor, sofrimento e terminalidade.

Nas seções, os resultados são apresentados de forma articulada, com integração entre os dados por meio da triangulação metodológica. Essa abordagem possibilita a identificação de convergências, contradições e complementaridades entre os diferentes achados, favorecendo uma compreensão ampliada e aprofundada do fenômeno investigado.

5.1 Caracterização sociodemográfica e acadêmica dos participantes

Nesta seção, apresenta-se de forma detalhada o perfil dos estudantes de Medicina que participaram da pesquisa, considerando suas etapas no curso e demais características relevantes. Essa caracterização foi fundamental para permitir uma análise crítica e contextualizada dos resultados, uma vez que diferentes momentos da formação acadêmica influenciam percepções, níveis de conhecimento e expectativas em relação aos CP. Ao descrever essas informações, buscou-se oferecer uma base sólida para compreender as variáveis que permeiam o processo formativo e suas possíveis repercussões na prática profissional.

A seguir, apresenta-se a Tabela 1 com os dados sociodemográficos da amostra quantitativa, composta por 108 estudantes de Medicina. A tabela descreve as variáveis referentes a sexo, idade, raça/cor, estado civil, religião, renda familiar e presença de curso superior prévio.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos Estudantes de Medicina de uma Universidade da Baixada Santista, 2024.

Sexo	N	%
Feminino	65	60.2
Masculino	43	39.8
Idade em anos		
	Média	26,4
	Moda	24
	Mediana	25
Raça/Cor	N	%
Branca	90	83.2
Preta	2	1.9
Parda	14	13.0
Amarela	2	1.9
Estado Civil	N	%
Solteiro (a)	97	89.8
Casado (a)	9	8.4
Separado(a)/Divorciado (a)	2	1.8
Religião	N	%
Católica	65	60.2
Evangélica	9	8.4
Espírita	12	11.0
Religiões de matriz africana	3	2.8
Nenhuma	14	13.0
Outras	5	4.6
Renda Familiar	N	%
Menos de 1 salário-mínimo	2	1.8
Entre 1 e 2 salários-mínimos	7	6.5
Entre 3 e 4 salários-mínimos	18	16.7
Mais de 4 salários-mínimos	81	75.0
Curso superior prévio	N	%
Sim	21	19.3
Não	87	80.7

Fonte: Elaborada pela autora.

Houve predominância do sexo feminino entre os participantes, com 60,2% do total de participantes, valor inferior ao encontrado por Braide et al. (2018), cujo estudo identificou 69,0% de estudantes do sexo feminino.

A idade média foi de 26,4 anos ($DP = 5,24$), com mediana de 25 anos, mínima de 21 e máxima de 49 anos, perfil compatível com a atual configuração dos cursos de Medicina no Brasil. Conforme dados da Demografia Médica no Brasil 2025 (Scheffer, 2025), observou-se um aumento progressivo da participação feminina entre os discentes de Medicina, passando de 53,7% em 2010 para 61,8% em 2023.

Esse crescimento foi mais acentuado nas escolas médicas privadas, onde a proporção de mulheres subiu de 56,5% para 65,2% no mesmo período. Tal tendência é compatível com os achados do presente estudo, no qual as estudantes do sexo feminino representaram 60,2% da amostra, um percentual ligeiramente inferior ao observado nas instituições privadas de ensino médico em âmbito nacional.

Nas escolas públicas, por outro lado, a participação feminina manteve-se estável, com pequenas variações, situando-se em 48,8% em 2010 e 49,8% em 2023.

Quanto à faixa etária, 61,3% dos estudantes têm entre 20 e 24 anos, 26,7% entre 25 e 29 anos e apenas 12% possuem 30 anos ou mais, com idade média de 24,3 anos. Observa-se ainda que a idade média é ligeiramente superior nas instituições públicas (24,7 anos) em comparação às privadas (24,0 anos). Esses dados sustentam a adequação do perfil encontrado neste estudo, embora revelem também a presença de estudantes com trajetórias formativas mais tardias, o que amplia a diversidade etária nas turmas (Scheffer, 2025).

Essa tendência também foi observada no estudo de Nobre et al. (2024), cujo estudo transversal realizado com 320 estudantes de Medicina de três instituições de Minas Gerais evidenciou predominância de mulheres (61,3%) e média de idade de 22,5 anos, no qual a maioria dos estudantes participantes era do sexo feminino e encontrava-se em idade similar, evidenciando a presença feminina cada vez mais importante nos cursos de graduação em medicina e a entrada precoce de jovens no ensino superior em saúde. Essa mesma distribuição de sexo e faixa etária também foi replicada no estudo de Sousa e Roriz (2021).

Além do sexo e da faixa etária, foram analisadas outras características sociodemográficas. Predominou a autodeclaração de raça/cor branca (83,3%), seguida pelas categorias parda, preta e amarela. Essa composição também foi semelhante à observada por Sousa e Roriz (2021), que destacaram a prevalência de estudantes brancos nos cursos de Medicina, principalmente em instituições privadas, refletindo desigualdades estruturais no acesso à educação superior de qualidade.

A análise do perfil étnico dos estudantes de Medicina no Brasil, com base na série histórica de 2017 a 2023, revelou variações discretas na autodeclaração de raça/cor. Observou-se uma leve redução nas proporções de estudantes brancos e pretos, acompanhada

de um aumento entre os pardos. Em 2023, 68,6% dos estudantes se autodeclararam brancos, enquanto 29,2% pertenciam à população negra — sendo 25,7% pardos e 3,5% pretos (Scheffer, 2025).

A distribuição étnico-racial também apresenta diferenças marcantes entre as instituições públicas e privadas. Enquanto nas escolas privadas apenas 24,5% dos estudantes são negros, esse percentual é significativamente mais elevado nas instituições públicas, alcançando 44,4%.

Ainda assim, o crescimento absoluto da população negra matriculada em cursos de Medicina foi expressivo, passando de 34.342 em 2017 para 69.498 em 2023, o que pode estar relacionado à ampliação do número de vagas e à adoção de políticas afirmativas.

O estado civil dos participantes do presente estudo mostrou predominância de estudantes solteiros, embora tenham sido registrados casos isolados de estudantes casados ou em união estável. Esses achados contrastam com os do estudo realizado na Jordânia, no qual 100% dos participantes eram solteiros ($n = 404$), não havendo nenhum caso de estudante casado (Younis et al, 2023). Tal diferença pode estar relacionada a fatores socioculturais próprios de cada realidade, ainda que ambos os estudos incluam majoritariamente estudantes dos anos clínicos e com média etária semelhante.

Quanto à religião, em um estudo realizado com estudantes do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (CM-Unisul), 78,2% dos estudantes declararam possuir alguma crença religiosa, com predominância da religião católica (66,7%), seguida por espíritas (10,2%) e evangélicos (4,1%) (Silva et al., 2018).

Esses dados convergem com os do presente estudo, que também apontaram maioria de estudantes católicos, seguidos por evangélicos, espíritas e adeptos de religiões de matriz africana, além de uma proporção menor de estudantes sem religião ou com outras crenças. Porém, esses dados diferem do estudo de Santos et al.(2021), no qual a maioria dos acadêmicos declarou-se protestante, seguida por católicos, sem religião, messiânico e pagão.

Quanto à renda familiar, cerca de três quartos dos respondentes relataram rendimento superior a quatro salários mínimos, indicando um perfil socioeconômico mais elevado. Também foram referidas faixas de renda entre três e quatro, entre um e dois, e, em menor proporção, inferior a um salário mínimo. Essa realidade também foi constatada por Sousa e Roriz (2021), cujo estudo evidenciou que a maioria dos estudantes entrevistados pertencia a famílias com renda média-alta, o que reforça a ideia de que a formação médica, especialmente em instituições privadas, ainda é acessível a um recorte social específico.

No que diz respeito à formação acadêmica, observou-se que grande parte dos participantes ainda não possuía curso superior, embora 19,3% dos estudantes da presente amostra relataram já ter concluído outra graduação, esse percentual foi menos elevado do que o observado no estudo realizado na Universidade Ceuma, em que 23,7% possuíam formação anterior. Dentre os que apresentaram graduação prévia, a maioria dos participantes do nosso estudo haviam cursado áreas da saúde que vem de encontro com os resultados encontrados por Braide et al. (2018), que foi de 80,0%.

Na sequência, são apresentados os dados que caracterizam os participantes da etapa qualitativa, oferecendo ao leitor elementos contextuais relevantes para a análise das entrevistas. Embora os resultados quantitativos já tenham sido discutidos à luz da literatura, a etapa qualitativa merece atenção específica por apresentar características distintas em relação ao perfil observado na amostra quantitativa.

Cabe ressaltar que, por se tratar de um número reduzido de participantes, a seleção foi realizada por conveniência, considerando a disponibilidade e o contato prévio com os estudantes para viabilizar as entrevistas. Observam-se diferenças principalmente em relação ao sexo e à formação prévia: na amostra quantitativa predominou o sexo feminino, enquanto na qualitativa houve maior participação de estudantes do sexo masculino. Além disso, a maioria dos participantes da etapa quantitativa não possuía graduação anterior, ao passo que 37,5% dos entrevistados na qualitativa relataram ter formação prévia.

Essas particularidades são fundamentais para contextualizar a Tabela 2 e compreender as especificidades da amostra qualitativa que servirão de base para as análises interpretativas subsequentes.

Nesse contexto, a Tabela supracitada apresenta a caracterização sociodemográfica dos oito estudantes participantes da etapa qualitativa, selecionados de forma intencional para garantir a representação de todas as fases do internato médico (9ª a 12ª etapas), conforme descrito na seção de metodologia. Essa estratégia de amostragem buscou assegurar a diversidade de experiências vivenciadas ao longo da formação clínica, contribuindo para a profundidade e a riqueza das análises interpretativas realizadas.

Tabela 2 - Características Sociodemográficas dos Estudantes de Medicina de uma Universidade da Baixada Santista, 2024.

(Continua).

Sexo	N	%
Feminino	2	25,0
Masculino	6	75,0

Tabela 2 - Características Sociodemográficas dos Estudantes de Medicina de uma Universidade da Baixada Santista, 2024.

(Conclusão).

Idade em anos		
	Média	27,37
	Moda	31
Raça/Cor	N	%
Branca	6	75,0
Preta	1	12,5
Parda	1	12,5
Amarela	0	0
Estado Civil	N	%
Solteiro (a)	8	100
Casado (a)	0	0
Separado(a)/Divorciado(a)	0	0
Religião	N	%
Católica	5	62,5
Evangélica	0	0
Espírita	0	0
Religiões de Matriz Africana	1	12,5
Nenhuma	2	25,0
Outras	0	0
Renda familiar	N	%
Menos de 1 salário-mínimo	0	0
Entre 1 e 2 salários-mínimos	0	0
Entre 3 e 4 salários-mínimos	1	12,5
Mais de 4 salários-mínimos	7	87,5
Curso superior prévio	N	%
Sim	3	37,5
Não	5	62,5

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação ao perfil sociodemográfico da amostra qualitativa, observa-se predominância do sexo masculino (75,0%), com idade média de 27,37 anos (DP = 5,15), moda de 31 anos. A maioria dos estudantes se autodeclarou branca (75,0%) e todos eram solteiros no momento da entrevista.

Quanto à religião, 62,5% se identificaram como católicos, 25,0% declararam não possuir religião e 12,5% relataram seguir religiões de matriz africana. Essa diversidade de crenças pode influenciar as percepções subjetivas sobre temas como sofrimento, terminalidade e espiritualidade no contexto dos CP.

A renda familiar dos entrevistados revelou um perfil socioeconômico majoritariamente elevado, com 87,5% destes pertencentes a famílias com renda superior a quatro salários mínimos. Apenas um estudante (12,5%) relatou renda familiar entre três e quatro salários mínimos, e não foram registrados estudantes com renda inferior a essa faixa.

Em relação à formação prévia, 37,5% dos entrevistados já haviam concluído um curso de graduação antes de ingressarem em Medicina, sendo dois na área da saúde e um em outra área do conhecimento. Essa informação é relevante, pois esses estudantes que fizeram curso na área da saúde já possuíam experiências acadêmicas ou profissionais que podem ter influenciado suas compreensões sobre o cuidado integral e os princípios dos CP.

A seguir, apresenta-se a Tabela 3, que descreve a distribuição da amostra quantitativa dos estudantes quanto à realização de curso superior prévio, com ênfase na identificação daqueles oriundos da área das Ciências da Saúde.

Tabela 3 – Distribuição dos estudantes segundo a Formação superior prévia na área das Ciências da Saúde

Curso Superior Prévio	Fase quantitativa		Fase qualitativa	
	N	%	N	%
Área das Ciências da Saúde	16	14.8	2	25.0
Outras Grandes Áreas	5	4.6	1	12.5
Não	87	80.6	5	62.5

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à escolaridade prévia de nível superior, observou-se que os cursos de graduação mais frequentes foram Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Odontologia. Esses cursos pertencem à grande área das Ciências da Saúde, conforme a classificação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A análise revelou que essa área foi a mais recorrente entre os participantes, representando 14,8% da amostra, o que reflete uma predominância de formações voltadas à assistência em saúde. Além disso, identificou-se que alguns estudantes iniciaram o curso de Medicina em outras instituições de ensino superior, mas não chegaram a concluí-lo, tendo ingressado posteriormente por transferência.

Essa predominância era, em certa medida, esperada, considerando o contexto acadêmico da pesquisa, voltado à formação médica. Ainda assim, a presença de graduados em áreas como Ciências Humanas, Engenharias e Ciências Sociais Aplicadas revela uma

diversidade de trajetórias acadêmicas entre os participantes, possivelmente relacionada a diferentes orientações de carreira e a múltiplas perspectivas sobre o cuidado em saúde.

Sousa e Roriz (2021) identificaram perfil semelhante entre parte dos participantes, muitos dos quais já haviam cursado áreas afins como Enfermagem, Fisioterapia e Farmácia.

Na Tabela 4, são apresentados os dados relativos à etapa do curso em que os estudantes se encontravam no momento da coleta. A distribuição por etapa é relevante para compreender a progressão do conhecimento e das percepções sobre CP ao longo da formação.

Tabela 4 - Distribuição dos Estudantes de Medicina de uma Universidade da Baixada Santista no ano de 2024 por etapa do curso.

Etapa do curso	N	%
9ª etapa	38	35,2%
10ª etapa	25	22,2%
11ª etapa	24	23,1%
12ª etapa	21	19,4%

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação à distribuição por etapas do curso, observa-se que há um maior número de participantes provenientes das etapas iniciais do internato, especialmente da 9ª etapa, o que reflete o tamanho das turmas nesses períodos, que eram proporcionalmente maiores em relação às etapas finais. Essa diferença na distribuição da amostra deve-se ao próprio perfil das turmas da instituição, garantindo, ainda assim, representatividade suficiente para a análise dos resultados.

Ressalta-se que essa análise não foi aplicável à amostra qualitativa, composta intencionalmente por dois estudantes de cada etapa do internato (9ª a 12ª), de modo a assegurar diversidade de experiências formativas.

5.2 Abordagem dos Cuidados Paliativos durante a Formação Acadêmica

Com o objetivo de avaliar o grau de satisfação dos estudantes com o ensino de CP na graduação foi incluída uma questão no questionário Sócio Demográfico e Acadêmico, onde a qualidade de ensino foi avaliada segundo três categorias: 1 (Satisfatório), 2 (Insatisfatório) e 3 (Precisa Melhorar). Os resultados apontam que 50,9% (n=55) dos alunos consideram que o ensino sobre CP precisa melhorar, enquanto 38,0% (n=41) classificaram como satisfatório e

11,1% (n=12) avaliaram como insatisfatório. Ao analisar a distribuição por etapas do curso, observa-se uma variação na percepção dos estudantes, conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da avaliação dos estudantes sobre a qualidade do ensino de cuidados paliativos em uma Universidade da Baixada Santista, por etapa do curso, 2024

Nível de Satisfação	9ª Etapa N (%)	10ª Etapa N (%)	11ª Etapa N (%)	12ª Etapa N (%)	Total N (%)
Satisfatório	6 (15.8)	9 (36.0)	9 (37.5)	17 (81.0)	41 (38.0)
Insatisfatório	6 (15.8)	3 (12.0)	3 (12.5)	0 (0.0)	12 (11.1)
Precisa Melhorar	26 (68.4)	13 (52.0)	12 (50.0)	4 (19.0)	55 (50.9)

Fonte: Elaborado pela autora.

Na 9ª etapa, observa-se um alto percentual de alunos que consideram que o ensino de CP precisa melhorar, evidenciando uma percepção predominante de lacunas na formação. Na 10ª etapa, nota-se um aumento na proporção de estudantes que consideram o ensino satisfatório, embora a maioria ainda perceba a necessidade de aprimoramento.

Dando seguimento, na 11ª etapa a distribuição segue um padrão semelhante ao da etapa anterior, com um número expressivo de estudantes classificando o ensino como satisfatório, mas ainda com uma parcela considerável apontando a necessidade de melhorias. Já na 12ª etapa, há uma mudança significativa na percepção dos alunos: a maior parte considera o ensino satisfatório, enquanto um número reduzido indica a necessidade de aprimoramento, e nenhum aluno classificou como insatisfatório.

Esses resultados sugerem uma evolução na percepção da qualidade do ensino de CP ao longo das etapas do internato. Enquanto nas fases iniciais os alunos expressam maior insatisfação e necessidade de aprimoramento, nas etapas mais avançadas há um aumento na satisfação. Isso pode indicar que, com a progressão na formação, os estudantes passam a reconhecer e valorizar mais o conteúdo oferecido ou que, nas fases finais do curso, há uma abordagem mais estruturada do ensino de CP.

Porém, a maioria dos estudantes destacou a necessidade de melhorias no ensino de CP durante a graduação. Já no estudo realizado por Nobre et al. (2020), identificou-se que a maioria dos alunos de medicina relatou não ter recebido uma formação satisfatória sobre temas elementares da área.

Diante desse cenário, reforça-se a importância de uma avaliação contínua da inserção e abordagem dos CP no currículo médico, assegurando que todos os estudantes tenham uma formação sólida e satisfatória nessa área essencial da prática.

