



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA**  
**E COMUNIDADE SESAU/FIOCRUZ**

**VANESSA GREGÓRIO DE GÓES**

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS**  
**PALIATIVOS DOS MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**NAS UNIDADES DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA**  
**SESAU/FIOCRUZ EM CAMPO GRANDE**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2025**

**VANESSA GREGÓRIO DE GÓES**



**Residência em Medicina de Família e Comunidade**  
**SESAU | Campo Grande/MS**

**Avenida Afonso Pena, 3547 - Centro**  
**CEP: 79002 - 072 - Campo Grande**  
**Tel: (67) 3056 - 8005**



# **AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS UNIDADES DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA SESAU/FIOCRUZ EM CAMPO GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado  
como requisito parcial para conclusão da Residência  
Médica em Medicina de Família e Comunidade  
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Paulo Naves Aguiar

Co-orientador (a): Cyro Mendes

GÓES, Vanessa Gregório. **Avaliação do conhecimento sobre cuidados paliativos dos médicos da estratégia saúde da família nas unidades de residência multiprofissional da SESAU/FIOCRUZ em campo grande. 2024.** Trabalho de Conclusão de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2025.

**CAMPO GRANDE - MS**

**2025**



Residência em Medicina de Família e Comunidade  
SESAU | Campo Grande/MS

Avenida Afonso Pena, 3547 - Centro  
CEP: 79002 - 072 - Campo Grande  
Tel: (67) 3056 - 8005



## Avaliação do conhecimento sobre cuidados paliativos dos médicos da estratégia saúde da família nas unidades de residência multiprofissional da SESAUFIOCRUZ em campo grande

*Assessment of Knowledge on Palliative Care Among Family Health Strategy Doctors in the SESAUFIOCRUZ Multiprofessional Residency Units in Campo Grande*

*Evaluación del Conocimiento Sobre Cuidados Paliativos de los Médicos de la Estrategia de Salud Familiar en las Unidades de Residencia Multiprofesional de SESAUFIOCRUZ en Campo Grande*

Vanessa Gregório de Góes<sup>1</sup>

### RESUMO

---

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos (CP) visam aliviar sintomas promover o bem estar de pacientes com condições graves e limitantes de saúde, em qualquer estágio vida. No entanto, a implementação eficaz dos CP no Brasil enfrenta desafios.

**Objetivos:** Este trabalho objetiva avaliar o conhecimento e a autoconfiança em Cuidados Paliativos entre médicos residentes e preceptores de Medicina de Família e Comunidade vinculados ao programa de Residência Médica e Multiprofissional da SESAUFIOCRUZ em Campo Grande, MS, em 2024. **Metodologia:** Estudo transversal analítico. Médicos residentes e preceptores das unidades de Residência Médica e Multiprofissional da SESAUFIOCRUZ, responderam um questionário Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW), para avaliar o conhecimento e autoconfiança em CP. **Resultados:** A média geral de conhecimento foi de 68,3%, enquanto a autoconfiança foi baixa, com uma média de 23,4%. Houve diferença significativa entre residentes (16,6%) e preceptores (35,9%) na autoconfiança ( $p = 0,0225$ ). As questões relacionadas à abordagem multidisciplinar tiveram melhor desempenho, enquanto temas como comunicação e manejo da dor com opioides apresentaram baixas taxas de acerto. **Conclusão:** O estudo reforça a importância de integrar CP na formação médica com currículos interdisciplinares e programas de capacitação prática, promovendo uma abordagem mais efetiva na atenção primária.

**Palavras-chaves:** assistência paliativa; atenção primária; Estratégia Saúde da Família.

---

<sup>1</sup>Médica pela UFAC, residente em Medicina de Família e Comunidade – SesaufioCRUZ, Campo Grande/MS, Brasil.





## Abstract

---

**Background:** Palliative Care (PC) aims to relieve symptoms and promote the well-being of patients with severe and life-limiting health conditions at any stage of life. However, the effective implementation of PC in Brazil faces significant challenges. **Objectives:** This study aims to assess the knowledge and self-confidence in Palliative Care among Family and Community Medicine residents and preceptors linked to the SESAUFIOCRUZ Medical and Multiprofessional Residency Program in Campo Grande, MS, in 2024. **Methodology:** Analytical cross-sectional study. Medical residents and preceptors from SESAUFIOCRUZ Medical and Multiprofessional Residency Units answered the Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW) to evaluate knowledge and self-confidence in PC. **Results:** The overall knowledge average was 68.3%, while self-confidence was low, averaging 23.4%. There was a significant difference between residents (16.6%) and preceptors (35.9%) in self-confidence ( $p = 0.0225$ ). Questions related to the multidisciplinary approach had better performance, whereas topics such as communication and pain management with opioids had low accuracy rates. **Conclusion:** The study reinforces the importance of integrating PC into medical training through interdisciplinary curricula and practical training programs, promoting a more effective approach in primary care. **Keywords:** palliative care; primary care; Family Health Strategy.