No estudo realizado com médicos recém-formados nos Emirados Árabes Unidos, observou-se uma lacuna significativa na formação em CP, com 57% dos participantes relatando nunca ter recebido qualquer tipo de educação formal em CP durante a graduação. Além disso, a maioria descreveu baixa exposição clínica a pacientes em fase terminal e desconforto em prover cuidado a pacientes moribundos e seus familiares, evidenciando deficiências tanto teóricas quanto práticas no currículo (Ibrahim et al., 2022). Esses achados são coerentes com os resultados do presente estudo, que também identificou insuficiência na formação em CP relatada pelos estudantes.

Para aprofundar a investigação, realizou-se uma segunda etapa do estudo, desta vez com abordagem qualitativa, conforme descrito na metodologia. Dessa forma, no que diz respeito à abordagem dos CP durante a formação acadêmica, as entrevistas permitiram explorar a realidade vivida pelos estudantes.

Como identificado na etapa quantitativa, os resultados qualitativos também evidenciaram um baixo índice de aprovação do curso entre os estudantes das etapas iniciais do internato. Diversas falas apontam que os temas de CP foram abordados com maior profundidade apenas nas fases mais avançadas dessa etapa formativa. Apenas um estudante da 9ª etapa (aluno 8) demonstrou satisfação com o curso, enquanto os demais relataram que o tema foi tratado de forma superficial, o que dificultou a assimilação dos conceitos e a aplicação prática dos conteúdos de CP.

Na 10ª etapa, embora 36% dos estudantes tenham avaliado o curso como satisfatório, a maioria considerou que ele “precisa melhorar” (52%). Essa percepção encontra eco nas falas qualitativas dos alunos 5 e 6, que, apesar de reconhecerem a relevância do tema, expressaram insegurança quanto à sua aplicação prática.

Ambos sugeriram o aumento da carga horária e a inserção de mais atividades práticas como estratégias para fortalecer o aprendizado.

Entre os estudantes das etapas mais avançadas, como os da 11ª (estudantes 3 e 4) e da 12ª (estudantes 1 e 2), a avaliação foi majoritariamente positiva. Suas falas indicam maior preparo para lidar com pacientes em CP, além da valorização da abordagem humanizada como parte essencial da prática médica.

Os achados do presente estudo corroboram os dados de Sousa, Moura e Santos (2023), que identificaram uma lacuna na formação em CP entre acadêmicos de medicina, com baixo desempenho em itens relacionados ao manejo dos sintomas terminais. Esses resultados convergem com a percepção de insatisfação evidenciada pelos estudantes deste estudo quanto à formação recebida em CP.

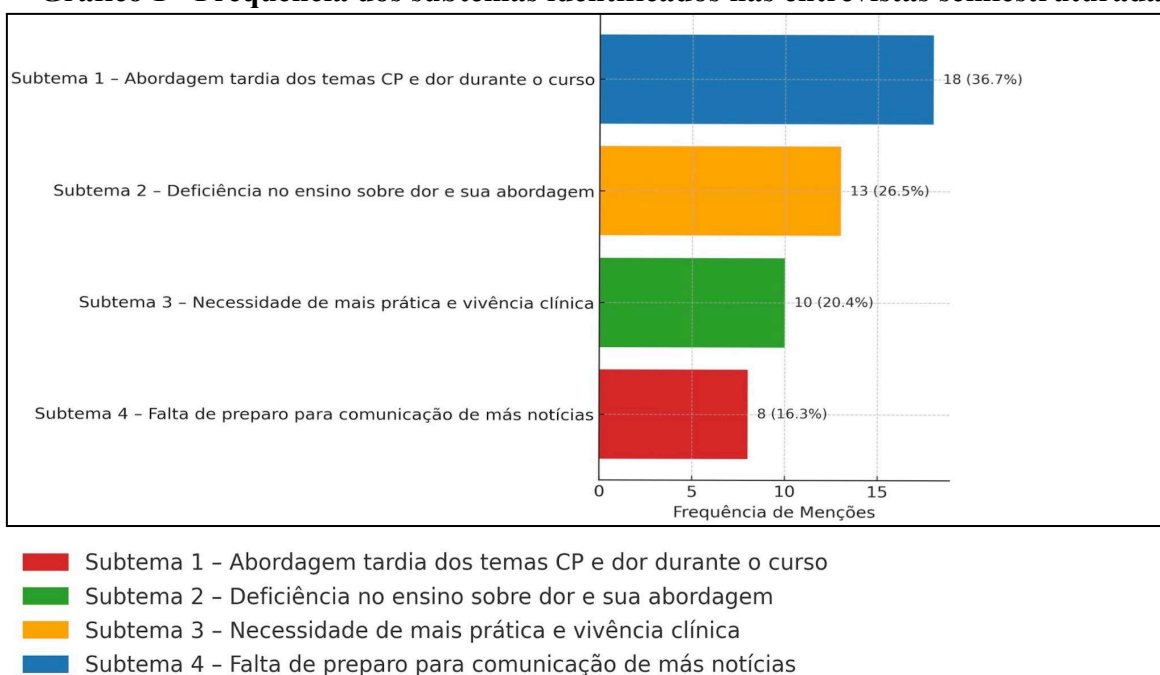
Portanto, a análise integrada evidencia uma tendência: enquanto os estudantes das etapas mais avançadas percebem a abordagem dos CP como mais consistente e aplicável, aqueles em fases anteriores expressam a necessidade de aprofundamento teórico e maior contato prático com a temática. Essa diferença pode refletir o amadurecimento progressivo ao longo da formação, mas também aponta para a necessidade de intervenções pedagógicas que promovam uma experiência formativa mais equânime entre os diferentes momentos do curso.

Na análise qualitativa, o processo de identificação e eleição de temas está diretamente ligado à recorrência e à densidade das falas. Quando se questionava os estudantes sobre como percebiam a abordagem dos Cuidados Paliativos em seu curso de Medicina, algumas expressões, críticas e percepções se repetiam com frequência em diferentes entrevistas. Esse fenômeno da repetição é fundamental no método de análise temática, pois indica que determinados sentidos não são isolados ou casuais, mas sim partilhados coletivamente, revelando padrões na experiência dos participantes.

Conforme Minayo (2014), a frequência e a densidade das falas são critérios legítimos para selecionar os núcleos de sentido mais relevantes. A partir das respostas recorrentes sobre a percepção dos estudantes quanto à abordagem dos Cuidados Paliativos, organizaram-se subtemas que sintetizam a experiência coletiva, garantindo que a interpretação final se apoiasse no que emergiu de forma consistente e significativa, e não em percepções pontuais.

A frequência com que cada um foi mencionado está representada no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Frequência dos subtemas identificados nas entrevistas semiestruturadas



Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da análise dos quatro subtemas, observou-se um panorama de deficiências estruturais no ensino de CP, marcado por abordagens fragmentadas e superficializadas, em especial nos primeiros anos da graduação. A falta de preparação para lidar com situações de dor e para comunicar diagnósticos graves foi amplamente mencionada pelos estudantes, contribuindo para sentimentos de insegurança diante de cenários clínicos complexos.

A seguir, cada um destes subtemas é apresentado em detalhes, acompanhado de trechos das falas dos estudantes que ilustram suas percepções e experiências, oferecendo uma compreensão mais aprofundada sobre a forma como o tema foi abordado durante a formação.

5.2.1 Abordagem tardia dos temas CP durante o curso

Os alunos apontam que o tema é abordado tardiamente ou de forma insuficiente na graduação, o que corrobora os achados da análise quantitativa, na qual os alunos das etapas iniciais do internato expressam maior insatisfação.

Na experiência que eu tenho como aluno de medicina, a temática de cuidados paliativos é muito pouco discutida. E isso eu falo desde o ambiente do ciclo básico até agora, no internato. Acho que consigo contar nos dedos de uma mão a quantidade de vezes que tivemos um espaço de discussão sobre cuidados paliativos (Estudante 7 - 9º etapa).

A gente não tinha muito contato antes. Na faculdade, ninguém nunca explicou, digo, nos quatro primeiros anos, o que eram os cuidados paliativos (Estudante 2 - 12ª etapa).

Eu acho que, agora no final, sim, eles conseguiram atingir o cuidado paliativo de fato, mas eu acho que nós poderíamos ter muito mais, muito mais sobre isso desde o começo da faculdade (Estudante 1 - 12ª etapa).

Nesse contexto, a vivência prática durante o internato foi destacada como um fator decisivo para a compreensão desses temas, reforçando a necessidade de sua inserção mais precoce, sistematizada e longitudinal ao longo da formação médica.

É importante destacar que apesar da relevância dos CP, a maioria das escolas médicas brasileiras ainda não contempla esse ensino em seus currículos. Apenas 14% das 315 instituições analisadas oferecem a disciplina, concentradas principalmente na Região Sudeste. A maior parte dessas disciplinas é obrigatória, ofertada por instituições privadas, nos 3º e 4º anos do curso, com carga horária mediana de 46,9 horas (Castro; Taquette; Marques, 2021).

O estudo realizado por Sousa e Roriz (2021), avaliou 180 estudantes de medicina em instituições brasileiras, sendo que 83% relataram não ter recebido formação suficiente para a abordagem de acidentes em CP. Tais achados evidenciam uma lacuna estrutural no currículo

formal, convergente com os relatos qualitativos deste estudo, que apontaram a ausência de conteúdos organizados e contínuos sobre CP como uma das principais falhas na formação acadêmica em medicina.

5.2.2 Deficiência no ensino sobre dor e sua abordagem

A crítica à superficialidade da formação em dor (incluindo aspectos farmacológicos e clínicos) ajuda a explicar por que mais da metade dos alunos (50,9%) considera que o ensino precisa melhorar.

A gente aprende os mecanismos da dor, mas na prática ninguém nos ensina como manejá-la de forma adequada. Quais são as melhores opções? Quando usar opióides? Isso deveria ser ensinado desde cedo (Estudante 3 - 10ª etapa).

Na questão da medicação, droga que a gente pode usar, acho que ficou um pouco faltando (Estudante 8 - 9ª etapa).

A gente teve uma farmacologia falha, e como a dor não é só a parte do paciente, mas também a parte da alquimia dos fármacos, isso me dá uma certa insegurança (Estudante 3 - 11ª etapa).

A formação médica sobre o manejo da dor ainda apresenta lacunas significativas, tanto no Brasil quanto em outros países. No contexto nacional, embora os estudantes relatem aumento da confiança ao longo da graduação, mais de 70% afirmam não ter recebido informações suficientes sobre o tema (Vasconcelos et al., 2021). Esse dado revela uma fragilidade estrutural nos currículos médicos, que tendem a tratar o tema de forma fragmentada e insuficiente (Uchôa; Reis; Amorim, 2020).

No cenário internacional, a situação é semelhante. Apesar de iniciativas pontuais para criação de currículos abrangentes em medicina da dor, sua adoção ainda é limitada. Há necessidade de uma estrutura pedagógica que integre conteúdos científicos à prática clínica, com métodos de ensino e avaliação mais eficazes (Shipton et al., 2018). Além disso, persiste uma discrepância entre o que os estudantes esperam aprender e o que de fato é ensinado, especialmente no cuidado a grupos vulneráveis, como crianças e pacientes com dor crônica ou em estado grave (Lechowicz et al., 2019).

Na Malásia, por exemplo, observou-se que estudantes do último ano ainda demonstram fragilidades no conhecimento e nas atitudes frente ao controle da dor, apontando para a urgência de uma revisão curricular mais ampla (Chit et al., 2020). Esses dados reforçam a importância de inserir o ensino da dor de forma mais sistematizada e longitudinal nos cursos de medicina, alinhando a formação às necessidades reais da prática médica.

5.2.3 Necessidade de mais prática e vivência clínica

A ênfase dos estudantes na importância do aprendizado baseado em experiência está alinhada com o aumento da satisfação observado na 12ª etapa (a maioria considera o ensino satisfatório), indicando que a exposição prática no internato pode ser um fator determinante na percepção da qualidade do ensino.

Até chegar no internato, eu tinha pouco contato, até porque, na faculdade, a gente não tem esse tema muito abordado, né? Comecei a ter agora, no internato. (Estudante 5 - 10ª etapa).

Eu acho que o contato que eu tive mais próximo dos cuidados paliativos foi, com certeza, agora no internato. Porque a gente acaba tendo esse contato mais direto com os pacientes e, de fato, lidando com situações que exigem e pedem por esse tipo de conduta (Estudante 6 - 10ª etapa).

As falas refletem um cenário já identificado na literatura, que aponta uma ênfase predominante nos conteúdos conceituais e teóricos dos CP nos cursos de graduação em ciências da saúde, com baixa oferta de vivências clínicas estruturadas. Essa lacuna prática pode comprometer o desenvolvimento de competências essenciais para o cuidado integral e qualificado a pacientes em situações de fim de vida (Sánchez-Cárdenas et al., 2024).

Além disso, nos anos iniciais da graduação, fatores estruturais do currículo e características individuais dos estudantes, como conhecimento prévio e motivação, influenciam a aprendizagem. Tais elementos devem ser considerados na busca por estratégias que promovam maior articulação entre teoria e prática no ensino de CP (Gerlach et al., 2021).

Ainda que reconheçam a importância do tema, os estudantes frequentemente concluem sua formação sentindo-se pouco preparados para lidar com pacientes crônicos e em terminalidade. Isso se deve, em parte, à ausência de programas longitudinais e integrados que favoreçam o contato contínuo com situações clínicas reais. A literatura ressalta que, sem uma abordagem estruturada e com apoio institucional, o ensino permanece fragmentado e pontual, limitando a consolidação das habilidades necessárias à atuação profissional eficaz nessa área (Head et al., 2016).

5.2.4 Falta de preparo para comunicação de notícias difíceis

Os estudantes relatam que há pouco preparo para essa competência essencial, refletindo a insatisfação registrada nas fases iniciais, quando a formação ainda é predominantemente teórica e não há contato significativo com pacientes em CP.

É que eu acho que o que é mais difícil, assim, eu vejo na questão do médico em relação ao acompanhante e ao paciente, é essa parte da comunicação. Explicar o que está acontecendo com o doente (Estudante 2 - etapa 12º).

Foi uma vez só que me lembre, e nem foi uma prática muito intensa, foi mais teoria. Acho que talvez implementar uma prática de repetição mesmo, para não ser só numa situação de prova, porque é muito estressante (Estudante 5 - etapa 11º).

Existe o protocolo SPIKES, que aprendemos agora, mas talvez, se fosse aplicado de uma maneira dinâmica, com simulações realísticas, sairíamos um pouco mais preparados (Estudante 7 - etapa 9º).

As falas revelam uma carência de estratégias pedagógicas práticas que permitam aos estudantes desenvolver competências comunicacionais em situações delicadas. A predominância de conteúdos teóricos, somada à escassez de práticas estruturadas e repetitivas, tende a gerar insegurança e estresse nos momentos em que o profissional precisa comunicar notícias difíceis, como observou o Estudante 5.

Além disso, como apontado por Santos et al. (2025), desenvolver habilidades para a comunicação de notícias difíceis é fundamental para fortalecer o vínculo entre médico e paciente, contribuindo para maior motivação e confiança no tratamento. No entanto, a falta de ensino formal nessa área ainda é uma realidade em grande parte dos cursos de medicina.

A fala do Estudante 7 introduz uma importante ferramenta pedagógica – o protocolo SPIKES – como um recurso que pode aprimorar a preparação dos estudantes para situações desafiadoras. Quando utilizado de forma dinâmica, com simulações realísticas e *feedback* estruturado, o SPIKES pode tornar o aprendizado mais efetivo, promovendo a consolidação de habilidades comunicacionais.

O protocolo é composto por seis etapas que orientam a comunicação empática e ética de notícias difíceis: preparação do ambiente (Setting), avaliação da percepção do paciente (Perception), convite à informação (Invitation), transmissão do diagnóstico (Knowledge), acolhimento das emoções (Emotions) e planejamento conjunto dos próximos passos (Strategy and Summary). Conforme apontam Mastropierro e Greco (2011), trata-se de um modelo eficaz em situações como diagnósticos graves, transições para CP ou falhas terapêuticas, pois auxilia o profissional a lidar com as emoções dos pacientes e também com seus próprios sentimentos, como angústia ou culpa. A ausência desse tipo de preparo pode comprometer a clareza da informação transmitida, fragilizar o vínculo terapêutico e impactar negativamente a experiência do cuidado.

A integração precoce desses conteúdos, com base em metodologias ativas e experiências supervisionadas, mostra-se essencial para a construção de competências clínicas, comunicacionais e éticas nesse campo.

Dessa forma, torna-se evidente que o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, especialmente para a transmissão de notícias difíceis, requer mais do que conteúdos teóricos: demanda metodologias práticas, contínuas e humanizadas. A inclusão sistemática de estratégias como simulações realísticas, uso de protocolos como o SPIKES e *feedback* qualificado pode contribuir significativamente para a formação de profissionais mais preparados, sensíveis e confiantes diante de situações que exigem não apenas competência técnica, mas também escuta, empatia e acolhimento.

5.3 Conhecimento dos estudantes de medicina acerca da abordagem dos Cuidados Paliativos

A avaliação dos estudantes foi realizada por meio do questionário BPCCK, composto por duas seções: a primeira voltada à avaliação de conhecimentos sobre CP, contendo 23 questões em escala de Likert; e a segunda destinada à análise da autoconfiança dos estudantes no manejo desses temas, composta por 15 questões com respostas sim ou não.

Inicialmente analisamos a média, DP, mínimo e máximo do número de acertos em cada uma das etapas do curso. Entretanto, como pode-se observar na Tabela 6, na seção destinada à avaliação dos conhecimentos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na média de acertos entre as diferentes etapas do curso.

Tabela 6 - Distribuição dos acertos na sessão 1 do BPCCK de acordo com a etapa do curso

	Número de acertos
9ª etapa	
Média (DP)	14,08 (2,34)
Mínimo-máximo	10 a 19
10ª etapa	
Média (DP)	14,44 (2,50)
Mínimo-máximo	10 a 19
11ª etapa	
Média (DP)	14,08 (2,28)
Mínimo-máximo	10 a 19
12ª etapa	
Média (DP)	14,05 (1,93)
Mínimo-máximo	10 a 17
Teste de Kruskal-Wallis	0,95

Fonte: Elaborado pela autora.

Da mesma forma, a análise dos resultados por domínio específico também não evidenciou variações significativas. Os domínios avaliados foram: QD – quesitos sobre dor (7 questões); QCG – quesitos sobre conhecimentos gerais (8 questões); QCS – quesitos sobre controle de sintomas (2 questões); e QASM – quesitos sobre atenção ao processo de morrer (6 questões). Para ilustrar de forma mais clara os resultados obtidos, a Tabela 7 apresenta a distribuição dos acertos por domínio.

Tabela 7 - Distribuição dos acertos das questões do BPCCK nos 4 domínios avaliados

Domínio	N (%)
Conhecimentos Gerais	487 (56,4)
Dor	550 (72,8)
Controle de Sintomas	147 (68,1)
Atenção ao Processo de Morrer	362 (55,9)

Fonte: Elaborado pela autora.

Observou-se que os estudantes obtiveram melhor desempenho no domínio referente ao manejo da dor. Em contrapartida, a atenção ao processo de morrer configurou-se como o mais desafiador, enquanto os conhecimentos gerais apresentaram um desempenho intermediário.

Em outro contexto, um estudo realizado na Universidade de Ciências Médicas de Poznan, na Polônia, avaliou o conhecimento de 140 estudantes do quarto ano de Medicina sobre opióides após aulas de medicina paliativa. Os participantes demonstraram bom entendimento teórico, especialmente em relação aos mecanismos de ação dos medicamentos, mas apresentaram dificuldades quanto à disponibilidade e aspectos práticos de prescrição (Olczak et al., 2020).

A comparação entre os estudos revela que, embora o domínio do manejo da dor tenha se destacado positivamente em nosso contexto, é importante considerar que diferentes instrumentos podem abranger dimensões distintas do conhecimento. No estudo polonês, o foco recaiu sobre o conhecimento teórico de opioides específicos, ao passo que, em nosso estudo, o domínio avaliou aspectos mais amplos do manejo da dor. Essas diferenças reforçam a importância de abordagens educacionais integradas, que contemplem tanto os fundamentos teóricos quanto às competências práticas no ensino da medicina paliativa.

Marques et al. (2022), aplicaram o mesmo instrumento utilizado na presente pesquisa, o BPCCK, em estudantes de medicina sobre CP. Apesar dessa coincidência

metodológica, trata-se de um estudo de caráter quantitativo e exclusivamente descritivo, realizado com uma amostra de 73 estudantes em uma única instituição privada, distribuídos entre os 12 períodos do curso. Não foi conduzida nenhuma análise estatística inferencial, o que limita a comparabilidade dos resultados e a generalização das conclusões.

Ainda assim, é possível identificar convergências relevantes, sobretudo quando os dados são analisados à luz das categorias conceituais do BPCCK. Diferentemente do presente estudo, os autores do artigo não agruparam as questões por domínio, optando por comentar cada item individualmente. Essa distinção metodológica impõe certa cautela na comparação, mas permite observar tendências semelhantes no que se refere às lacunas formativas.

No que diz respeito ao conhecimento teórico, ambos os estudos apontaram maior familiaridade dos estudantes com temas relacionados à dor e à comunicação. No artigo, as questões que envolviam a possibilidade de combinar CP com terapias curativas, o uso de terapias não farmacológicas para controle da dor apresentaram altos índices de acerto, o que também se refletiu na presente pesquisa em que o domínio da dor (QD) obteve a maior média de acertos entre os quatro domínios analisados.

Por outro lado, em ambos os estudos, houve menor desempenho nas questões relacionadas à fase final da vida e à permanência com o paciente em seus últimos dias, aspectos contemplados no domínio quesitos sobre atenção ao processo de morrer da presente pesquisa, que obteve os piores escores médios.

Com o objetivo de investigar a possível associação entre o desempenho dos estudantes nos domínios de conhecimento do BPCCK e sua avaliação quanto ao ensino de CP recebido ao longo da graduação, foi realizada uma análise comparativa entre as médias de acertos nos quatro domínios da seção 1 do instrumento. A avaliação do ensino foi obtida por meio de uma pergunta objetiva incluída no questionário sociodemográfico aplicado aos participantes.

A Tabela 8, a seguir, apresenta as médias, os DP, os valores mínimos e máximos, bem como os valores de p obtidos pelo teste de Kruskal-Wallis, nos domínios QCG (conhecimentos gerais), QD (dor), QCS (controle de sintomas) e QASM (atenção ao processo de morrer), estratificados segundo a classificação dos estudantes: “satisfatório”, “insatisfatório” e “precisa melhorar”.

Tabela 8 - Relação entre a Avaliação dos Estudantes sobre a Qualidade do Ensino Cuidados Paliativos e seus escores nos domínios da seção 1 do BPCCK (N = 108)

Avaliação do Ensino de CP	Conhecimentos Gerais	Dor	Controle de Sintomas	Atenção sobre Morrer
1 - Satisfatório	N (%)	N (%)	N(%)	N(%)
Média (DP)	4,36 (1,38)	4,87(0,97)	1,31(0,60)	3,26 (0,94)
Mínimo-Máximo	1 a 7	3 a 7	0 a 2	1 a 5
2 - Insatisfatório				
Média (DP)	4,58 (1,24)	4,58(0,66)	1,25 (0,62)	3,08 (0,90)
Mínimo-Máximo	2 a 6	2 a 5	0 a 2	1 a 4
3 - Precisa Melhorar				
Média (DP)	4,85 (1,20)	4,87 (1.10)	1,4 (0,68)	3,4 (1,01)
Mínimo-Máximo	2 a 7	2 a 7	0 a 2	0 a 5
Teste de Kruskal-Wallis	0,09	0,60	0,48	0,43

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao comparar os escores médios dos domínios da seção 1 do BPCCK com a avaliação dos estudantes sobre o ensino de CP, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, conforme indicado pelos valores de p obtidos no teste de Kruskal-Wallis (QCG: $p = 0,09$; QD: $p = 0,60$; QCS: $p = 0,48$; QASM: $p = 0,43$).

Apesar da ausência de significância estatística, nota-se tendência a médias ligeiramente superiores no domínio dos Quesitos sobre Conhecimentos Gerais (QCG) entre os estudantes que consideraram o ensino como “precisa melhorar” em comparação com os que o avaliaram como “satisfatório” ou “insatisfatório”. Tais resultados sugerem que a percepção crítica sobre o ensino pode estar relacionada a um maior envolvimento com os conteúdos avaliados, embora sem impacto estatístico nos acertos.

Ao comparar os resultados das médias de acertos individuais (Tabela 8) com os percentuais totais de acertos por domínio (Tabela 7), nota-se uma discrepância importante em dois domínios específicos. O domínio “Dor” (QD) apresentou desempenho elevado e consistente em ambas as análises, configurando-se como o mais bem pontuado. Já o domínio “Controle de Sintomas” (QCS), embora tenha apresentado o segundo maior percentual total de acertos (68,1%), registrou as menores médias individuais entre os grupos avaliados. Por outro lado, o domínio “Conhecimentos Gerais” (QCG), com médias individuais elevadas, teve um percentual global mais baixo (56,4%).

Uma possível explicação para tais discrepâncias reside na estrutura do próprio instrumento BPCCK, uma vez que os domínios não possuem o mesmo número de questões.

Essa assimetria pode impactar tanto as médias individuais (em que o desempenho de cada estudante é calculado proporcionalmente) quanto os percentuais totais agregados (em que cada questão tem peso igual dentro de seu domínio). Domínios com menor número de questões tendem a exibir maior variabilidade nos percentuais, enquanto aqueles com maior número podem suavizar variações individuais.

Compreender essas diferenças metodológicas é fundamental para interpretar os dados de forma crítica, levando em consideração tanto os limites estatísticos quanto às implicações pedagógicas dos achados.

Esses achados quantitativos, embora relevantes, não captam integralmente a complexidade do processo de aprendizagem em CP. Noguera, Robledano e Garralda (2018) destacam que o ensino nessa área contribui para moldar o desenvolvimento profissional dos estudantes de medicina, promovendo mudanças que vão além do conhecimento técnico. Segundo os autores, esse processo envolve transformações subjetivas, relacionais e éticas, como o fortalecimento da empatia, do respeito, da autoconsciência e do compromisso com o cuidado integral. Tais dimensões dificilmente se expressam por meio de indicadores objetivos, pois dizem respeito à forma como o futuro profissional se relaciona com os pacientes, as famílias e consigo mesmo diante da finitude.

Por isso, a análise qualitativa das falas dos estudantes contribui de forma essencial para contextualizar e aprofundar a compreensão dos resultados. Ao explorar suas percepções e experiências, torna-se evidente que as dificuldades de compreensão conceitual identificadas nos domínios com menor desempenho também se refletem em falas que revelam interpretações equivocadas ou limitadas sobre os CP. A seguir, discutem-se essas percepções conforme o aprendizado dos estudantes em CP durante a graduação.

A análise qualitativa das falas dos estudantes revela variações na compreensão do conceito de CP ao longo do curso de medicina. Enquanto alguns demonstram conhecimento adequado, outros apresentam concepções equivocadas ou limitadas, especialmente nos períodos iniciais da formação.

Os relatos demonstram uma evolução no entendimento dos CP ao longo da formação acadêmica. Os alunos das fases iniciais do curso, especialmente antes do internato, apresentam um conhecimento mais superficial e fragmentado sobre o conceito e a aplicação dos CP. Já os estudantes em estágios mais avançados, com maior vivência clínica, mostram um entendimento mais aprofundado e contextualizado.

Muitos estudantes não tinham conhecimento prévio sobre CP antes do curso de medicina, e aqueles que já haviam ouvido falar frequentemente associavam CP

exclusivamente como tratamento para pacientes terminais. Alguns alunos relataram que acreditavam que CP significava cessar todos os tratamentos ativos, reforçando a ideia equivocada de que representa uma forma de "desistência" da assistência médica.

Antes de saber um pouco mais, eu pensava... na verdade, eu tinha esse pensamento também: 'Ah, cuidados paliativos são para a pessoa mais idosa, sei lá, pegou uma pneumonia, então vamos fazer um paliativo nela.' Mas nem sempre. Porque, às vezes, a pneumonia... o paciente com 100 anos pode melhorar, né? (Estudante 5 - etapa 11º)

Que ele tenha uma qualidade de vida, assim, relativamente boa no "finalmente", porque a medicina não alcançou para conseguir dar uma sobrevida (Estudante 8 - etapa 9º).

No internato, eu tive contato com a Dra. Natália, que é especialista em cuidados paliativos. Foi quando realmente comecei a entender melhor. Antes, eu achava que CP era só para pacientes terminais (Estudante 7 - etapa 9º).

No estudo conduzido por Inam et al. (2025), observou-se que 45% dos estudantes de medicina participantes possuíam conhecimento sobre CP, enquanto 55% declararam desconhecer esse campo. Esses dados revelam uma importante lacuna na formação médica, indicando que mais da metade dos alunos ainda não compreende conceitos fundamentais relacionados ao cuidado de pacientes em condição terminal.

Com o avanço no curso e o contato com disciplinas relacionadas, os estudantes começam a expandir seu entendimento sobre CP, reconhecendo que não se restringem ao fim da vida, mas podem ser aplicados desde o diagnóstico de doenças graves que ameaçam a vida.

Eu acho que o cuidado paliativo é único para cada paciente. Eu acho que você envolve a religião, envolve a família, envolve o indivíduo. Eu vi esses dias, a Ana Claudia Quintana falando que o indivíduo nasce daquele jeito, vive daquele jeito, então por que não morrer daquele jeito que ele é, né? Então, acho que o paliativo vai muito nisso, sobre como a pessoa deve escolher a sua morte (Estudante 1- etapa 12º).

É quando a gente não tem mais uma proposta curativa para aquele doente. A gente vai tentar diminuir a dor, vai tentar diminuir a sintomatologia, mas não necessariamente vai tratar e erradicar a doença de base dele, por exemplo, um câncer (Estudante 2 - etapa 12º).

Entretanto, alguns alunos de etapas mais iniciais do internato, tiveram êxito ao conceituar CP demonstrando conhecimento adequado.

Eu penso que o conceito de cuidado paliativo não é abrir mão do tratamento. Até porque podemos tratar esse paciente, vamos tratar esse paciente, vamos administrar medicações buscando a resolutividade daquele problema, daquela doença, mas dentro de um limite mais humano, dentro da essência da medicina. Porque vamos evitar condutas mais agressivas, mais invasivas (Estudante 6- etapa 10º).

O cuidado paliativo, para mim, é um cuidado integral e longitudinal, mas sem medidas mirabolantes, mantendo o paciente em um estado de conforto (Estudante 7 - etapa 9º).

Apesar da evolução do conhecimento, ainda há lacunas e inseguranças na compreensão do conceito de CP, mesmo entre estudantes que já estão no internato. Alguns alunos ainda demonstram dificuldade em diferenciar CP de condutas voltadas exclusivamente para o fim da vida, como a suspensão de tratamentos invasivos. Isso reflete uma compreensão limitada da abordagem paliativa, que deve ser iniciada precocemente e integrada ao cuidado, independentemente da fase da doença. Há incerteza sobre quais pacientes devem receber CP e em que momento da doença essa abordagem deve ser iniciada.

Eu acho que o maior desafio, assim, é lidar com a minha angústia. A minha angústia de tipo: [...] será que tem mais alguma coisa que eu posso fazer para esse paciente? Será que realmente ele não tem cura? Será que realmente eu preciso paliativar ele? (Estudante 2 - etapa 12º).

Além disso, 66,9% dos estudantes consideraram os CP necessários para pacientes com doenças crônicas. No entanto, uma parcela expressiva (83,9%) demonstrou incerteza quanto ao momento apropriado para iniciar esse tipo de cuidado, especialmente no diagnóstico de enfermidades ameaçadoras à vida (Inam et al., 2025).

Na região do Oriente Médio, um estudo conduzido por Ibrahim et al. (2022) com 183 estudantes de Medicina revelou que mais da metade dos participantes não havia recebido qualquer educação formal em CP. Temas como controle da dor e tratamento de sintomas foram abordados de forma pontual, e apenas 13% dos estudantes participaram de rotações clínicas em CP. A maioria relatou desconforto ao cuidar de pacientes em fase terminal e suas famílias, embora 95% reconhecessem a importância de receber esse tipo de formação.

A compreensão sobre dor também evolui ao longo do curso, mas há evidências da necessidade de otimização do conhecimento sobre o assunto em todas as etapas.

Durante o internato, os estudantes começam a perceber que o manejo da dor não se resume à analgesia imediata, mas envolve um entendimento mais amplo sobre o impacto da dor crônica e seus tratamentos.

Muitos estudantes relatam que há tabus e receios quanto ao uso de opióides, e que aprenderam a prescrevê-los apenas nos últimos períodos do curso. O medo da dependência de opióides e a falta de experiência no manejo desses medicamentos são barreiras para a segurança dos estudantes.

No sexto ano, tivemos uma aula sobre dor e CP com a Dra. (XX), e foi quando eu realmente comecei a me sentir mais segura para prescrever opióides. Antes, eu ficava muito ansiosa, com medo de prescrever morfina (Estudante 2 - etapa 12º).

Porque identificar dor é uma coisa, isso a gente aprendeu muito bem, mas conduzir tecnicamente não (Estudante 3 - etapa 11º).

Dor é quando ela realmente começa a limitar as tuas atividades, os teus prazeres diários, né? Na verdade, você se torna dor. Não é só que você tem a dor. E a gente não entende também a dor do outro. Eu acho que esse é um problema ainda de todo mundo. A gente quer comparar a dor do outro com a nossa dor (Estudante 3- etapa 11º).

Sabemos tratar a doença e sabemos que, para resolver aquela doença, utilizamos determinado medicamento. Só que, quando falamos da dor, que é algo mais subjetivo e único para cada pessoa, não adianta termos apenas um protocolo na mão, porque talvez ele não resolva, não é? (Estudante 6 - etapa 10º)

Com base nos relatos dos estudantes, fica evidente que há um tabu significativo em relação ao uso de opioides, refletindo tanto a falta de conhecimento sobre seu manejo adequado quanto o receio de prescrição devido aos riscos associados.

O pessoal tem medo do cuidado paliativo em si, tem medo das drogas, como a morfina, por exemplo, que é um tabu e parece gigantesco (Estudante 1- etapa 12º)

Medo de prescrever, achava que todo mundo iria se viciar e ficava assim: “Meu Deus, não vou prescrever (Estudante 2 - etapa 12º)

Na minha vivência com o cuidado paliativo, todas as vezes a morfina foi o último passo. Tipo assim: “É, vamos ligar, vamos dar conforto. “Foi, tipo, nos momentos finais da vida, sabe? (Estudante 4- etapa 11º).

E também, agora, acho que aprendi a ver se o paciente está mentindo e lidar um pouquinho com isso. Se ele só quer o remédio por conta de abstinência, às vezes é viciado. Tem paciente que só quer morfina porque gosta da sensação da morfina (Estudante 8 - etapa 9º).

Um estudo realizado por Dalpai et al. (2017), com estudantes de Medicina no Brasil, identificou importantes lacunas no ensino sobre dor e CP. A maioria dos participantes relatou não ter recebido informações suficientes durante a graduação sobre o manejo adequado da dor e o cuidado de pacientes em situação terminal. Os autores destacam que essa deficiência compromete a aplicação prática do conhecimento teórico, gerando insegurança especialmente no uso de opióides para controle da dor.

Outro estudo, realizado com estudantes de Medicina da Universidade de Taubaté (SP), identificou que uma parcela expressiva dos acadêmicos apresentava dificuldade em compreender a fisiopatologia da dor e sua relação com a prescrição de medicamentos analgésicos. Além disso, todos os participantes reconheceram a necessidade de aprofundar seus conhecimentos sobre o tratamento da dor (Jacob et al., 2023).