## Resumen

---

**Fundamento:** Los Cuidados Paliativos (CP) tienen como objetivo aliviar los síntomas y promover el bienestar de pacientes con condiciones de salud graves y limitantes en cualquier etapa de la vida. Sin embargo, la implementación efectiva de los CP en Brasil enfrenta desafíos significativos. **Objetivos:** Este trabajo tiene como objetivo evaluar el conocimiento y la autoconfianza en Cuidados Paliativos entre residentes y preceptores de Medicina Familiar y Comunitaria vinculados al programa de Residencia Médica y Multiprofesional de SESAUFIOCRUZ en Campo Grande, MS, en 2024. **Metodología:** Estudio transversal analítico. Residentes médicos y preceptores de las unidades de Residencia Médica y Multiprofesional de SESAUFIOCRUZ respondieron el cuestionario Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW) para evaluar el conocimiento y la autoconfianza en CP. **Resultados:** El promedio general de conocimiento fue del 68,3%, mientras que la autoconfianza fue baja, con un promedio del 23,4%. Hubo una diferencia significativa entre residentes (16,6%) y preceptores (35,9%) en autoconfianza ( $p = 0,0225$ ). Las preguntas relacionadas con el enfoque multidisciplinario obtuvieron mejores resultados, mientras que temas como la comunicación y el manejo del dolor con opioides mostraron bajas tasas de aciertos. **Conclusión:** El estudio refuerza la importancia de integrar los CP en la formación médica a través de currículos interdisciplinarios y programas de capacitación práctica, promoviendo un enfoque más efectivo en la atención primaria.

**Palabras clave:** cuidados paliativos; atención primaria; Estrategia de Salud de la Familia.





## SUMÁRIO

|                                                                                                        |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                                              | <b>6</b>  |
| <b>2 MÉTODOS.....</b>                                                                                  | <b>8</b>  |
| <b>3 RESULTADOS.....</b>                                                                               | <b>9</b>  |
| <b>4 DISCUSSÃO .....</b>                                                                               | <b>17</b> |
| <b>5. CONCLUSÃO .....</b>                                                                              | <b>22</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                                               | <b>23</b> |
| <b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECDO.....</b>                                     | <b>28</b> |
| <b>ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU .....</b>                                              | <b>31</b> |
| <b>ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO CEP.....</b>                                                       | <b>32</b> |
| <b>ANEXO C – QUESTIONÁRIO BONN PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE TEST .....</b>                                | <b>33</b> |
| <b>ANEXO D – NORMAS DE SUBMISSÃO PARA REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE .....</b> | <b>37</b> |





## 1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) visam aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças graves, podendo coexistir com tratamentos curativos em qualquer fase da enfermidade. Essa abordagem, focada nas necessidades do paciente, é implementada por equipes multidisciplinares em diversos contextos de atendimento.<sup>1</sup> Historicamente associados à fase terminal da vida, os CP foram inicialmente limitados ao cuidado de pacientes nessa etapa, mas atualmente abrangem práticas colaborativas voltadas para o manejo físico, emocional, social e espiritual dos pacientes e de seus familiares.<sup>1,2</sup>

O aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como hipertensão, diabetes e câncer, reforça a importância dos cuidados paliativos para melhorar a qualidade de vida dos pacientes por meio de prevenção, tratamento e orientação familiar.<sup>3,4</sup> Em 2020, essas condições foram responsáveis por 74% das mortes no Brasil, totalizando 975.400 óbitos, com uma probabilidade de morte prematura de 17%.<sup>5,6,7</sup> Essas doenças geram impacto significativo no sistema de saúde, agravando os custos e a sobrecarga assistencial.<sup>8,9</sup>

A partir de 2018, os CP passaram a integrar os cuidados na rede pública brasileira por meio da Resolução nº 41, da Comissão Intergestores Tripartite.<sup>10</sup> Desde então, o Brasil avançou no desenvolvimento dessa modalidade, subindo para o Grupo 3b segundo a Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, isso indica uma generalização dos CP com mais financiamento, acesso à morfina e centros de treinamento.<sup>11</sup> Apesar do avanço notável dos Cuidados Paliativos no Brasil, em comparação com outros países latino-americanos, o país ainda não alcançou a integração das categorias 4a e 4b. Isso o posiciona atrás de nações como Argentina, Chile e Uruguai, conforme informações da Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos.<sup>12</sup>

De acordo com os dados da Academia Nacional de Cuidados Paliativos<sup>13</sup>, entre 2018 e 2022, os serviços de CP no Brasil aumentaram de 177 para 234, um crescimento de 32%. O Sudeste, que antes concentrava 58% dos serviços, agora representa 41,8%, enquanto outras regiões tiveram avanços significativos: Nordeste (25,7%), Sul (17,1%), Centro-Oeste (12%) e a Região Norte manteve-se







estável (3,4%).<sup>14,15</sup> A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel central nesse contexto, proporcionando acesso a CP e reduzindo internações hospitalares, com equipes multiprofissionais que conhecem as trajetórias dos pacientes e suas famílias.<sup>16,17</sup>

Em outras palavras, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial ao ser o ponto de partida no contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, abrangendo ações de promoção, prevenção, proteção e cuidado integrado, realizadas por equipes multiprofissionais em áreas definidas, nas quais assumem responsabilidade direta. Sendo assim, a APS é amplamente reconhecida em diversos países como o ambiente ideal para aplicar Cuidados Paliativos.<sup>18,19</sup>

Apesar dos avanços, os Cuidados Paliativos ainda enfrentam desafios, como a escassez de serviços especializados, a centralização na atenção terciária e a formação insuficiente dos profissionais.<sup>20</sup> Embora os médicos reconheçam os CP como parte de suas responsabilidades, apontam a necessidade de uma organização sistêmica que promova interações sociais na assistência.<sup>17</sup> A formação profissional, por sua vez, privilegia aspectos científicos e tecnológicos, mas negligencia o desenvolvimento de habilidades para atender às necessidades emocionais e sociais dos pacientes, especialmente em contextos de terminalidade, gerando um descompasso entre os avanços biotecnológicos e o cuidado humanizado.<sup>21,22</sup>

Nesse cenário, é de suma importância conduzir pesquisas que elucidem o entendimento e norteiem a aplicação dos Cuidados Paliativos, uma vez que essa modalidade de assistência ainda carece de ampla divulgação, prática e diretrizes claras. Nesse cenário, torna-se essencial ajustar as abordagens de saúde, com ênfase em equipes que possam operar em proximidade aos lares dos pacientes, e a Estratégia Saúde da Família surge como uma perspectiva promissora para a oferta de cuidados domiciliares.<sup>23</sup>

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento e percepção de médicos atuantes na rede de atenção primária à saúde em unidades de Residência Médica e Multiprofissional da SESAUFIOCRUZ do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, sobre a prática dos CP.





## 2 MÉTODOS

Este estudo foi conduzido como uma pesquisa transversal analítica, utilizando dados primários coletados entre agosto e novembro de 2024. A pesquisa foi realizada nas unidades de residência médica e multiprofissional da Secretaria de Saúde (SESAU) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), localizadas em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Participaram do estudo médicos residentes e preceptores especialistas em Medicina de Família e Comunidade, maiores de 18 anos, que atuam nessas unidades. A inclusão no estudo foi condicionada ao preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eletrônico e ao preenchimento integral do questionário de pesquisa.

Os dados foram coletados exclusivamente de forma online, por meio da plataforma Google Forms. Os convites para participação foram enviados por WhatsApp. No formulário, os participantes tiveram acesso inicial ao TCLE, e a aceitação foi registrada eletronicamente ao marcar a opção de concordância antes de acessar o questionário.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a versão em português do questionário Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW). Este questionário foi originalmente desenvolvido na Alemanha e adaptado para avaliar o conhecimento teórico em cuidados paliativos. Essa ferramenta foi validada em diversos países e recentemente adaptada para o português de Portugal, permitindo uma similaridade com nossa língua materna.<sup>24</sup>

O questionário é subdividido em duas seções. A primeira seção, intitulada “Conhecimentos”, abrange tópicos relacionados às práticas e filosofias dos cuidados paliativos, incluindo gestão da dor, terapias e apoio emocional. A segunda seção, denominada “Avaliação de Autoconfiança”, tem como objetivo avaliar a autopercepção dos profissionais em relação à sua capacidade e habilidade para aplicar cuidados paliativos, incluindo obtenção de dados, aconselhamento, comunicação com pacientes e familiares, e identificação de necessidades complexas.