No presente estudo, mesmo com o desempenho relativamente superior no domínio “Dor” (QD) na etapa quantitativa deste estudo — o qual apresentou os melhores índices de

acertos entre os quatro domínios avaliados pelo instrumento BPCCK, sugerindo um ensino mais estruturado —, ainda persistem deficiências relevantes na formação dos estudantes no que tange ao manejo clínico da dor e ao controle de sintomas. Muitos demonstraram insegurança na prescrição de opioides, sobretudo os transdérmicos, e dificuldades para compreender a relação entre dor e fatores emocionais. Tais fragilidades foram reforçadas pela análise qualitativa, que evidenciou o receio quanto ao potencial de dependência química dos pacientes, além da percepção da ausência de ensino prático sobre analgesia durante a graduação.

Os resultados deste estudo convergem com os achados de Sousa e Roriz (2021), que revelou significativa fragilidade na formação em dor com 87% dos estudantes não conseguindo distinguir entre dor nociceptiva e neuropática e 73% sem preparo adequado para seu manejo.

Embora os dados quantitativos indiquem melhor domínio conceitual, a análise qualitativa evidencia insegurança prática no manejo da dor, ausência de disciplinas específicas e dificuldades na prescrição de opióides. Esse descompasso reforça a necessidade de uma formação mais integrada, capaz de articular conhecimentos teóricos e experiências clínicas no processo de ensino-aprendizagem.

A análise qualitativa das falas revelou ainda, percepções ambíguas por parte dos estudantes no que se refere à sua capacidade de lidar com o processo de morrer no contexto da prática clínica. Embora alguns relatem possuir sensibilidade e empatia, e mesmo se considerem aptos a manejar emocionalmente situações de terminalidade, essas manifestações são, em geral, acompanhadas de reconhecimentos explícitos quanto à limitação de sua formação e à insegurança em assumir condutas assistenciais de forma autônoma. Essa ambivalência evidencia um cenário formativo ainda incipiente, em que as competências afetivas e relacionais não foram suficientemente consolidadas, tampouco articuladas a um conhecimento técnico-prático robusto.

Os discursos evidenciam uma lacuna entre o saber teórico e o enfrentamento real de situações clínicas que envolvem a finitude da vida. Muitos estudantes referem ausência de experiências concretas relacionadas à morte de pacientes, o que dificulta a construção de um repertório assistencial seguro. Ainda que reconheçam a importância de atitudes como a empatia, a escuta e o acolhimento, essas habilidades são mencionadas de forma intuitiva, não necessariamente fundamentadas em estratégias pedagógicas estruturadas durante o curso de graduação. Soma-se a isso a dificuldade relatada em estabelecer uma comunicação clara e

direta com pacientes e familiares, especialmente no que tange à explicitação do prognóstico e à limitação de medidas terapêuticas.

Eu entendo o que tem que ser feito, mas, assim, eu não sei como eu reagiria à situação, entendeu? Não sei se eu me emocionaria junto com a família ou se não. Na minha visão, eu acho que isso é demonstrar empatia, né? (Estudante 4 - 11º etapa).

Se eu juntar todas as coisas que aprendi aqui, na UTI, com o pessoal da medicina de família, talvez eu consiga conduzir um pouco esse caso. Não vou dizer que conduziria sozinho, porque acho que, sozinho, eu me sentiria inseguro para fazer isso. O paciente que está em cuidados proporcionais, de final de vida, é um paciente que vai precisar de determinadas medidas que, como aluno, eu não tenho segurança para manusear (Estudante 7 - 9º etapa).

Apesar de eu não ter tido muito contato, eu me sinto capacitado, sinto que consigo dividir a parte técnica da parte emocional, eu acho que eu consigo ter essa sensibilidade que eu acho que esse é o ponto também, né? (Estudante 3 - 11º etapa).

Até hoje, eu não tive muitas experiências assim, né? De, por exemplo, lidar com morte ou algo do tipo. Mas, ao longo do tempo, conforme vamos atendendo vários pacientes, temos que dar alguns diagnósticos e conversar sobre isso. O que eu fiz até hoje, eu acho que me saí bem. (Estudante 5 - 10º etapa).

Sousa e Roriz (2021), cujo estudo segue a abordagem quantitativa, identificaram que 86% dos participantes se consideravam aptos a lidar com a comunicação de notícias difíceis. No entanto, os dados qualitativos do presente estudo evidenciaram fragilidades relevantes nessa competência, uma vez que os estudantes relataram sentimentos de insegurança e despreparo diante de situações que exigem sensibilidade e habilidade para comunicar diagnósticos graves ou o agravamento de quadros clínicos. Essa discrepância pode ser explicada pelo fato de que a metodologia quantitativa tende a captar percepções autodeclaradas, que nem sempre correspondem às vivências reais dos estudantes. Em contraste, a análise qualitativa aqui realizada possibilitou acessar dimensões subjetivas, emocionais, éticas e relacionais que frequentemente permanecem invisíveis em instrumentos objetivos, ressaltando a importância das abordagens qualitativas associadas às quantitativas para uma compreensão mais integral da formação médica em CP.

De todo modo, os achados reforçam a urgência de incluir, na formação médica, práticas pedagógicas específicas voltadas ao desenvolvimento da comunicação empática e eficaz, com ênfase nas situações delicadas que permeiam o CP.

Apesar das nuances individuais nas falas, o que emerge do conjunto dos depoimentos é um sentimento predominante de insegurança ou preparo insuficiente para lidar com situações de fim de vida, particularmente no que se refere à assistência ao morrer. A triangulação com os resultados quantitativos mostra-se, assim, coerente e complementar: no domínio referente à Atenção sobre Morrer (QASM) no BPCK, os estudantes demonstraram

baixo grau de segurança para conduzir pacientes em terminalidade, percepção que também aparece, com variações de intensidade e foco, nos relatos qualitativos.

A análise integrada dos dados quantitativos e qualitativos evidencia convergências e divergências tanto em relação à literatura quanto dentro do próprio estudo, nas diferentes dimensões avaliadas. De um lado, confirmam-se achados já descritos sobre os CP, a atenção ao processo de morrer e o controle de sintomas; de outro, surgem discrepâncias que revelam percepções heterogêneas entre os estudantes. Observa-se que a progressão no curso favorece a ampliação do conhecimento, mas persistem lacunas formativas que limitam uma compreensão plena e uniforme do tema.

Os dados não foram significativos quando avaliaram a evolução no conhecimento em CP ao longo do curso, quando observados os escores do BPCCK. Os relatos qualitativos enfatizam que a abordagem dos CP ocorre tardiamente e de forma superficial, o que pode explicar por que, mesmo com avanço nas etapas do curso, a percepção de preparo para atuar na área ainda é deficiente. Todavia, os estudantes das etapas finais relataram, durante as entrevistas semi estruturadas maior segurança e aprofundamento no tema. Muitos mencionaram que só compreenderam verdadeiramente os CP no internato, reforçando a importância da experiência prática no aprendizado.

Esses achados convergem de forma expressiva com os resultados obtidos por Nobre et al. (2024), que aplicaram um instrumento traduzido para o Português, o *Palliative Care Knowledge Test*, em 320 estudantes de Medicina e identificaram que, mesmo entre estudantes do 11º período, os quais já haviam concluído a carga teórica do curso, os conhecimentos sobre CP permaneciam insatisfatórios ou apenas aceitáveis. A média de acertos encontrada por eles em domínios fundamentais, como dor (53,7%), comunicação (70,3%) e problemas psiquiátricos (51,3%), revela que a formação permanece fragmentada e com lacunas importantes, mesmo nos períodos finais.

Um ponto de divergência entre os dados quantitativos e qualitativos refere-se ao conhecimento teórico em contraste com sua aplicação prática. O elevado índice de acertos nos domínios “Dor” e “Conhecimento Geral” sugere que os estudantes assimilam adequadamente os princípios dos Cuidados Paliativos. Entretanto, os relatos qualitativos revelam insegurança na transposição desse conhecimento para a prática clínica, indicando que a teoria, isoladamente, não os prepara para lidar com situações reais. Essa constatação reforça a necessidade de estratégias pedagógicas inovadoras, ou mesmo do aperfeiçoamento das práticas já implementadas, de modo a garantir que o aprendizado teórico seja efetivamente convertido em competência prática.

5.4 Autoconfiança dos estudantes de medicina em relação aos Cuidados Paliativos

A literatura reconhece que, embora relacionados, os conceitos de autoconfiança e competência são distintos. O aumento da experiência clínica e da exposição prática tende a se correlacionar positivamente com a confiança dos estudantes para realizar determinadas tarefas, mas esse crescimento não necessariamente se traduz em maior competência objetiva, conforme mensurada por avaliações formais (Wells et al., 2021).

Além disso, uma percepção de falta de confiança pode impactar negativamente o desempenho clínico, mesmo quando o estudante detém conhecimento ou habilidades técnicas suficientes. A relação entre esses conceitos é complexa, uma vez que a literatura demonstra que um indivíduo pode sentir-se confiante sem ser plenamente competente, e o inverso também pode ocorrer. Esse aspecto é particularmente relevante em CP, nos quais fatores emocionais e experiência prévia influenciam de forma expressiva a autopercepção de segurança profissional.

A autoconfiança dos estudantes de medicina no manejo dos CP foi avaliada por meio da Seção 2 do instrumento BPCCK, em sua versão validada para o português, conforme mencionado anteriormente. Essa seção é composta por 15 itens que investigam a percepção de competência do estudante em ações essenciais relacionadas ao cuidado de pacientes com doenças graves e ameaçadoras da vida.

Cada item do instrumento apresenta quatro alternativas de resposta: "correto", "razoavelmente correto", "pouco correto" e "incorreto". Para fins de análise, as respostas "correto" e "razoavelmente correto" foram agrupadas como acertos. A partir dessa categorização, realizou-se uma análise descritiva da frequência de acertos por etapa do curso, conforme apresentado na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição da frequência de acertos na Seção 2 (Autoconfiança) do BPCCK segundo as etapas do curso de Medicina

Etapa	N	%
9º	38	38,42
10º	25	63,96
11º	24	56,21
12º	21	70,38

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se uma tendência geral de incremento da autoconfiança ao longo da graduação, evidenciada pelo aumento progressivo da proporção de acertos, que variou de 38,4% na 9ª etapa para 70,3% na 12ª etapa. Esse crescimento sugere que a experiência clínica adquirida durante os anos avançados do curso contribui para uma percepção de maior competência no cuidado de pacientes em CP.

Entretanto, nota-se uma pequena redução na 11ª etapa (56,2%) em relação à 10ª etapa (64,0%), indicando que a progressão da autoconfiança não ocorre de forma linear. Essa oscilação pode refletir diferenças individuais de exposição clínica, maturidade emocional ou oportunidades de aprendizado prático, especialmente considerando que a consolidação da autoconfiança exige não apenas conhecimento teórico, mas também experiências supervisionadas e reflexão sobre situações complexas de fim de vida.

De modo geral, a tendência crescente entre a 9ª e a 12ª etapa corrobora a hipótese de que o avanço na formação médica favorece o desenvolvimento da autoconfiança, embora persistam lacunas e heterogeneidades entre os estudantes, reforçando a necessidade de estratégias curriculares estruturadas e longitudinais para o ensino de CP.

Em consonância parcial com esses achados, Leung e Wong (2021), em estudo transversal conduzido entre julho e outubro de 2020 em Hong Kong, com 303 estudantes de duas escolas médicas *CUHK* e *HKU*, identificaram que 59,4% dos participantes eram “não confiantes”, com média geral de 26,5 pontos em uma escala de 0 a 50.

Nesse estudo, a autoconfiança apresentou associação positiva com maior conhecimento teórico ($p = 0,011$) e atitudes favoráveis em CP ($p = 0,003$), e associação negativa com experiências pessoais de morte de familiares ou amigos ($p = 0,024$), enquanto a exposição clínica isolada não demonstrou impacto significativo ($p = 0,186$). Tais evidências reforçam que a consolidação da autoconfiança em CP exige mais do que o acúmulo de conhecimento, sendo necessário articular teoria, prática supervisionada e reflexão emocional, de modo a transformar vivências potencialmente ansiogênicas em experiências formativas.

Além da análise de frequência, a Tabela 10, a seguir, apresenta os valores de média, DP, mínimo e máximo de acertos por etapa.

Tabela 10 - Médias, Desvio-Padrão (DP) e valores de p (teste de Kruskal-Wallis) na Seção 2 do BPCCK (Autoconfiança) segundo a Etapa do Curso de Medicina

Autoconfiança	
9ª etapa	
Média (DP)	8,57 (3,83)
Mínimo-máximo	2 a 15
10ª etapa	
Média (DP)	11,92 (2,97)
Mínimo-máximo	4 a 15
11ª etapa	
Média (DP)	10,58 (4,50)
Mínimo-máximo	1 a 15
12ª etapa	
Média (DP)	12,61 (2,47)
Mínimo-máximo	7 a 15
Teste de Kruskal-Wallis	<0,001

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao comparar os resultados deste estudo com evidências internacionais, observa-se um comportamento distinto da autoconfiança ao longo da formação médica. Na presente pesquisa, a Tabela 10 demonstra que as médias de acertos na Seção 2 do BPCCK aumentaram progressivamente conforme a etapa do curso, com diferença estatisticamente significativa pelo teste de Kruskal-Wallis ($p < 0,001$). Esse padrão sugere que a autoconfiança tende a crescer com o avanço da formação, embora ainda exista heterogeneidade relevante nas etapas iniciais e intermediárias, evidenciada pelos desvios-padrão mais elevados na 9ª (DP = 3,83) e 11ª etapa (DP = 4,50).

Em contraste, o estudo de Thenpandiyan et al. (2025), conduzido na Yong Loo Lin School of Medicine (Singapura) com 219 estudantes dos anos clínicos (3º ao 5º ano), encontrou escores médios de autoconfiança semelhantes entre os períodos (3º ano: 46,3; 4º ano: 45,9; 5º ano: 44,9), sem tendência de aumento progressivo. Esses achados sugerem que, em contextos internacionais, a progressão curricular isolada nem sempre resulta em maior segurança no manejo de pacientes em CP, reforçando que a autoconfiança depende não apenas do tempo de formação, mas da qualidade e da estrutura das experiências práticas e supervisão clínica (Thenpandiyan et al., 2025).

Entretanto no estudo Souza et al. (2022), realizado no Brasil, observou-se que, embora uma parte considerável dos estudantes se considerasse capaz de desenvolver empatia com pacientes em CP nos diferentes âmbitos da vida e relações familiares, houve divergências significativas na autoavaliação, sem unanimidade em nenhum dos itens. Mesmo com uma

grade curricular que contempla habilidades em comunicação nos dois primeiros anos do curso, voltadas ao desenvolvimento interpessoal e à humanização da relação médico-paciente, muitos acadêmicos não se sentiam confiantes na comunicação com pacientes em CP. O ensino estruturado de CP na instituição analisada ocorria apenas no quarto período, por meio das disciplinas de Comunicação e Medicina de Família e Comunidade, e era reforçado apenas no décimo semestre com rodízio específico, o que limitava a exposição longitudinal e o contato prático continuado com pacientes em fim de vida.

Ao comparar com os achados do presente estudo (Tabela 10), nota-se que o padrão de autoconfiança apresenta comportamento semelhante, com maior segurança em itens relacionados à empatia e insegurança persistente em habilidades comunicacionais complexas, como o manejo de familiares ansiosos e a comunicação com pacientes que expressam desejo de antecipar a morte. Além disso, a variação na autoconfiança entre as diferentes etapas do curso parece refletir diferenças na exposição prática e na maturidade emocional reforçando que a progressão curricular isolada e fragmentada não garante o desenvolvimento pleno da autoconfiança, principalmente em competências psicossociais.

A seguir, foi realizada a análise dos acertos em cada uma das questões da sessão 2 do BPCCK estratificados pelas 4 etapas do curso, como demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição da frequência de acertos na Seção 2 (Autoconfiança) do BPCCK segundo as etapas do curso de Medicina (N e %) e teste de Qui-quadrado
(Continua)

N (%)					Qui-quadrado
	9º	10º	11º	12º	
Q1 - Penso que sou capaz de: Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP					
Erro	7 (18,4)	2 (8,0)	6 (25,0)	3 (14,3)	0,44
Acerto	31 (81,6)	23 (92,0)	18 (75,0)	18 (85,7)	
Q2 - Penso que sou capaz de :Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas					
Erro	9 (23,7)	1 (4,0)	8 (33,3)	1 (4,8)	0,01*
Acerto	29 (76,3)	24 (96,0)	16 (66,7)	20 (95,2)	
Q3 - Penso que sou capaz de: Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde					
Erro	16 (42,1)	2 (8,0)	7 (29,2)	1 (4,8)	0,00*
Acerto	22 (57,9)	23 (92,0)	17 (70,8)	20 (95,2)	

Tabela 11 - Distribuição da frequência de acertos na Seção 2 (Autoconfiança) do BPCCK segundo as etapas do curso de Medicina (N e %) e teste de Qui-quadrado

(Continua)

N (%)					Qui-quadrado
	9º	10º	11º	12º	
Q4 - Penso que sou capaz de: Convencer outros médicos sobre a necessidade de apoio de CP					
Erro	13 (34,2)	6 (24,0)	6 (25,0)	1 (4,8)	0,09
Acerto	25 (65,8)	19 (76,0)	18 (75,0)	20 (95,2)	
Q5 - Penso que sou capaz de : Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP					
Erro	13 (34,2)	4 (16,0)	7 (29,2)	1 (4,8)	0,05
Acerto	25 (65,8)	21 (84,0)	17 (70,8)	20 (95,2)	
Q6 - Penso que sou capaz de:Organizar o contacto com um serviço de CP					
Erro	24 (63,2)	7 (28,0)	9 (37,5)	3 (14,3)	0,00*
Acerto	14 (36,8)	18 (72,0)	15 (62,5)	18 (85,7)	
Q7 - Penso que sou capaz de:Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros					
Erro	22 (57,9)	6 (24,0)	8 (33,3)	4 (19,0)	0,01*
Acerto	16 (42,1)	19 (76,0)	16 (66,)	17 (81,0)	
Q8 - Penso que sou capaz de:identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada					
Erro	19 (50,0)	6 (24,0)	9 (37,5)	5 (23,8)	0,10
Acerto	19 (50,0)	19 (76,0)	15 (62,5)	16 (76,2)	
Q9 - Penso que sou capaz de : Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP					
Erro	17 (44,7)	10 (40,0)	8 (33,3)	4 (19,0)	0,25
Acerto	21 (55,3)	15 (60,0)	16 (66,7)	17 (81,0)	
Q10 - Penso que sou capaz de: Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte:					
Erro	29 (76,3)	9 (36,0)	14 (58,3)	10 (47,6)	0,01*
Acerto	9 (23,7)	9 (64,0)	10 (41,7)	11 (52,4)	
Q11 - Penso que sou capaz de: Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida:					
Erro	22 (57,9)	6 (24,0)	7 (29,2)	6 (28,6)	0,02
Acerto	16 (42,1)	19 (76,0)	17 (70,8)	15 (71,4)	
Q12 - Penso que sou capaz de : Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos:					
Erro	15 (39,5)	6 (24,0)	3 (12,5)	1 (4,8)	0,01*
Acerto	23 (60,5)	19 (76,0)	21 (87,5)	20 (95,2)	

Tabela 11 - Distribuição da frequência de acertos na Seção 2 (Autoconfiança) do BPCCK segundo as etapas do curso de Medicina (N e %) e teste de Qui-quadrado (Conclusão)

N (%)					Qui-quadrado
	9º	10º	11º	12º	
Q13 - Penso que sou capaz de : Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP					
Erro	13 (34,2)	5 (20,0)	5 (20,8)	3 (14,3)	0,31
Acerto	25 (65,8)	20 (80,0)	19 (79,2)	18 (85,7)	
Q14 - Penso que sou capaz de: Integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida					
Erro	19 (50,0)	5 (20,0)	6 (25,0)	7 (33,3)	0,06
Acerto	19 (50,0)	20 (80,0)	18 (75,0)	14 (66,7)	
Q15 - Penso que sou capaz de: Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir					
Erro	6 (15,8)	2 (8,0)	3 (12,5)	0 (0,0)	0,27
Acerto	32 (84,2)	23 (92,0)	21 (87,5)	21 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise por questão (Tabela 11) permitiu identificar três grandes grupos de competências com padrões distintos de desempenho. A primeira categoria, relacionada à avaliação de sintomas e à empatia, demonstrou elevados índices de acerto, especialmente nas questões sobre avaliação da dor (Q1), orientação sobre náuseas (Q2) e criação de empatia com o paciente (Q15). Esses resultados podem refletir a valorização crescente dessas habilidades durante os estágios clínicos e nas práticas assistenciais mais próximas do paciente.