A primeira seção contém 23 perguntas, cujas respostas possíveis são “correto”, “razoavelmente correto”, “pouco correto” ou “incorreto”. As respostas serão avaliadas de acordo com o estudo original que validou o questionário para o







português. Segundo os autores do instrumento, os itens 1 a 4, 6 a 10, 12, 14 e 16 a 20 devem ser considerados pouco corretos ou incorretos, enquanto os itens 5, 11, 13, 15, 21-23 são considerados corretos ou razoavelmente corretos.<sup>25</sup>

A segunda seção, destinada à avaliação da autoconfiança, contém um total de 15 questões. As respostas possíveis são “correto”, “razoavelmente correto”, “pouco correto” ou “incorreto”. Contudo, não há respostas objetivamente corretas ou incorretas nesta seção, uma vez que se trata de uma avaliação subjetiva da autopercepção dos profissionais.

No entanto, para fins de análise estatística, considerou-se como resposta correta aquelas em que o participante marcou “correto” (indicando que se sente plenamente capaz). Além disso, foram coletadas informações demográficas, como sexo, faixa etária e tempo de atuação na atenção primária à saúde, para caracterização da amostra e análises comparativas entre médicos residentes e preceptores.

Os dados foram analisados utilizando o software SPSS versão 25, com um nível de significância de 5%. As variáveis descritivas da amostra foram apresentadas em frequências absoluta (n) e relativa (%). Para comparar as proporções de acertos em cada item entre preceptores e residentes, bem como entre profissionais com maior e menor tempo de atuação na atenção primária, foi aplicado o teste z de proporções. Adicionalmente, os domínios de conhecimento e autoconfiança, calculados com base nos acertos dos itens e pontuados de 0 a 100 para cada participante, foram comparados entre os grupos utilizando o teste t. Os resultados foram apresentados como médias e desvios.

Todos os procedimentos éticos foram rigorosamente seguidos, de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Fiocruz/Brasília sob parecer número 6.993.705 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 79919124.6.0000.8027.

### 3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 51 médicos vinculados ao programa de residência médica da SESAU/Fiocruz em Campo Grande, MS. A maioria dos





participantes era formada por médicos residentes (64,7%), enquanto 35,3% eram médicos preceptores.

Conforme a Tabela 1, a distribuição por sexo foi predominantemente feminina (58,8%), seguida pelo sexo masculino (39,2%) e uma pessoa que optou por não declarar (2,0%). A faixa etária mais comum foi entre 25 e 29 anos (49%), e a maioria dos participantes tinha até 5 anos de atuação na Atenção Primária (82,4%). Apenas 9,8% dos participantes estavam entre 6 e 10 anos de atuação, enquanto 7,8% tinham mais de 10 anos de experiência.

A tabela 1 apresenta a descritiva de todos os itens. Todas as variáveis são categóricas portanto a apresentação é em forma de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Tabela 1 - Descritiva da amostra (n = 51)

| <i>Vínculo no programa</i>               | n  | %    |
|------------------------------------------|----|------|
| Médico preceptor                         | 18 | 35,3 |
| Médico residente                         | 33 | 64,7 |
| <i>Sexo</i>                              |    |      |
| Feminino                                 | 30 | 58,8 |
| Masculino                                | 20 | 39,2 |
| Prefiro não dizer                        | 1  | 2,0  |
| <i>Faixa etária</i>                      |    |      |
| Entre 20 e 24 anos                       | 1  | 2,0  |
| Entre 25 e 29 anos                       | 25 | 49,0 |
| Entre 30 e 34 anos                       | 13 | 25,5 |
| Entre 35 e 39 anos                       | 6  | 11,8 |
| Entre 40 e 44 anos                       | 3  | 5,9  |
| Entre 45 e 50 anos                       | 1  | 2,0  |
| Acima de 50 anos                         | 2  | 3,9  |
| <i>Tempo atuando na Atenção Primária</i> |    |      |
| Menor ou igual a 5 anos                  | 42 | 82,4 |
| Entre 6 a 10 anos                        | 5  | 9,8  |
| Acima de 10 anos                         | 4  | 7,8  |

A tabela 2 apresenta o percentual de acertos (entre os 51 respondentes) de cada um dos itens de conhecimento.





Tabela 2 - Porcentagem de acertos nas questões de conhecimento (n = 51)

|     | n  | %     |
|-----|----|-------|
| Q1  | 46 | 90,2  |
| Q2  | 34 | 66,7  |
| Q3  | 35 | 68,6  |
| Q4  | 8  | 15,7  |
| Q5  | 50 | 98,0  |
| Q6  | 9  | 17,6  |
| Q7  | 36 | 70,6  |
| Q8  | 17 | 33,3  |
| Q9  | 29 | 56,9  |
| Q10 | 27 | 52,9  |
| Q11 | 43 | 84,3  |
| Q12 | 8  | 15,7  |
| Q13 | 43 | 84,3  |
| Q14 | 34 | 66,7  |
| Q15 | 51 | 100,0 |
| Q16 | 42 | 82,4  |
| Q17 | 46 | 90,2  |
| Q18 | 50 | 98,0  |
| Q19 | 48 | 94,1  |
| Q20 | 49 | 96,1  |
| Q21 | 8  | 15,7  |
| Q22 | 39 | 76,5  |
| Q23 | 49 | 96,1  |

A questão 15 (*As competências de comunicação podem ser aprendidas*) teve 100% de acerto, ou seja, todos os entrevistados responderam que a afirmativa era correta ou razoavelmente correta. Entre as com pior resultado estão as questões 4 (*A gestão da dor com opioide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida*), 12 (*As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer*) e 21 (*A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida*), ambas com 15,7% de acertos, ou seja, apenas essa porcentagem de pessoas respondeu que a afirmativa era “pouco correta” ou “incorreta”.

A autoconfiança foi avaliada por 15 questões, sendo considerada correta a resposta “correto” para indicar que o respondente se sentia plenamente capaz de realizar a tarefa descrita. As questões relacionadas a autoconfiança estão na tabela 3.





As porcentagens dizem respeito aos casos que consideraram “correto” as perguntas sobre suas capacidades.

Tabela 3 - Porcentagem de acertos nas questões de autoconfiança (n = 51)

|     | n  | %    |
|-----|----|------|
| A1  | 14 | 27,5 |
| A2  | 16 | 31,4 |
| A3  | 11 | 21,6 |
| A4  | 16 | 31,4 |
| A5  | 14 | 27,5 |
| A6  | 5  | 9,8  |
| A7  | 15 | 29,4 |
| A8  | 5  | 9,8  |
| A9  | 5  | 9,8  |
| A10 | 7  | 13,7 |
| A11 | 8  | 15,7 |
| A12 | 13 | 25,5 |
| A13 | 11 | 21,6 |
| A14 | 15 | 29,4 |
| A15 | 24 | 47,1 |

A pergunta com maior porcentagem de acerto foi a 15 (*Penso que sou capaz de criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir*), com 47,1% das pessoas considerando a afirmativa correta (resposta esperada). As perguntas com menor porcentagem de correta foram as questões 6 (*Penso que sou capaz de organizar o contato com um serviço de CP*), 8 (*Penso que sou capaz de identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada*) e 9 (*Penso que sou capaz de ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP*), todas elas com 9,8% de acertos.

Além das perguntas isoladas foram criadas duas variáveis numéricas que avaliam o percentual de acertos dentre as 23 respostas de conhecimento e as 15 respostas de autoconfiança. Cada participante poderia atingir até 100% de acerto, caso respondesse corretamente a todas as questões de cada domínio. Como cada indivíduo apresenta seu próprio resultado, na tabela 4 está a média, desvio padrão, mínimo e máximo de acerto dos 51 indivíduos.





Tabela 4 - Resultado das variáveis síntese de conhecimento e autoconfiança (n = 51)

|                   | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|-------------------|--------|--------|-------|---------------|
| Conhecimento (%)  | 34,8   | 91,3   | 68,3  | 11,9          |
| Autoconfiança (%) | 0,0    | 100,0  | 23,4  | 29,3          |

O mínimo de acertos de uma pessoa em relação a conhecimento foi de 34,8%, ou seja, acertou 8 das 23 questões. O máximo foi de 91,3%, ou seja, 21 questões certas. A média de acerto em conhecimento foi de 68,3% com desvio padrão de 11,9.

O mínimo de acertos de uma pessoa em relação a autoconfiança foi de 0%, ou seja, errou todas as questões. Por outro lado, o máximo foi de 100%, ou seja, alguém que se sentiu capaz em todas as situações. A média, no entanto, é baixa, 23,4% ( $\pm 29,3$ ), refletindo grande variabilidade entre os participantes.

Na tabela 5 estão as comparações dos resultados dos médicos e residentes em todas as questões de conhecimento.