Em contraste, competências relacionadas à comunicação em situações complexas apresentaram maior fragilidade. Itens como identificação de problemas sociais (Q5), atuação diante de necessidades complexas no fim da vida (Q8) e comunicação com familiares ansiosos (Q7) demonstraram taxas de acerto mais baixas, especialmente nas etapas iniciais. Isso sugere dificuldades persistentes na abordagem dos aspectos psicossociais do cuidado, apontando para lacunas formativas que ultrapassam o domínio técnico.

A terceira área crítica envolve habilidades comunicacionais delicadas e aspectos organizacionais do cuidado. A questão Q10, referente à comunicação com pacientes que manifestam o desejo de antecipar a morte, foi a que apresentou o menor percentual de acertos em todas as etapas. Similarmente, a Q6, que trata da articulação com serviços especializados

de CP, também apresentou baixo desempenho. Tais achados indicam insegurança importante diante de situações complexas e sensíveis, mesmo entre os estudantes mais avançados, reforçando a necessidade de maior ênfase nesse conteúdo ao longo da formação acadêmica.

Curiosamente, os estudantes demonstraram maior acerto em aspectos relacionados à empatia, mas menor desempenho em comunicação direta com pacientes e familiares. Essa discrepância pode indicar que, embora compreendam o sofrimento do outro, ainda carecem de segurança e preparo técnico para lidar com situações complexas de comunicação no contexto dos CP.

Notam-se desempenhos superiores e mais homogêneos na 12ª etapa, com destaque para os itens relacionados à empatia, avaliação da dor e orientação sobre sintomas. Por outro lado, a 9ª etapa apresenta menor acurácia e maior oscilação entre os temas.

Para avaliar se as diferenças observadas entre as etapas do curso foram estatisticamente relevantes, utilizou-se os seguintes testes estatísticos: Qui-quadrado de Pearson para identificar se há associação entre a etapa do curso e a autoconfiança dos alunos. As principais diferenças foram observadas em aspectos como comunicação sobre serviços de CP, organização do contato com serviços especializados, orientação sobre alívio de náuseas, abordagem da antecipação da morte, prestação de cuidados orais e explicação dos efeitos colaterais de medicamentos. Esses resultados sugerem que, ao longo da formação, os estudantes se tornam mais confiantes em aspectos técnicos e comunicacionais dos CP, embora os desafios permaneçam em temas mais subjetivos e psicossociais.

No estudo de Marques et al., já citado anteriormente, e que apesar das diferenças metodológicas e amostrais, utilizou o mesmo instrumento qualitativo, os estudantes mostram-se confiantes para lidar com sintomas físicos e aspectos básicos de empatia e comunicação, mas revelam insegurança significativa nas dimensões mais complexas e subjetivas do CP, como planejamento individualizado, comunicação de notícias difíceis e espiritualidade, dados apresentam convergência com o presente estudo.

Outro estudo nacional, embora tenha utilizado um instrumento distinto, validado na Colômbia, apresentou resultados semelhantes aos encontrados nesta dissertação, todavia, os próprios autores reconhecem que o instrumento pode não refletir integralmente as especificidades da realidade brasileira (Sousa; Moura; Santos, 2023). Em relação à autopercepção do conhecimento sobre o manejo da dor e de outros sintomas, foi observada uma tendência crescente de confiança ao longo dos períodos do curso, ainda que sem significância estatística.

No entanto, mais de 70% dos estudantes relataram não ter recebido informações suficientes sobre esses temas durante a graduação, indicando lacunas persistentes na formação. Em contraste, a autoavaliação sobre técnicas de comunicação e postura médica para dar notícias difíceis obteve índices mais elevados de respostas positivas em todos os períodos, com média total próxima de 50%.

Tais dados sugerem que os estudantes demonstram maior segurança na comunicação em situações difíceis do que na abordagem prática do manejo da dor e de outros sintomas, percepção que, embora não se reflita nos dados quantitativos deste estudo, encontra respaldo consistente na análise qualitativa das entrevistas realizadas.

Em estudo transversal quantitativo realizado na Holanda, Pieters et al. (2019) investigaram a autoconfiança e o conhecimento em CP entre 222 estudantes do último ano de quatro cursos de Medicina, com taxa de resposta de 38%. A idade média dos participantes era de 24,9 anos (DP = 1,79), e a maioria era composta por mulheres (72,1%). A coleta de dados ocorreu por questionário *online*, no qual os níveis de autoconfiança auto-relatada foram classificados em duas categorias: “(bastante) confiante” (pontuações 1–2) e “(bastante) não confiante” (pontuações 3–4).

Os resultados evidenciaram que 59,6% dos estudantes não se sentiam confiantes para prover CP, revelando um padrão de segurança parcial e heterogênea entre diferentes dimensões do cuidado. Os participantes relataram maior autoconfiança na avaliação e exame de pacientes com dor oncológica (72,8%) e na comunicação com pacientes gravemente enfermos ou moribundos (61,5%). Em contraste, apresentaram menor segurança para integrar aspectos espirituais (23,0%) e psicológicos (42,7%) no manejo de pacientes em fase avançada, além de baixa confiança para comunicar a incurabilidade da doença ao paciente (43,2%). Esses achados dialogam com os resultados da presente pesquisa, ao evidenciar que a autoconfiança tende a ser maior em tarefas clínicas objetivas e menor em dimensões subjetivas e comunicacionais (Pieters et al., 2019).

A análise qualitativa a partir das falas selecionadas, trouxe padrões temáticos que refletem os aspectos que impactam a autoconfiança dos estudantes no manejo dos CP. Essa análise revelou desafios, inseguranças e fatores que influenciam o desenvolvimento da confiança profissional. As falas dos estudantes demonstram uma transição complexa entre o modelo biomédico tradicional e a necessidade de uma abordagem centrada no conforto e qualidade de vida dos pacientes.

Os estudantes evidenciam uma forte internalização do modelo biomédico curativo, no qual a medicina é vista como sinônimo de resolução de problemas e busca pela cura. Isso

gera um conflito emocional e profissional quando o foco do cuidado se desloca da cura para o alívio do sofrimento.

É que, não sei, mas é meio complicado você parar para pensar que não vai ser resolutivo, né? Na medicina, você tem muito essa ideia de que vai ser resolutivo, de que vai entrar numa cirurgia e resolver o problema, de que vai ter um tratamento para resolver um problema. E, às vezes, o curso da doença não é isso. Às vezes, simplesmente vai sair das nossas mãos, vai sair do nosso controle (Estudante 4 - etapa 11º).

A gente sempre quer ter a cura. Aquela sensação de poder dizer: 'Eu curei aquele paciente, ele está bem, vai sobreviver, vai viver mais não sei quantos anos.' Então, acho que é importante a gente entender a hora de parar com intervenções desnecessárias e realmente fazer o bem para o paciente, independente de conseguirmos a cura ou não. (Estudante 5 - etapa 10º)

Outro fator de insegurança, já apontado anteriormente é o receio na prescrição e no manejo de opioides, reflexo da falta de treinamento prático e do estigma associado ao uso dessas medicações.

Um dos principais desafios em relação à dor são quanto à droga e dosagem. Quanto? Qual é? Apesar de isso variar um pouco para cada paciente, o mínimo que deveria ser administrado, o que seria uma superdose, e a dose mínima que não faria efeito. Acho que isso é o principal (Estudante 8 - etapa 9º).

Porém, um dos principais desafios relatados pelos estudantes é a comunicação de notícias difíceis e a abordagem de familiares. Apesar dos estudantes terem recebido treinamento teórico, a prática ainda gera insegurança e receio emocional.

Se você não fala com propriedade, sabendo do que está falando, como é que vai dizer: 'Não vou mais tratar seu parente porque não tem mais o que fazer?' (Estudante 3 - etapa 11º)

Dar notícias ruins para o paciente e para a família é algo que mexe um pouco com o emocional, acho que de todo mundo: com o médico, com o enfermeiro, com a equipe, com a família e, claro, com o próprio paciente. (Estudante 7- etapa 9º).

A teoria eu vi, vi ela em prática, mas eu não a coloquei em prática. Então, assim, estamos chegando lá, já vi como fazer, mas quando for a minha vez, ainda falta um pouquinho de prática. (Estudante 8 - etapa 9º)

Muitos estudantes relatam que o impacto emocional ao lidar com pacientes terminais e suas famílias afeta sua segurança profissional. O desafio está em equilibrar empatia e profissionalismo, sem que a carga emocional prejudique a atuação clínica.

Eu senti que estava no caminho certo. Não vou dizer que não me senti emocionado,

pois a gente ainda tem que aprender a filtrar todos esses sentimentos do paciente para saber lidar. (Estudante 3 - etapa 11º).

A análise quantitativa já indicava essa discrepância, mostrando que os estudantes pontuaram bem em empatia, mas tiveram desempenho inferior na comunicação. Os relatos qualitativos aprofundam essa compreensão ao revelar que muitos não sabem como reagir ou se posicionar, sentindo-se despreparados para lidar com as emoções dos pacientes e familiares.

A análise da autoconfiança dos estudantes de medicina no manejo dos CP, realizada por meio de métodos mistos, permitiu uma compreensão ampliada e mais aprofundada do fenômeno. A abordagem quantitativa revelou padrões estatísticos e diferenças entre as etapas do curso, enquanto a análise qualitativa proporcionou *insights* subjetivos e contextuais sobre as percepções, inseguranças e desafios enfrentados pelos alunos. A triangulação dessas duas abordagens evidencia tanto consonâncias quanto divergências, permitindo que as fragilidades na formação médica sejam melhor compreendidas.

Os dados quantitativos deste estudo indicaram que os estudantes demonstraram maior segurança em relação à avaliação da dor (Q1-83,3%), ao aconselhamento sobre náuseas (Q2- 82,4%) e à empatia no cuidado com o paciente e seus familiares (Q15- 89,8%), sugerindo domínio teórico satisfatório em aspectos fundamentais dos CP. No entanto, a análise qualitativa revelou uma discrepância significativa entre essa autopercepção positiva expressa no questionário e a experiência prática dos estudantes. Muitos relataram insegurança no manejo da dor, especialmente no que se refere ao uso de opióides, à escolha de estratégias terapêuticas adequadas e à tomada de decisão clínica. Essa divergência sugere que, embora o conhecimento teórico esteja presente, ele não tem sido efetivamente traduzido em competência prática — o que reforça a lacuna formativa já apontada em outros estudos da literatura.

Na avaliação quantitativa, o desempenho em itens como a informação sobre efeitos adversos de medicamentos (Q12 - 76,9%) e a intervenção no manejo de sintomas complexos (Q8 - 63,9%) foi intermediário, refletindo conhecimento técnico parcial. Contudo, os relatos qualitativos evidenciaram que o medo e a insegurança no uso de opioides permanecem expressivos entre os estudantes, que verbalizaram receio de provocar depressão respiratória, dependência e outros eventos adversos. Esse contraste entre o desempenho teórico e a autoconfiança prática também emergiu na análise da seção de autoconfiança, evidenciando que a formação médica ainda falha em promover um domínio técnico robusto e segurança clínica no manejo da dor, especialmente em contextos oncológicos ou de fim de vida.

Esses achados estão em consonância com os dados do estudo de Sousa e Roriz (2021), no qual apenas 43% dos estudantes afirmaram saber qual fármaco e dose iniciar no tratamento com opióides, e 84% não conheciam as equivalências para rotação desses medicamentos. Tais resultados dialogam diretamente com a percepção qualitativa observada no presente estudo, revelando que a insegurança na prescrição de opióides é uma constante entre os estudantes, mesmo diante de conhecimento teórico prévio. De forma complementar, os resultados obtidos por Nobre et al. (2024) reforçam esse padrão de fragilidade: apenas 4,7% dos estudantes reconheceram que o uso prolongado de opióides não leva necessariamente à dependência, e somente 5,6% identificaram corretamente que o receio de depressão respiratória não deve limitar a titulação da dose.

No estudo de Sousa, Moura e Santos (2023) evidenciou-se significativa variabilidade nos percentuais de acertos. Os estudantes demonstraram maior acerto ao identificar medicações adequadas para o tratamento da dor, mas apresentaram dificuldades nos itens relacionados aos efeitos adversos dos opióides. Uma proporção expressiva dos participantes acreditava, de forma equivocada, que o uso prolongado de opióides necessariamente leva à dependência e que a dosagem deve ser limitada devido ao risco de depressão respiratória.

Esses dados demonstram a persistência de mitos e desinformações em relação aos analgésicos potentes, o que corrobora a insegurança prática observada na presente pesquisa. A convergência entre essas evidências reforça a urgência da implementação de estratégias pedagógicas que integrem teoria e prática de forma mais efetiva, como o uso de metodologias ativas e treinamentos supervisionados voltados especificamente ao manejo da dor e dos CP.

O pessoal tem medo do cuidado paliativo em si, tem medo das drogas, como a morfina, por exemplo, que é um tabu e parece gigantesco. Tem medo da sedoanalgesia (Estudante 1 - etapa 12º)

Medo de prescrever, achava que todo mundo iria se viciar e ficava assim: ‘Meu Deus, não vou prescrever (Estudante 2 - etapa 12º)

A autoconfiança nas habilidades de escuta e empatia relatada por alguns alunos na abordagem qualitativa coincide com os altos índices de acertos nessas competências na avaliação quantitativa, demonstrando que esses aspectos são mais desenvolvidos ao longo da formação médica.

Me sinto preparado, porque são condições em que, às vezes, a gente tem que ouvir mais do que falar, e eu me sinto um bom ouvinte. (...) A paciência é uma característica minha também. Eu gosto, me sentiria bem. (Estudante 3 - etapa 10º)

Se você não fala com propriedade, sabendo do que está falando, como é que vai dizer: 'Não vou mais tratar seu parente porque não tem mais o que fazer?' (Estudante 3 - etapa 11º)

A gente precisa lidar com todas as reações daquela pessoa naquele momento. Precisamos acolher o paciente. E aí surgem muitas dúvidas, muitas aflições. É algo difícil de lidar, algo que precisa ser aprendido e construído ao longo do tempo para que consigamos, de fato, lidar com isso. (Estudante 6 - etapa 10º)

Tanto os dados quantitativos quanto os qualitativos deste estudo indicam que a comunicação em situações sensíveis representa uma das áreas mais desafiadoras para os estudantes de medicina. A questão Q10, que aborda a comunicação com pacientes que expressam desejo de antecipar a morte, apresentou o menor percentual de acertos (42,6%) na seção de autoconfiança, enquanto a Q7, relacionada ao manejo de familiares ansiosos, também foi identificada como um ponto crítico (63,0%).

A análise qualitativa corrobora essa fragilidade formativa, evidenciando a insegurança dos estudantes diante da possibilidade de dizer algo inadequado, o receio de provocar reações emocionais intensas e o sentimento de despreparo diante de situações de alto impacto afetivo.

A revisão sistemática de Wells et al. (Reino Unido, 2019) evidenciou que a maioria dos estudantes de medicina apresenta baixa autoconfiança para comunicar-se com pacientes em fim de vida, com níveis basais inferiores a 50% na maior parte dos estudos analisados. A confiança foi maior para responder a perguntas sobre dor, mas baixa para abordar prognóstico e ausência de opções terapêuticas. Intervenções educacionais estruturadas, como palestras, aprendizado baseado em problemas, módulos à beira-leito e programas intensivos de 8 a 13 dias, demonstraram aumento significativo da autoconfiança ($p < 0,001$). Em estudos alemães, a confiança para acompanhar pacientes moribundos foi inicialmente muito baixa (17–20%), mas atingiu 55% após curso dedicado ($p < 0,0001$), confirmando que a prática supervisionada é essencial para desenvolver segurança no cuidado em CP.