Tabela 5 – Comparação da porcentagem de acertos nas questões de conhecimento entre preceptores e residentes (n = 51)

|     | Preceptores | Residentes | Valor p* |
|-----|-------------|------------|----------|
| Q1  | 88,9%       | 90,9%      | 0,817    |
| Q2  | 66,7%       | 66,7%      | 0,999    |
| Q3  | 77,8%       | 63,6%      | 0,298    |
| Q4  | 11,1%       | 18,2%      | 0,507    |
| Q5  | 100%        | 97%        | 0,456    |
| Q6  | 16,7%       | 18,2%      | 0,892    |
| Q7  | 66,7%       | 72,7%      | 0,650    |
| Q8  | 33,3%       | 33,3%      | 0,999    |
| Q9  | 55,6%       | 57,6%      | 0,889    |
| Q10 | 38,9%       | 60,6%      | 0,138    |
| Q11 | 77,8%       | 87,9%      | 0,343    |
| Q12 | 5,6%        | 21,2%      | 0,142    |
| Q13 | 88,9%       | 81,8%      | 0,507    |
| Q14 | 66,7%       | 66,7%      | 0,999    |
| Q15 | 100%        | 100%       | 0,999    |
| Q16 | 83,3%       | 81,8%      | 0,892    |
| Q17 | 94,4%       | 87,9%      | 0,451    |
| Q18 | 100%        | 97%        | 0,456    |
| Q19 | 100%        | 90,9%      | 0,187    |
| Q20 | 94,4%       | 97%        | 0,657    |
| Q21 | 27,7%       | 9,1%       | 0,080    |
| Q22 | 72,2%       | 78,8%      | 0,597    |



**Q23**

94,4%

97%

0,657

\*teste Z de proporção

Observa-se que a porcentagem de acerto em cada um dos itens não se diferenciou entre preceptores e residentes ( $p > 0,05$ ), ou seja, o nível de conhecimento de ambos não apresenta diferença significativa.

O mesmo processo se repete para os itens de autoconfiança na tabela 6.

Tabela 6 – Comparação da porcentagem de acertos nas questões de autoconfiança entre preceptores e residentes (n = 51)

|            | Preceptores  | Residentes   | Valor p*     |
|------------|--------------|--------------|--------------|
| A1         | 27,8%        | 27,3%        | 0,969        |
| A2         | <b>50%</b>   | 21,2%        | <b>0,034</b> |
| A3         | <b>38,9%</b> | 12,1%        | <b>0,026</b> |
| A4         | 44,4%        | 24,3%        | 0,137        |
| A5         | <b>44,4%</b> | 18,2%        | <b>0,045</b> |
| A6         | 16,7%        | 6,1%         | 0,224        |
| A7         | <b>55,6%</b> | 15,2%        | <b>0,003</b> |
| A8         | <b>22,2%</b> | 3%           | <b>0,028</b> |
| A9         | <b>22,2%</b> | 3%           | <b>0,028</b> |
| A10        | 22,2%        | 9,1%         | 0,193        |
| A11        | 22,2%        | 12,1%        | 0,343        |
| A12        | 38,9%        | 18,2%        | 0,105        |
| A13        | <b>38,9%</b> | 12,1%        | <b>0,026</b> |
| A14        | 44,4%        | 21,2%        | 0,082        |
| <b>A15</b> | <b>50%</b>   | <b>45,5%</b> | <b>0,756</b> |

\*teste Z de proporção

Nesse caso, em 7 das 15 questões de autoconfiança, os preceptores tiveram maior percentual de sensação de total capacidade diante da situação apresentada. Foram elas: 2 (*Penso que sou capaz de aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas*) ( $p = 0,0342$ ), 3 (*Penso que sou capaz de informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde*) ( $p = 0,0263$ ), 5 (*Penso que sou capaz de identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP*) ( $p = 0,0446$ ), 7 (*Penso que sou capaz de me comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros*) ( $p = 0,0025$ ), 8 (*Penso que sou capaz de identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada*) ( $p = 0,0276$ ), 9 (*Penso que sou capaz*







de ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP) ( $p = 0,0276$ ) e 13 (Penso que sou capaz de identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP) ( $p = 0,0263$ ).

Na tabela 7 está a comparação da pontuação total obtida pelos preceptores e residentes nas variáveis criadas de “conhecimento” e “autoconfiança”.