Em contraste, no estudo brasileiro conduzido por Sousa, Moura e Santos (2023), os resultados no domínio da comunicação foram coerentes com a autoavaliação dos estudantes, visto que quase metade da amostra referiu ter aprendido técnicas e postura adequadas para dar notícias difíceis, sugerindo que o tema é abordado antes mesmo do internato. Esse contraste entre os achados dos dois estudos evidencia possíveis divergências curriculares entre instituições e reforça a hipótese de que o ensino de habilidades comunicacionais em CP ainda

é implementado de maneira heterogênea e, por vezes, insuficiente no contexto da formação acadêmica.

Os resultados quantitativos indicaram diferenças estatisticamente significativas na autoconfiança entre as diferentes etapas do curso, porém, sem uma tendência linear clara de aumento progressivo. Isso sugere que o avanço na formação não necessariamente garante um crescimento uniforme na segurança profissional. No entanto, os dados qualitativos ajudam a contextualizar essa variação, mostrando que a exposição prática ao longo da graduação é muito heterogênea entre os estudantes, o que pode explicar as diferenças nos níveis de autoconfiança. A ausência de um currículo estruturado para a formação em CP pode ser um dos fatores que contribuem para as oscilações na autoconfiança dos estudantes identificadas na análise quantitativa.

Eu acho que deveria ser abordado de uma forma programática. No sentido de que tivéssemos aulas elaboradas, direcionadas para isso, entendeu? Tipo aula de grade mesmo, um programa elaborado diretamente para isso. Porque, do jeito que é, cada um vê o que tem sorte de ver. (Estudante 4 - etapa 11º)

A convergência entre os achados indica áreas prioritárias para melhorias na formação, como o treinamento prático de comunicação em situações difíceis, desmistificação do uso de opióides e maior estruturação curricular para CP.

As discrepâncias entre as abordagens demonstram que a teoria muitas vezes não se traduz em segurança na prática clínica, evidenciando a necessidade de metodologias de ensino mais aplicadas à realidade profissional.

Diversos estudos nacionais têm apontado a fragilidade do ensino em CP na graduação médica, convergindo com os achados do presente trabalho. Em estudo transversal com 320 estudantes de medicina de três instituições no norte de Minas Gerais, Nobre et al. (2024) identificaram desempenho insatisfatório em vários aspectos do manejo dos CP. Apesar de haver discreta progressão por período, os autores destacam que mesmo os estudantes em final de curso não atingiram domínio adequado sobre o manejo de sintomas terminais.

Os dados dialogam com os resultados do presente estudo, tanto na dimensão quantitativa, quanto na qualitativa, na qual emergiram relatos de insegurança frente à terminalidade, dificuldade em lidar com o sofrimento e necessidade de maior preparo prático. A semelhança metodológica, apesar do uso de outro instrumento, e a estrutura amostral por etapas do curso tornam os achados altamente comparáveis, reforçando a persistência de lacunas curriculares mesmo após a publicação da Resolução CNE/CES nº 3/2022.

Outros estudos corroboram essa tendência. Braide et al. (2019) observaram que, mesmo no 11º período, cerca de 40% dos estudantes declararam-se inseguros quanto ao uso de medicamentos no alívio de sintomas em CP. Orth et al. (2019), por sua vez, relataram que mais da metade dos participantes se sentiam despreparados para lidar com o luto dos familiares e com o processo de morrer. Além disso, Dominguez et al. (2021) destacam a dificuldade dos estudantes em comunicar notícias difíceis e estabelecer vínculo empático, o que também foi identificado nas falas dos estudantes deste estudo.

A convergência desses achados reforça a necessidade de estruturação curricular efetiva, com inclusão sistemática e obrigatória de conteúdos teóricos e vivenciais sobre CP na graduação médica, conforme preconizado pelas DCN e pela OMS. A formação meramente teórica, ainda que eventualmente presente, não parece ser suficiente para promover a aquisição de competências clínicas e comunicacionais exigidas no cuidado de pacientes em sofrimento grave ou terminalidade.

Em diversos países, observa-se uma realidade semelhante à encontrada no presente estudo quanto ao ensino dos CP na graduação médica, como também é evidenciado em outras pesquisas da literatura acadêmica brasileira.

No estudo conduzido por Ibrahim et al. (2022) nos Emirados Árabes Unidos, a maioria dos estudantes recém-formados relatou ter recebido pouca ou nenhuma formação formal em CP, sendo que apenas 13% participaram de rotações clínicas específicas. Além disso, 95% dos respondentes reconheceram a importância de receber educação em CP, mas expressaram sentimentos de despreparo e desconforto ao cuidar de pacientes moribundos e suas famílias. Esses achados guardam estreita relação com os resultados qualitativos do presente estudo, que revelaram a percepção dos estudantes sobre sua insegurança e a ausência de formação prática suficiente para lidar com situações de terminalidade. Assim como em nossa amostra, o ensino de CP é percebido como fragmentado, insuficiente e distante das necessidades clínicas da realidade cotidiana.

Younis e Hamdan-Mansour (2024), na Jordânia, evidenciaram um cenário semelhante ao identificado quanto à fragilidade da formação dos estudantes de medicina em CP. Os autores avaliaram o conhecimento e as atitudes de 404 estudantes de seis escolas médicas do país e constataram que, embora os estudantes apresentassem atitudes globalmente positivas em relação aos cuidados com pacientes em fim de vida, seu conhecimento técnico e prático era insuficiente. A maioria nunca havia cursado uma disciplina específica sobre CP, tampouco recebido treinamento clínico formal. O desempenho inadequado nas questões clínicas de avaliação de conhecimento ilustra uma formação teórica superficial, com lacunas

relevantes na compreensão e no manejo de sintomas físicos e aspectos psicossociais da terminalidade.

Os achados da presente dissertação, especialmente quanto à insegurança dos estudantes no manejo da dor e no uso de opioides, dialogam com o estudo de Cha et al. (2019), realizado com estudantes de Medicina na Coreia do Sul. Após um curso integrado de 16 horas em CP, os autores observaram melhora significativa no conhecimento e nas atitudes, com destaque para o aumento do acerto em questões sobre uso de opioides e maior autoconfiança para discutir prognóstico e indicar CP. Ainda assim, os autores apontam que abordagens unidirecionais limitam mudanças mais profundas na postura ética e humanística dos estudantes

Os desafios relacionados à consolidação do conhecimento em CP no ensino médico também são evidenciados no contexto europeu. Um estudo longitudinal conduzido na Alemanha por Gerlach et al. (2021) avaliou os efeitos de um módulo obrigatório de CP (Q13), inserido no currículo médico da Universidade de Mainz, na autoconfiança e no conhecimento dos estudantes em temas como controle de sintomas, comunicação sobre incurabilidade, aspectos espirituais e acompanhamento de pacientes em fim de vida. A pesquisa revelou que, embora o módulo tenha inicialmente promovido ganhos significativos em termos de conhecimento e segurança percebida, esses ganhos não se mantiveram após o último ano prático da graduação, durante o qual quase metade dos estudantes relatou uma redução da autopercepção de competência em CP, especialmente nas áreas de tratamento farmacológico da dor e comunicação com pacientes terminais.

Esses dados dialogam fortemente com os achados do presente estudo. Apesar de os estudantes brasileiros investigados demonstrarem conhecimento teórico moderado e reconhecerem a importância dos CP na formação médica, também expressaram insegurança prática, especialmente no manejo da dor e nas decisões clínicas em fim de vida, o que evidencia uma lacuna entre o conteúdo curricular e sua vivência clínica real.

Tal como observado na Alemanha, a ausência de práticas supervisionadas e a limitação de espaços formais para a aplicação do conteúdo aprendido comprometem a consolidação de competências essenciais para a atuação profissional em CP. Esse cenário reforça a necessidade de estratégias pedagógicas mais robustas, que integrem teoria e prática de forma contínua e estruturada ao longo de toda a formação médica, e não apenas em módulos isolados.

Essa problemática foi igualmente evidenciada nos achados deste estudo. Apesar de o PBL ser adotado como eixo metodológico na formação acadêmica da instituição analisada, os

resultados qualitativos indicam que há inconsistências entre os pressupostos da metodologia e sua implementação prática, sobretudo no que tange à integração dos conteúdos humanísticos e paliativistas.

BorochoVICIUS e Tortella (2014) destacam que, para além de uma técnica pedagógica, o PBL deve ser compreendido como uma filosofia educacional que demanda mudança de postura institucional, docente e discente. Segundo os autores, a metodologia exige ambientes que favoreçam a resolução de problemas reais, protagonismo estudantil, cooperação em grupo, construção coletiva do saber e orientação docente pautada no estímulo ao pensamento crítico, aspectos que foram parcialmente contemplados. A dissociação entre teoria e prática contradiz os princípios fundamentais do PBL, que pressupõe a mobilização de saberes interdisciplinares em situações clínicas desafiadoras e contextualizadas.

Conforme apontam os autores, a eficácia do PBL depende diretamente da coerência entre os problemas apresentados, os objetivos de aprendizagem e a atuação docente como mediador crítico do processo, o que reforça a necessidade de capacitação continuada dos professores e maior intencionalidade curricular na escolha e condução dos casos (BorochoVICIUS; Tortella, 2014).

Dessa forma, os dados indicam que, apesar da robustez teórica do PBL como metodologia ativa, sua aplicação efetiva ainda demanda aperfeiçoamentos estruturais e pedagógicos para que o ensino de CP se concretize tanto de forma transversal quanto horizontal e integrado às competências profissionais exigidas no cuidado em fim de vida.

Como destaca Barrows (1996), a aprendizagem baseada em problemas só alcança plenamente seus objetivos, como o desenvolvimento do raciocínio clínico, do aprendizado autodirigido e da integração entre disciplinas; quando está efetivamente estruturada para expor os estudantes a desafios que reflitam a prática médica real, mantendo a relevância clínica dos casos e favorecendo a autonomia no processo de construção do conhecimento, a partir de situações próximas à realidade profissional vivida no cuidado ao paciente.

Tais limitações curriculares não se restringem ao contexto brasileiro ou alemão. Outros países europeus também enfrentam entraves estruturais na consolidação do ensino em CP. A situação da formação médica em CP na Polônia, por exemplo, revela desafios semelhantes aos encontrados neste estudo. Em investigação nacional conduzida por Leppert et al. (2022), identificou-se que apenas metade das universidades polonesas de medicina contava com departamentos acadêmicos específicos de medicina paliativa e oferecia ensino obrigatório na área. Além disso, foi observada significativa heterogeneidade nos currículos entre as instituições, tanto no que se refere ao conteúdo quanto à carga horária, que variava de

15 a 45 horas (mediana de 20 horas), sendo que nem todas contemplavam ensino clínico prático.

Esse cenário reflete uma realidade recorrente em diversos países: a inserção tardia, fragmentada e ainda não sistematizada do ensino de CP nos cursos de Medicina. Embora os programas poloneses abordem de forma ampla temas como controle da dor, comunicação e aspectos éticos, poucos contemplam conteúdos sobre luto, espiritualidade ou questões sociais, e menos da metade oferece ensino à beira-leito. No estudo brasileiro aqui apresentado, os estudantes igualmente relataram a ausência de experiências práticas significativas, o que compromete a consolidação do conhecimento teórico e a segurança no cuidado de pacientes em situação de terminalidade.

Assim como Leppert et al. (2022) recomendam a inclusão da medicina paliativa como disciplina obrigatória regulamentada pelo Ministério da Educação e Ciência da Polônia, os resultados da presente dissertação reforçam a necessidade de políticas educacionais nacionais que garantam a formação mínima em CP, com base em diretrizes internacionais e com ênfase no cuidado humanizado, interdisciplinar e prático. A ausência de estrutura formal e docentes qualificados também foi apontada como entrave para a expansão do ensino, o que corrobora o que se observa no contexto brasileiro.

Apesar da elevada prevalência de dor crônica na população e da importância dos cuidados de fim de vida, a formação em dor e CP na graduação médica é escassa, tanto na América do Norte quanto em outros contextos internacionais. Em estudo realizado na Universidade de Toronto (Canadá), Paneduro et al. (2014) desenvolveram, implementaram e avaliaram um seminário de quatro horas sobre manejo da dor e CP destinado a 292 estudantes de medicina do internato cirúrgico. A intervenção utilizou métodos ativos, como discussões em grupo e exercícios de prescrição de opióides. Os resultados indicaram aumento significativo no conhecimento dos estudantes, com médias de acertos de 51% no pré-teste, 75% no pós-teste imediato e 73% até um ano após o seminário ($p < 0,001$). Além disso, parte dos estudantes relatou impacto positivo do conteúdo na prática clínica, especialmente em prescrição, controle de sintomas e valorização das interconsultas de dor e CP.

Esses achados convergem com os resultados do presente estudo ao demonstrar que intervenções estruturadas e práticas podem promover ganhos duradouros no conhecimento, embora, diferentemente da realidade brasileira observada em nossa amostra, os estudantes canadenses tenham sido expostos a uma proposta obrigatória e integrada ao currículo, evidenciando um modelo institucional mais consolidado e sistematizado de ensino da dor e dos CP.

Na América Latina, especificamente na Colômbia, alinhada às recomendações da OMS e da ALCP, a Rede Colombiana de Educação em Cuidados Paliativos (REDCOLEDUPAL) propôs, em 2015, uma lista de competências específicas para programas de graduação em Medicina e Enfermagem, fundamentada nas diretrizes da Associação Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC) e da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) (Sánchez Cárdenas et al., 2024).

Nesse contexto, Sánchez-Cárdenas et al. (2024) realizaram um estudo transversal descritivo com o objetivo de caracterizar a estrutura de ensino de CP e as competências presentes nos currículos de graduação em instituições colombianas. A pesquisa envolveu 58 diretores e docentes de cursos de Medicina e Enfermagem, analisando 48 programas ativos com CP incluído no currículo. Assim como identificado em nosso estudo, os autores relataram a predominância de uma abordagem transversal, na qual as competências de CP são distribuídas ao longo do curso, sendo inseridas em diferentes disciplinas em vez de concentradas em um componente curricular específico. Essa estrutura, embora reforce o caráter integrador do ensino, pode limitar o aprofundamento teórico-prático necessário à formação qualificada em CP, sobretudo quando não acompanhada por estágios clínicos específicos, realidade igualmente observada em nossa investigação.

Como já demonstrado, essa lacuna formativa reflete um problema reconhecido internacionalmente. O projeto EDUPALL (EDU = currículo educacional, PALL = voltado a CP), desenvolvido na Itália com base nas recomendações da EAPC propôs, um modelo curricular integrando teoria e prática em CP por meio de uma abordagem híbrida, padronizada e de acesso livre. Esse mostrou-se viável e efetivo na formação médica de graduação em diversos países europeus, servindo como modelo internacionalmente reconhecido. A experiência reforça a importância de integrar os CP de forma sistemática à graduação médica, com apoio institucional e metodologias ativas (Mason et al., 2020).

Diante da convergência dos dados nacionais e internacionais, evidencia-se que os desafios relacionados à formação em CP não são exclusivos de uma única realidade institucional ou geográfica, mas expressam uma fragilidade estrutural presente em diversos países.

A ausência de um currículo formal, contínuo e obrigatoriamente aplicado à prática clínica aparece como denominador comum em diferentes contextos, sejam eles europeus, latino-americanos, asiáticos ou do Oriente Médio. Iniciativas bem-sucedidas, como a proposta canadense de seminários clínicos integrados, o modelo híbrido do projeto EDUPALL na Europa e a formulação de competências pela rede colombiana REDCOLEDUPAL, apontam

caminhos viáveis para qualificar o ensino de CP nas escolas médicas. Esses exemplos reforçam a necessidade de uma estruturação curricular sólida, baseada em diretrizes internacionais e adaptada às realidades locais, que integre teoria e prática de forma longitudinal, progressiva e humanizada, garantindo aos futuros médicos o preparo necessário para atuar com segurança, empatia e competência diante do sofrimento e da terminalidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou os conhecimentos e a percepção de estudantes de Medicina sobre CP em uma universidade da Região Metropolitana da Baixada Santista, utilizando abordagem metodológica mista. A integração dos dados quantitativos e qualitativos revelou um quadro preocupante: apesar do reconhecimento da relevância dos CP pelos estudantes, a formação oferecida permanece fragmentada, insuficiente e marcada por desigualdades na experiência formativa.

As análises indicaram desempenho satisfatório em alguns aspectos; entretanto, revelaram lacunas importantes em diversos domínios do cuidado. Os estudantes expressaram insegurança diante de situações clínicas e relataram escassez de experiências formativas significativas, evidenciando que a exposição teórica isolada, sem articulação com a prática, tem sido insuficiente para o desenvolvimento pleno das competências exigidas para a atuação em CP. Esses resultados são consistentes com achados de estudos realizados no Brasil e em diferentes países, evidenciando que a fragilidade na formação em CP é uma realidade global.

Do ponto de vista da validade interna, a utilização de instrumento previamente validado, a aplicação rigorosa dos métodos quantitativos e qualitativos, bem como a triangulação dos dados, conferem solidez metodológica e coerência às análises realizadas. As interpretações foram pautadas diretamente nos dados empíricos, o que reforça a consistência interna do estudo. Quanto à validade externa, os achados devem ser interpretados com cautela, pois a pesquisa foi conduzida em uma única instituição de ensino, o que restringe sua generalização para outras realidades acadêmicas. O número reduzido de participantes na etapa qualitativa e o delineamento transversal também representam limitações, impossibilitando conclusões sobre evolução de conhecimentos ao longo do tempo. Estudos multicêntricos e longitudinais são recomendados para ampliar a aplicabilidade dos resultados e validar as propostas de intervenção.

Conclui-se que o fortalecimento do ensino de CP na graduação médica deve ser prioridade institucional e pedagógica. Mais do que um conteúdo curricular, trata-se de uma competência essencial à prática médica contemporânea. A construção de competências em CP exige uma abordagem pedagógica estruturada, longitudinal, vivencial e interdisciplinar. Mais do que saber prescrever, é necessário ensinar a cuidar, com compromisso ético e sensibilidade para acolher a vida até seu desfecho com dignidade.

À luz desses achados, este estudo sugere estratégias para o fortalecimento curricular em CP na graduação médica, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Conselho Nacional de Educação.

Entre as propostas, destaca-se a criação de uma disciplina obrigatória dedicada exclusivamente aos Cuidados Paliativos e seus desdobramentos, com ênfase no manejo da dor crônica e na abordagem integral do sofrimento, contemplando dimensões clínicas, éticas, comunicacionais e multiprofissionais. Essa disciplina deve ser complementada por intervenções transversais e por um ensino longitudinal, assegurando que o tema esteja presente desde os primeiros anos do curso até o internato, de forma a integrar teoria e prática de maneira contínua.

A ampliação de vivências clínicas supervisionadas, aliada ao uso de estratégias pedagógicas centradas no estudante e ao fortalecimento da integração multiprofissional, tem o potencial de desenvolver competências clínicas, comunicacionais e éticas, indispensáveis ao cuidado integral em fim de vida. Nesse sentido, preparar o futuro médico para atuar em conjunto com a equipe multiprofissional torna-se fundamental, pois essa prática colaborativa amplia a compreensão do processo saúde-doença, qualifica as intervenções e permite um cuidado que acolha as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente e de sua família.

Em síntese, este estudo reafirma a necessidade de uma formação médica comprometida não apenas com a aquisição de conhecimentos técnicos, mas também com a preparação de profissionais capazes de aliviar o sofrimento e responder às demandas complexas do cuidado integral. Garantir que cada paciente seja assistido com humanidade, competência e dignidade até o fim da vida deve constituir um compromisso ético e pedagógico central da Medicina contemporânea.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil*. 2022. Publicado em dezembro de 2023. Disponível em: <https://paliativo.org.br/academia-nacional-de-cuidados-paliativos-lanca-dados-ineditos-sobre-os-cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 14 ago. 2024.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. ampliada e atualizada. 2012. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf. Acesso em: 14 ago. 2024.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil*. Outubro de 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2024.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, L. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-1619-2.

ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina*. 2. ed. Houston: IAHPC Press, 2020. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2024.

BARROWS, H. S. Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview. *New Directions for Teaching and Learning*, n. 68, p. 3-12, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/tl.37219966804>. Acesso em: 3 abr. 2025.

BOROCHOVICIUS, E.; TORTELLA, J.C.B. Aprendizagem baseada em problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 263–294, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/QQXPb5SbP54VJtpmvThLBTc/?lang=pt> Acesso em: 3 abr 2025

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 19, de 3 de janeiro de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html. Acesso em: 26 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 20 out. 2006. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 2 jul. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.083, de 2 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 4 dez. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 maio 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 3 jul. 2025.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm. Acesso em: 5 abr. 2024.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view. Acesso em: 14 ago. 2024.

_____. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, ano 155, n. 157, p. 1-3, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 7 jun. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581. Acesso em: 7 jun. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf. Acesso em: 3 jul. 2025.

_____. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Despacho de 1º de novembro de 2022. Homologação do Parecer CNE/CES nº 265/2022, de 17 de março de 2022. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Edição 208, Seção 1, p. 95, 3 nov. 2022. Disponível em: <http://www.abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Parecer-cne-ces-265-2022-03-17.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos. Publicado em: 16 set. 2022; atualizado em: 2 out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos>. Acesso em: 13 nov. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Manual de cuidados paliativos: 2. ed., revisada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Atualizado em: 3 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>. Acesso em: 25 maio 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 98, p. 215, 22 maio 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>. Acesso em: 25 maio 2024

BRAIDE, C. S. L.; LEAL, P. D. C.; SOUZA, M. H. S. L. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina em uma faculdade particular de São Luís/MA. *Revista de Investigação Biomédica*, São Luís, v. 10, n. 3, p. 207–218, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.24863/rib.v10i3.314>. Acesso em: 4 jun. 2025.

CAPELAS et al. Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: visão nacional e internacional. *Revista de Cuidados Paliativos*: v. 1, n. 2, p. 7–13, 2014. ISSN 2183-3400. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/História_dos_CP-RCP-V1-N1-20-14.pdf. Acesso em: 20 jun. 2024.

CASTRO, A. A.; TAQUETTE, S. R.; MARQUES, N. E. Inclusion of palliative care education in medical schools in Brazil. *Brazilian Journal of Medical Education*, v. 45, n. 2, p. e056, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/pR3GCf6tHgVv6H5bVLc6yWP/?lang=en>. Acesso em: 20 dez. 2024.

CHA, J. et al. Mudanças nas percepções e atitudes dos estudantes de medicina em relação aos cuidados de fim de vida após a educação em cuidados paliativos e medicina paliativa. *Journal of Hospice and Palliative Care*, v. 22, n. 4, p. 166-173, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2019.22.4.166>. Acesso em: 3 ago. 2025.

CHIT, H. H.; SAMSUDIN, A.; KYAING, Y. Y. Do final year medical students have sufficient knowledge of pain management? *The Medical Journal of Malaysia*, v. 75, n. 5, p. 568-573,

2020. Disponível em: <https://www.e-mjm.org/2020/v75n5/pain-management.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.

COBO, V., DAL FABBRO, A.L.; PARRAIRE, A.C.F.P.; PARDI, F. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 225-235, 2023. ISSN 1415-711X. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-711X2019000200008&>. Acesso em: 28 ago. 2024.

CONNORS, A. F.; DAWSON, N. V.; DESBIENS, N. A. *et al.* A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). *JAMA*, Chicago, v. 274, n. 20, p. 1591-1598, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530200027032>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/391724>. Acesso em: 24 ago. 2024.

CORTES, C. C., SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL). *Historia de los Cuidados Paliativos*. Espanha, dez. 1997. Disponível em: <https://www.secpal.com/historia-de-los-cuidados-paliativos>. Disponível em: <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos>. Acesso em: 13 ago. 2024.

COSTA, L. B.; CAMPOS, N. da F.; MARCHETTO, P. B. O único obstáculo à morte digna é a distanásia? *Revista Bioética*, Brasília, v. 32, e3772PT, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420243772PT>. Acesso em: 1 jul. 2025.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Tradução de Sandra Maria Mallmann da Rosa. Revisão técnica de Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2021. Livro digital. Disponível em: Amazon Kindle. Acesso em: 2 abr. 2025.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (coord.). *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 15-32.

DALPAI, D., MENDES, F., ARMAR, J., CARVALHO, P., LORO, F., & BRANCO, A. (2017). Dor e cuidados paliativos: o conhecimento dos estudantes de medicina e as lacunas de graduação. *Revista Dor*, 18, 307-310. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170120> Acesso em: 3 jul. 2025.

DEL RÍO, M. I.; PALMA, A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile*, v. 32, n. 1, p. 15-22, 2007. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

DENZIN, N. K. *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1978.

DOMINGUEZ, R. G. S.; FREIRE, A. S. V.; LIMA, C. F. M.; CAMPOS, N. A. S. Cuidados paliativos: desafios para o ensino na percepção de acadêmicos de enfermagem e medicina.

Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 35, e38750, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38750>. Acesso em: 4 jun. 2025.

FERNANDES, E. G. C.; MARTINS, L. R.; SOUSA, R. C. Assistência em oncologia no Sistema Único de Saúde (SUS). *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 13, n. 1, p. 1–12, 2022. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/851> Acesso em: 03 jul. 2025.

FERREIRA, M. J. M. et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, supl. 1, p. e170920, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>. Disponível em: <https://www.interface.org.br/journal/interface/article/view/170920>. Acesso em: 3 jul. 2025

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072–2080, set. 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000900015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KPxxkWPpNcmTLPgTJhf8fwwt/>. Acesso em: 25 ago. 2024.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. pag 233. ISBN 978-85-64806-86-3.

GALVÃO, C.; PLUYE, P.; RICARTE, I. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. InCID: *Revista de Ciência da Informação e Documentação*, v. 8, n. 2, p. 4-24, 4 out. 2017. DOI: 10.11606/issn.2178-2075.v8i2p4-24. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/incid/article/view/121879>. Acesso em: 3 maio 2024.

GERLACH, C. et al. Palliative care in undergraduate medical education – consolidation of the learning contents of palliative care in the final academic year. *GMS Journal for Medical Education*, Düsseldorf, v. 39, n. 1, p. Doc6, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8493850/> Acesso em: 23 mar. 2024.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017. Capítulos 4 e 19.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155–166, set. 2016. DOI: 10.1590/S0103-40142016.30880011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>. Acesso em: 25 nov. 2024.

GONZÁLEZ, J.S.; RUIZ, M. del C. S. A história cultural do cuidado paliativo em sociedades primitivas: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 4, p. 1005–1011, 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000400033. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vwys3djFxWh7jtSwkr864BL/?format=pdf>. Acesso em: 16 jan. 2025.

HEAD, B. et al. Melhorando o treinamento de graduados em medicina em cuidados paliativos: avançando na educação e prática. *Advances in Medical Education and Practice*, v. 7, p. 99-113, 2016. DOI: <https://doi.org/10.2147/AMEP.S94550>. Acesso em: 25 jun. 2025.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/V8FyHtGctpmXwh74PFRwpRN>. Acesso em: 3 jul. 2025.

HOFFMAN, M.C; et al. Cuidados paliativos e políticas públicas no Brasil: aspectos conceituais e históricos. *Psicologia e Saúde em Debate*, v. 9, n. 2, p. 473–489, 2023. DOI: 10.22289/2446-922X.V9N2A27. Disponível em: <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/998>. Acesso em: 13 ago. 2024.

IBRAHIM, H. et al. Medical student experiences and perceptions of palliative care in a middle eastern country. *BMC Medical Education*, v. 22, n. 371, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03448-x>. Acesso em: 3 ago. 2025.

INAM, A.; REHMAN, O.; AHMAD, Z.; FAROOQ, O.; SARFARAZ, W.; AFRIDI, S.; ZAHID, B. & INAM, T. (2025). Understanding Medical Students Perspective on Palliative Care. *Journal of Medical & Health Sciences Review* <https://doi.org/10.62019/caprsb95>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Tábuas completas de mortalidade para o Brasil – 2023*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html>. Acesso em: 25 nov. 2024.

JACOB, C.; PERINI, M.; ZERBINI, C.; PIRES, M.; LEITE, C. & PIRES, O. (2023) Medical School Students' Knowledge of Pain and Palliative Care: An Observational Study. *Journal of Biosciences and Medicines*, 11, 39-49. doi: 10.4236/jbm.2023.114004. <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=124217>

KOPF, A.; PATEL, N.B. (ed.). Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. Seattle. *International Association for the Study of Pain (IASP Press)*, 2010. Tradução da edição original publicada em 2009 sob o título *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings*. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Guia-para-o-Tratamento-da-Dor-em-Contextos-de-Poucos-Recursos.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2024.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

LECHOWICZ, K. et al. Acute and chronic pain learning and teaching in medical school—An observational cross-sectional study regarding preparation and self-confidence of clinical and pre-clinical medical students. *Medicina*, v. 55, n. 9, p. 533, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina55090533>. Acesso em: 25 maio 2025.

LEPPERT, W.; GRADALSKI, T.; KOTLIŃSKA-LEMIESZEK, A.; et al. Organizational standards for specialist palliative care for adult patients: recommendations of the Expert Group of National Consultants in Palliative Medicine and Palliative Care Nursing. *Palliative Medicine in Practice*, v. 16, n. 1, p. 7–26, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/359993817_Organizational_standards_for_specialist

palliative care for adult patients Recommendations of the Expert Group of National Consultants in Palliative Medicine and Palliative Care Nursing. Acesso em: 22 abr. 2024.

LEUNG, S.; WONG, E. Assessing medical students' confidence towards provision of palliative care: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 15, p. 8071, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18158071>. Acesso em: 14 jun. 2025.

MACHADO, C; OLIVEIRA, J M; MALVEZZI, E. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200358, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200358>. Disponível em: <https://www.interface.org.br/journal/interface/article/view/200358>. Acesso em: 3 jul. 2025.

MAGALHÃES, J.L; NUNES, R. Tradição e fundamentos éticos hipocráticos aplicáveis à terminalidade da vida. *Revista Bioética*, Brasília, v. 22, n. 3, p. 448–455, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QGPbskhc6zRsLmzLdvT5LBB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 fev. 2025.

MARQUES, G.O. et al. Conhecimento dos acadêmicos de Medicina e médicos sobre cuidados paliativos: aplicação do questionário BPW. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 46, n. 2, p. e049, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210277> Acesso em: 10 mai.. 2025.

MASON, S. R.; LING, J.; STANCIULESCU, L.; PAYNE, C.; PAAL, P.; ALBU, S.; NOGUERA, A.; BOERIU, E.; POROCH, V.; ELSNER, F.; MOSOIU, D. From European Association for Palliative Care Recommendations to a Blended, Standardized, Free-to-Access Undergraduate Curriculum in Palliative Medicine: The EDUPALL Project. *Journal of Palliative Medicine*, New Rochelle, v. 23, n. 12, p. 1571–1585, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0119>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32692279/>. Acesso em: 28 maio 2025.

MASTROPIERRO, L.; GRECO, M. T. Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 35, n. 1, p. 52–57, mar. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>. Acesso em: 7 jun. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINOSSO, J.S.; DA SILVA, M.M.F.P.; OLIVEIRA, M.A.C. Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia. *Revista de Enfermagem Referência*, n. 13, p. 31–42, 14 jun. 2017. DOI: 10.12707/riv16076. Disponível em: <https://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn13/serIVn13a04.pdf> Acesso em: 3 maio 2024.

NOBRE, M. L. R. B.; LIRA, D. BRITO, S. M. S. ROSSI-BARBOSA, L. A. R. Conhecimento em cuidados paliativos entre estudantes de medicina. *Revista Bioética*, Brasília, v. 32, p.

e3631PT, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420243631PT>. Acesso em: 4 jun. 2025.

NOGUERA, A.; ROBEDANO, R.; GARRALDA, E. Teaching palliative care shapes professional development in undergraduate medical students: a scoping review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, v. 12, p. 495–503, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000402>. Acesso em: 2 jun. 2025.

OLCZAK, B. et al. Knowledge of medical students regarding the use of opioids in pain management of palliative care patients. *Palliative Medicine in Practice*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5603/PMPI.2020.0025>. Acesso em: 23 maio 2025.

ORTH, L. C.; HARAGUSHIKU, E.; YFREITAS, I. C. S. HINTZ, M. C.; MARCON, C. E. M.; TEIXEIRA, J. F. Conhecimento do acadêmico de medicina sobre cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, supl. 1, p. 286–295, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190039>. Acesso em: 4 jun. 2025.

PANEDURO, D. et al. Development, implementation and evaluation of a pain management and palliative care educational seminar for medical students. *Pain Research and Management*, [S.l.], v. 19, n. 5, p. 230–234, set./out. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197749/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

PIETERS, J. et al. Palliative care education in the undergraduate medical curricula: students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care. *BMC Palliative Care*, v. 18, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0458-x>. Acesso em: 15 maio 2025.

PINHEIRO, T.R.S.P. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto ano. *Mundo Saúde*, v. 34, n. 3, p. 320-326, jul./set. 2010. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/605>. Acesso em: 5 abr. 2025.

PFISTER, D. et al. Validierung des Bonner Palliativwissenstests (BPW). *Schmerz*, v. 25, n. 6, p. 643-653, dez. 2011. DOI: 10.1007/s00482-011-1111-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22120918/>. Acesso em: 5 abr. 2025.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POSSO, I. P. et al. (Org.). *Tratado de dor: publicação da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor*. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. v. 1, p. 3–78; 121–123. ISBN 978-85-388-0828-2.

POZO, Juan Ignacio. *Aprendizes e mestres: a nova cultura da aprendizagem*. Tradução de Ernani Rosa; supervisão técnica de Eduardo Mortimer. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 296 p. ISBN 978-8573078046.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Human Development Reports*. United Nations Development Programme, 2024. Disponível em: <https://hdr.undp.org/data-center/country-insights#/ranks>. Acesso em: 5 abr. 2025.

QUEIROZ, A. H. A. B. et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2615–2623, set. 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900016>. Acesso em: 5 abr. 2025.

QUILL, T. E.; ABERNETHY, A. P. Generalist plus specialist palliative care: creating a more sustainable model. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 368, n. 13, p. 1173–1175, 28 mar. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23465068/>. Acesso em: 25 maio 2025.

RIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 3, p. 62–72, jul. 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>. Acesso em: 5 abr. 2025

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M. D.; CABRERA, M. Palliative care: pathway in primary health care in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 9, p. e00130222, 23 set. 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT130222. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qjwcSPXn5YFBVDsFw5kgB7c/>. Acesso em: nov. 2024.

SACCONI, L.A.. *Minidicionário Sacconi da Língua Portuguesa*. São Paulo: Atual Editora, 1996.

SÁNCHEZ-CÁRDENAS, M. et al. Palliative care education in undergraduate medical and nursing programs in Colombia: a cross-sectional analysis. *BMC Palliative Care*, v. 23, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01477-5>. Acesso em: 12 jun. 2025

SALES, A. C. V.; SANTOS, L. A. R.; ANDRADE, J. O. Q.; LIRA, M. K. O.; LENZI, T. R. G. Inserção dos cuidados paliativos no currículo de graduação em medicina: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 4, p. 16439-16453, jul./ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-190>. Disponível em: <https://www.brazilianjournalofhealthreview.com.br/index.php/BJHR/article/view/190>. Acesso em: 3 jul. 2025.

SANTOS, M.; CUNHA, L.; FERREIRA, A.; DRUMMOND-LAGE, A. From classroom to clinic: addressing gaps in teaching and perceived preparedness for breaking bad news in medical education. *BMC Medical Education*, v. 25, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06498-5>. Acesso em: 30 jun. 2025.

SANTOS, G. E. O. Cálculo amostral. São Paulo: Prática Clínica, 2017. Disponível em: <https://praticaclinica.com.br/anexos/ccolaborativa-calculo-amostal/ccolaborativa-calculo-amostal.php>. Acesso em 01 jun. de 2025.

SCHEFFER, M. (coord.). *Demografia médica no Brasil 2025*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Associação Médica Brasileira, 2025. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

SILES GONZÁLEZ, J.; SOLANO RUIZ, M. del C. Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 4, p. 1015–1022, ago. 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000400033. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/vwys3djFxWh7jtSwkr864BL/abstract>. Acesso em: 13 ago. 2024.

SILVA, R. R.; MASSI, G. de A. Palliative care services path in Brazil: historical and current aspects. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 11, p. e222111133545, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33545. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33545>. Acesso em: 13 ago. 2024.