Tabela 7 - Resultado das variáveis síntese de conhecimento e autoconfiança ( $n = 51$ )

|                   | Preceptores ( $n = 18$ ) | Residentes ( $n = 33$ ) | valor $p^*$  |
|-------------------|--------------------------|-------------------------|--------------|
| Conhecimento (%)  | 67,9 (11,7)              | 68,5 (12,2)             | 0,857        |
| Autoconfiança (%) | 35,9 (36,7)              | 16,6 (22,1)             | <b>0,023</b> |

\*Teste t. Dados apresentados como média e desvio padrão das porcentagens

Não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao conhecimento ( $p = 0,857$ ). Médicos residentes e preceptores apresentaram desempenho semelhante em todas as questões avaliadas. Preceptores apresentaram maior autoconfiança média (35,9%) em comparação aos residentes (16,6%), com diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,023$ ).

Essas comparações se repetiram para a variável tempo de atuação na atenção primária. Em virtude do volume de repostas, essa variável foi dividida em 2 grupos: os que atuam a 5 anos ou menos e os que atuam a mais de 5 anos (tabela 8).

Tabela 8 – Comparação da porcentagem de acertos nas questões de conhecimento a partir do tempo de atuação na Atenção Primária ( $n = 51$ )

|            | Até 5 anos ( $n = 42$ ) | Mais de 5 anos ( $n = 9$ ) | Valor $p^*$ |
|------------|-------------------------|----------------------------|-------------|
| Q1         | 92,8%                   | 77,8%                      | 0,167       |
| Q2         | 71,4%                   | 44,4%                      | 0,119       |
| Q3         | 69%                     | 66,7%                      | 0,889       |
| <b>Q4</b>  | 19%                     | 0%                         | 0,154       |
| <b>Q5</b>  | 97,6%                   | 100%                       | 0,640       |
| <b>Q6</b>  | 16,7%                   | 22,2%                      | 0,692       |
| <b>Q7</b>  | 76,2%                   | 44,4%                      | 0,058       |
| <b>Q8</b>  | 35,7%                   | 22,2%                      | 0,436       |
| <b>Q9</b>  | 59,5%                   | 44,4%                      | 0,407       |
| <b>Q10</b> | 57,1%                   | 33,3%                      | 0,194       |
| <b>Q11</b> | 83,3%                   | 88,9%                      | 0,678       |
| <b>Q12</b> | 16,7%                   | 11,1%                      | 0,678       |
| <b>Q13</b> | 83,3%                   | 88,9%                      | 0,678       |





|     |       |       |       |
|-----|-------|-------|-------|
| Q14 | 69%   | 55,6% | 0,436 |
| Q15 | 100%  | 100%  | 0,999 |
| Q16 | 81%   | 88,9% | 0,571 |
| Q17 | 90,5% | 88,9% | 0,885 |
| Q18 | 97,6% | 100%  | 0,640 |
| Q19 | 92,9% | 100%  | 0,409 |
| Q20 | 97,6% | 88,9% | 0,221 |
| Q21 | 11,9% | 33,3% | 0,109 |
| Q22 | 73,8% | 88,9% | 0,333 |
| Q23 | 95,2% | 100%  | 0,504 |

\*teste Z de proporção

Não houve diferença nos resultados de acertos dos itens de conhecimento quando se comparam indivíduos que trabalharam por até 5 anos e mais de 5 anos na atenção primária ( $p > 0,05$ ).

Na tabela 9, a comparação de cada um dos itens de autoconfiança. Os itens 2 (Penso que sou capaz de aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas) ( $p = 0,012$ ) e 7 (Penso que sou capaz de me comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros) ( $p = 0,007$ ) tem maior proporção de concordância entre os que trabalham mais de 5 anos na atenção primária.

Tabela 9 – Comparação da porcentagem de acertos nas questões de autoconfiança a partir do tempo de atuação na Atenção Primária (n = 51)

|     | Até 5 anos (n = 42) | Mais de 5 anos (n = 9) | Valor p*     |
|-----|---------------------|------------------------|--------------|
| A1  | 26,2%               | 33,3%                  | 0,663        |
| A2  | 23,8%               | <b>66,7%</b>           | <b>0,012</b> |
| A3  | 16,7%               | 44,4%                  | 0,066        |
| A4  | 26,2%               | 55,6%                  | 0,085        |
| A5  | 23,8%               | 44,4%                  | 0,208        |
| A6  | 7,1%                | 22,2%                  | 0,167        |
| A7  | 21,4%               | <b>66,7%</b>           | <b>0,007</b> |
| A8  | 7,1%                | 22,2%                  | 0,167        |
| A9  | 7,1%                | 22,2%                  | 0,167        |
| A10 | 9,5%                | 33,3%                  | 0,060        |
| A11 | 14,3%               | 22,2%                  | 0,552        |
| A12 | 21,4%               | 44,4%                  | 0,151        |
| A13 | 16,7%               | 44,4%                  | 0,066        |
| A14 | 23,8%               | 55,6%                  | 0,058        |
| A15 | 45,2%               | 55,6%                  | 0,574        |

\*teste Z de proporção





Por fim, a tabela 10 mostra os resultados dos dois domínios gerais quando comparados ao tempo de atuação na atenção primária.