SILVA, A. E. A produção de cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar. 2018. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-B4GFE9/1/tese_final_alexandre_ernesto_silva.pdf. Acesso em: 14 ago. 2024.

SHIPTON, E. E.; BATE, F.; GARRICK, R. et al. Revisão sistemática do conteúdo, ensino e avaliação da medicina da dor em currículos de escolas de medicina internacionalmente. *Pain Therapy*, v. 7, p. 139–161, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40122-018-0103-z>. Acesso em: 18 maio 2025.

SILVA, Luciano Cicero da et al. Política Nacional de Cuidados Paliativos no Brasil: uma análise comparativa. *Revista Caderno Pedagógico*, v. 21, n. 6, p. 1-16, 2024. DOI: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n6-098>. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/4871/3540>. Acesso em: 3 jul. 2024.

SLEEMAN, K. E. et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Global Health*, v. 7, n. 7, p. e883-e892, jul. 2019. DOI: 10.1016/S2214-109X(19)30172-X. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30172-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30172-X/fulltext). Acesso em: 14 ago. 2024.

SOUZA, L. C. de et al. Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.l.], v. 35, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR018066>. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25160> Acesso em: 14 jun 2024.

SOUSA, M. N. A.; RORIZ, M. I. R. C. Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre dor em cuidados paliativos. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 3525-3536, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-275>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25160> Acesso em: 20 mai.2025

SOUSA, T.F.; MOURA, L.F.; SANTOS, D.S. Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos entre estudantes de medicina de uma universidade pública brasileira: aplicação do instrumento PCK. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 47, n. 1, e020, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.1-20220162> Acesso em: 4 jun. 2025.

THENPANDIYAN, A. A. et al. Effectiveness of palliative care curriculum in a single medical school: a cross-sectional study among students. *Singapore Medical Journal*, [S. l.], 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2024-074> Acesso em: 3 ago. 2025.

TREEDE, Rolf-Detlef et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, v. 160, n. 1, p. 19–27, jan. 2019. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>. Acesso em: 20 abr. 2024.

TRITANY, E. F.; FILHO, B. A. B. dos S.; MENDONÇA, P. E. X. Fortalecer os cuidados paliativos durante a pandemia de Covid-19. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 25, supl. 1, e200397, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KzYVJwppxwW4HFfBSgrjwWJ/>. Acesso em: 4 dez. 2024.

UCHOA, F.; REIS, F.; AMORIM, R. Avaliação do ensino da dor no Amazonas. *Jornal Brasileiro de Neurociências*, v. 31, p. 210-215, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22290/JBNC.V31I3.1864>. Acesso em: 5 jun. 2025.

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO (UNAERP). *Projeto pedagógico do curso de Medicina – Campus Guarujá*. Guarujá: UNAERP, 2024. Disponível em: <https://dev-portal.unaerp.br/cursos/medicina-guaruja>. Acesso em: 20 dez. 2025.

VASCONCELOS, M. C. C. de C. et al. Avaliação do conhecimento sobre cuidados paliativos entre acadêmicos de medicina. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med.*, v. 19, n. 2, p. 82-88, 2021. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/231> Acesso em: 3 jul. 2025.

WELLS, G. et al. Medical student confidence in care of the dying and their family: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 11, p. 233-241, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001977>. Acesso em: 6 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. 2. ed. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <https://archive.org/details/nationalcancerco0000unse>. Acesso em: 14 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Better Palliative Care for Older People*. Copenhagen: Organização Mundial da Saúde Regional Office for Europe, 2004. Disponível em: <https://apps.Organização Mundial da Saúde.int/iris/handle/10665/107563>. Acesso em: 15 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; *Clinical practice guidelines for quality palliative care*; 2008. Em: CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR QUALITY PALLIATIVE

CARE, 4. ed., Pittsburgh, PA: National Consensus Project, 2018. Disponível em: <https://www.Organização Mundial da Saúde.int/health-topics/palliative-care>. Acesso em: 3 jul. 2024.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA67.19: *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. 67th World Health Assembly, Geneva, 24 maio 2014. Disponível em: https://apps.Organização Mundial da Saúde.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf. Acesso em: 25 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. London: WHPCA, 2014. Disponível em: <https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global Atlas of Palliative Care.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.Organização Mundial da Saúde.int/publications/i/item/planning-and-implementing-palliative-care-services-a-guide-for-programme-managers>. Acesso em: 20 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Palliative Care: An Overview of the Agenda*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.Organização Mundial da Saúde.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 25 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Assessing the Development of Palliative Care Worldwide: A Set of Actionable Indicators*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em: <https://iris.Organização Mundial da Saúde.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a Organização Mundial da Saúde guide*. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.Organização Mundial da Saúde.int/publications/i/item/9789240030909>. Acesso em: 24 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION EMRO. *EMHJ special edition on palliative care in the Eastern Mediterranean Region*. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2022. Disponível em: <https://www.emro.Organização Mundial da Saúde.int/noncommunicable-diseases/highlights/emhj-special-edition-on-palliative-care-in-the-eastern-mediterranean-region.html>. Acesso em: 26 ago. 2024.

YOUNIS, W. Y.; HAMDAN-MANSOUR, A. M. Status and predictors of medical students' knowledge and attitude towards palliative care in Jordan: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, v. 23, n. 9, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01338-7>. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-023-01338-7>. Acesso em: 3 jul. 2025.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Questionário *on-line*)



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVIDAMOS você a participar da pesquisa “ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS E DA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E DOR”, desenvolvida pela mestrandia Ana Cláudia Marcondes de Souza Pereira, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza. O objetivo geral do estudo consiste em avaliar os conhecimentos dos estudantes de Medicina de uma Universidade da Região Metropolitana da Baixada Santista sobre o tratamento da dor e o manejo da atenção médica aplicados a pacientes elegíveis a cuidados paliativos, bem como analisar a percepção destes sujeitos acerca da abordagem da dor e cuidados paliativos na formação médica. Você está sendo convidado a participar deste estudo por ser estudante regularmente matriculado no curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto, Campus Guarujá, e por ter idade superior a 18 anos. É importante destacar que se você concordar em participar do estudo e efetuar o trancamento da matrícula você será excluído da amostra. Sua participação consiste em responder um questionário *on-line*. Desta forma, afirma-se que este estudo possui riscos baixos, os quais serão minimizados pela garantia da privacidade no preenchimento do questionário, sigilo das informações e garantia de poder se retirar da pesquisa sem prejuízos. Em tempo, se necessário, o participante poderá ser referenciado ao serviço de psicologia da UNISANTOS frente aos riscos apresentados. No que diz respeito aos benefícios da pesquisa, mediante a sua participação, são indiretos e dizem respeito a fomentar a discussão crítica acerca do tema, podendo trazer melhor entendimento da dimensão do problema e estratégias para abordá-lo. Os resultados da pesquisa serão utilizados para confeccionar a dissertação de mestrado. Os dados serão divulgados na forma científica em congressos e periódicos científicos, garantindo o sigilo e anonimato dos participantes. Os dados serão mantidos em

armazenamento seguro por um período de 5 anos após a publicação dos resultados da pesquisa. Ao final deste período, os dados serão descartados de maneira segura garantindo a destruição de qualquer informação que possa identificar os participantes. A sua participação não é obrigatória, não lhe acarretará custos financeiros, nem você receberá remuneração. Poderá, a qualquer momento, desistir da participação sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que estuda. Além disso, você receberá uma via deste termo na qual consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas a qualquer momento. Caso tenha compreendido e ACEITE participar voluntariamente da pesquisa, você deverá clicar na opção “Sim” logo abaixo. Você receberá em seu e-mail, logo após o término do preenchimento do formulário do *google*, uma via deste termo de consentimento e do questionário com as informações fornecidas. Em caso de dúvidas ou desistência, poderá entrar em contato com o pesquisador, Ana Cláudia Marcondes de Souza Pereira, pelo telefone (13)991252290 ou e-mail: apereira@unisantos.br ou Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza, pelo telefone (13) 991172178 ou e-mail: ecsouza@unisantos.br. Em caso de dúvidas sobre questões éticas do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Av. Conselheiro Nébias, 300, Campus Dom Idílio José Soares, Santos - SP, telefone (13) 3205-5555, e-mail comet@unisantos.br.

Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza - Pesquisador responsável

Você concorda em participar da pesquisa?

() Sim () Não

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO

<https://forms.gle/tfve8jnHukPVXT839>

Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

Deseja informar a Identidade de Gênero?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual?

☐ Homem cisgênero

☐ Homem transgênero

☐ Mulher cisgênero

☐ Mulher transgênero

☐ Transgênero

☐ Travesti

☐ Não-binário

☐ outro

Idade: _____

Raça/Cor:

☐ 1 - Branca

☐ 2 - Amarelo

☐ 3 - Pardo

☐ 4 - Negro

☐ 5 - Asiático

☐ 6 - Indígena

Estado Civil:

☐ 1 - Solteiro(a)

☐ 2 - Casado(a)

☐ 3 - Separado(a) divorciado(a)

☐ 4 - Viúvo(a)

Religião:

- ☐ 1 - Católico
- ☐ 2 - Evangélico
- ☐ 3 - Espírita
- ☐ 4 - Religiões de matriz africana
- ☐ 5 - Nenhuma
- ☐ 6 - Outras

Qual a sua renda familiar?

- ☐ 1 - menos de 1 salário mínimo
- ☐ 2 - de 1 a 2 salários mínimos
- ☐ 3 - de 3 a 4 salários mínimos
- ☐ 4 - acima de quatro salários mínimos

Já possui algum curso superior?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, qual curso?.....

Em qual semestre está regularmente matriculado?

- ☐ 9º semestre
- ☐ 10º semestre
- ☐ 11º semestre
- ☐ 12º semestre

Qual área pretende se especializar?

.....

Como você considera o ensino de dor e cuidados paliativos até esse momento do seu curso?

- ☐ Satisfatório
- ☐ Insatisfatório
- ☐ Precisa melhorar

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Entrevista)**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE COLETIVA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVIDAMOS você a participar da pesquisa “ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS E DA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E DOR”, desenvolvida pela mestrandia Ana Cláudia Marcondes de Souza Pereira, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza. O objetivo geral do estudo consiste em avaliar os conhecimentos dos estudantes de Medicina de uma Universidade da Região Metropolitana da Baixada Santista sobre o tratamento da dor e o manejo da atenção médica aplicados a pacientes elegíveis a cuidados paliativos, bem como analisar a percepção destes sujeitos acerca da abordagem da dor e cuidados paliativos na formação médica. Você está sendo convidado a participar deste estudo por ser estudante regularmente matriculado no curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto, Campus Guarujá, e por ter idade superior a 18 anos. Caso você aceite participar da pesquisa, deverá conceder uma entrevista ao pesquisador, a qual deverá ser gravada por meio de gravador digital, que será utilizada apenas para os fins desta pesquisa. A sua participação não é obrigatória, não lhe acarretará custos financeiros, nem você receberá remuneração. Poderá, a qualquer momento, desistir da participação sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que estuda. Informamos que a presente pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao constrangimento/desconforto em responder aos questionamentos, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade na realização da entrevista, anonimato, sigilo das informações e garantia de poder se retirar da pesquisa sem prejuízos. Em tempo, se necessário o participante será referenciado ao serviço de psicologia da UNISANTOS frente aos riscos apresentados. Os benefícios da pesquisa, mediante a sua participação, são indiretos e visam fomentar a discussão crítica acerca do tema, podendo trazer melhor entendimento da dimensão do

problema e estratégias para abordá-lo. Os resultados da pesquisa serão utilizados para confeccionar a dissertação de mestrado. Serão divulgados na forma científica em congressos e periódicos científicos, garantindo o sigilo e anonimato dos participantes. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Caso tenha compreendido e ACEITE participar voluntariamente da pesquisa, você deverá assinar este Termo de Consentimento, em duas vias, devendo receber uma cópia do mesmo e a outra ficará com o pesquisador. Em caso de dúvidas ou desistência, poderá entrar em contato com a pesquisadora Ana Claudia Marcondes de Souza Pereira, pelo telefone (13)991252290 ou pelo e-mail: apereira@unisantos.com ou com o Orientador Prof. Eduardo Carvalho de Souza, pelo telefone (13) 991172178 ou e-mail: unisantos.br. Em caso de dúvidas sobre questões éticas do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Av. Conselheiro Nébias, 300, Campus Dom Idílio José Soares, Santos - SP, telefone (13) 3205-5555, e-mail comet@unisantos.br.

_____ (local), _____, _____, 2024.

PARTICIPANTE

PESQUISADOR

APÊNDICE D - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Para você, qual a importância de abordar os temas cuidados paliativos e dor na formação médica?
2. Defina o que é cuidados paliativos?
3. Você teve alguma disciplina sobre Cuidados Paliativos ou o assunto foi abordado dentro de alguma disciplina? Se sim, qual? Em qual(is) etapas(s)? Como você considera essa abordagem?
4. Você teve alguma disciplina sobre dor ou o assunto foi abordado dentro de alguma disciplina? Se sim, qual? Em qual(is) etapas(s)? Como você considera essa abordagem?
5. Você considera suficiente o tempo dedicado aos ensinamentos sobre cuidados paliativos?
6. Você considera suficiente o tempo dedicado aos ensinamentos sobre dor?
7. Você já vivenciou alguma experiência com pacientes em CP, tanto pessoal, acadêmica ou profissional? Se sim, fale sobre ela (s).
8. Você esteve presente quando algum paciente foi declarado morto ou quando o familiar / paciente recebeu uma notícia considerada difícil?
9. Você se acha capaz de comunicar uma notícia difícil a um paciente ou a um familiar?
10. Você considera importante o estudo de cuidados paliativos? Por quê?
11. Você considera importante o estudo da dor? Por quê?
12. Como você considera o ensino de dor e cuidados paliativos até esse momento do seu curso?
13. Você tem alguma sugestão ou outra consideração que possa contribuir para melhorar o ensino do manejo da dor e dos CP no seu curso

ANEXO A - Bonn Palliative Care Knowledge Test

<https://forms.gle/tfve8jnHukPVXT839>

Bonn Palliative Care Knowledge Test (Adaptado ao português, 2015)

QCG: quesito de conhecimento geral

QD: quesito sobre dor

QCS: quesito sobre controle de sintomas

QASM: quesito sobre atenção sobre morrer

Secção 1

QCG 1. Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 2. Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opióide:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCS 3. A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 4. A gestão da dor com opióide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 5. As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 6. Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCS 7. A obstipação deve ser aceita como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 8. Os CP requerem uma proximidade emocional constante:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 9. Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 10. A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 11. O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 12. As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer: Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 13. Os membros da equipe não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 14. A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 15. As competências de comunicação podem ser aprendidas

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 16. Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 18. Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimónias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 19. O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado.

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QD 20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opióides

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 21. A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QCG 22. Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa :

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

QASM 23. As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes mesmo no processo de morrer

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

Secção 2 – Avaliação da autoconfiança

Penso que sou capaz de...

1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP Correto ()

Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde Correto ()

Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

4. Convencer outros médicos sobre a necessidade de apoio de CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

6. Organizar o contacto com um serviço de CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte: Correto ()

Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos:

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

14. Integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir

Correto () Razoavelmente Correto () Pouco Correto () Incorreto ()

ANEXO B - Suporte da Clínica Psicológica da Universidade Católica de Santos



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

Santos, 23 de julho de 2024

Att.

Sra. Ana Cláudia Marcondes de Souza Pereira, mestranda do Programa Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos

e

Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza – Professor do Programa Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos

Prezados,

Em resposta a solicitação de suporte da Clínica Psicológica da Universidade Católica de Santos, em função de possíveis desconfortos ou queixas emocionais nos participantes: alunos da 9ª, 10ª, 11ª e 12ª etapas do curso de Medicina de uma Universidade da Região Metropolitana da Baixada Santista, que participarem da pesquisa intitulada: "**Análise dos Conhecimentos e da Percepção de Estudantes sobre Cuidados Paliativos e Dor na Formação Médica**", e, consequente encaminhamento para a mesma, vimos consignar o nosso "**de acordo**".

Sem mais, colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos que porventura se fizerem necessários.

Atenciosamente



Prof. Me. Wagner José Tedesco
Coordenador das Clínicas de Psicologia
Universidade Católica de Santos

ANEXO C- TERMO DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
CURSO DE MEDICINA
CAMPUS GUARUJÁ

TERMO DE ANUÊNCIA

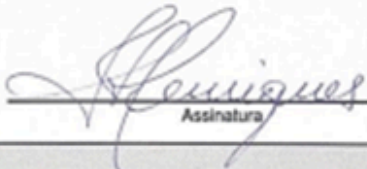
Eu, Geraldo Magela Nogueira Marques, Coordenador do Curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp), Campus Guarujá, autorizo a realização da pesquisa **"Análise dos conhecimentos e da percepção de estudantes sobre cuidados paliativos e dor na formação médica"** que será realizada pela mestrandia Ana Cláudia Marcondes de Souza Pereira e seu orientador Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza, durante os anos de 2024 e 2025.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Santos (Unisantos), assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).



Prof. Dr. Geraldo Magela Nogueira Marques
Coordenador do curso de medicina
Universidade de Ribeirão Preto

ANEXO D - FOLHO DE ROSTO PLATAFORMA BRASIL

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS E DA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E DOR NA FORMAÇÃO MÉDICA			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 123			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR			
5. Nome: EDUARDO CARVALHO DE SOUZA			
6. CPF: 022.601.203-42		7. Endereço (Rua, n.º): DOS CAICARAS, 575 JARDIM LAS PALMAS ap 51 GUARUJA SAO PAULO 11420440	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 13991172178	10. Outro Telefone:	11. Email: eduardo_carvalho21@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. Data: <u>03</u> / <u>06</u> / <u>24</u>  Assinatura			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS		13. CNPJ: 58.191.008/0015-68	
14. Unidade/Órgão:			
15. Telefone:		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Responsável: <u>PROF.ª ME. FLÁVIA HENRIQUES</u> CPF: <u>545.361.468-49</u> Diretora do Centro de Genética Humana Aplicadas e Saúde Cargo/Função: _____ Data: <u>03</u> / <u>06</u> / <u>24</u>  Assinatura			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			