Tabela 10 - Resultado das variáveis síntese de conhecimento e autoconfiança (n = 51)

|                   | Tempo de atuação na Atenção Primária |                        | valor p*     |
|-------------------|--------------------------------------|------------------------|--------------|
|                   | Até 5 anos (n = 42)                  | Mais de 5 anos (n = 9) |              |
| Conhecimento (%)  | 69 (11,4)                            | 54,7 (14)              | 0,327        |
| Autoconfiança (%) | 19,4 (26)                            | 42,2 (37,6)            | <b>0,032</b> |

\*Teste t. Dados apresentados como média e desvio padrão das porcentagens

Os resultados indicaram que não houve diferença significativa no conhecimento entre os dois grupos avaliados ( $p = 0,327$ ). Contudo, no domínio da autoconfiança, profissionais com maior tempo de atuação na atenção primária apresentaram pontuações superiores em comparação àqueles com até 5 anos de experiência ( $p = 0,032$ ).

#### 4 DISCUSSÃO

O presente estudo, realizado com médicos residentes e preceptores de Medicina de Família e Comunidade em Campo Grande, evidenciou lacunas no conhecimento e na autoconfiança em cuidados paliativos (CP). Essas deficiências destacam os desafios enfrentados na aplicação prática dessa abordagem na atenção primária à saúde, reforçando a necessidade de estratégias para ampliar o acesso aos CP e superar essas limitações.

O perfil dos profissionais participantes do estudo, composto majoritariamente por médicos residentes (64,7%), sendo a maioria do sexo feminino (58,8%), reflete a feminilização crescente da Medicina no Brasil, onde mulheres já representam cerca de 49,1% do total de médicos ativos.<sup>26</sup> Essa tendência é especialmente notável em áreas como Medicina de Família e Comunidade, onde mulheres representam 58,9% dos profissionais, reforçando a maior presença feminina em especialidades voltadas ao cuidado integral.<sup>27</sup>

Além disso, estudos indicam que mulheres têm maior capacidade de liderança, trabalham bem em equipes multidisciplinares e otimizam recursos devido à menor dependência de tecnologias desnecessárias.<sup>28</sup> No entanto, desafios como a





necessidade de flexibilização das jornadas pelas demandas familiares ressaltam a importância de estratégias adaptativas para enfrentar as adversidades da feminilização.<sup>28</sup>

Por outro lado, o perfil identificado revela uma equipe jovem, com idade entre 25 e 29 anos (49%) e com tempo de experiência relativamente curto, com atuação menor que 5 anos na APS (82,4%). Esse cenário, semelhante ao descrito por Santos et al.<sup>29</sup>, destaca a alta rotatividade de profissionais na APS, que compromete a continuidade do cuidado e dificulta o estabelecimento de vínculos consistentes com a população assistida. Tais condições limitam o planejamento e a execução de cuidados adequados, impactando negativamente os resultados relacionados à aplicação dos cuidados paliativos.<sup>30</sup>

Na seção de conhecimentos, a média geral de acertos foi de 68,5% para os residentes e 67,9% para os preceptores, o que pode ser considerado razoável, mas ainda insuficiente para atender às demandas crescentes de CP em um país com transição epidemiológica acentuada. Em estudos semelhantes, como o realizado em um município do sul do Brasil, foi observada uma média de acertos de 81,57%, indicando que programas de residência com maior exposição prática em CP contribuem positivamente para o desenvolvimento do conhecimento dos profissionais.<sup>31</sup>

Entre as questões com maior destaque negativo, a questão 6, sobre a importância de os familiares permanecerem junto ao paciente até a morte, apresentou uma das menores taxas de acerto (17,6%). Esses dados estão alinhados com os achados de uma pesquisa realizada entre médicos e enfermeiros no Maranhão, que relatou apenas 1,5% de respostas corretas para a mesma questão.<sup>32</sup> Nesse contexto, percebe-se que a incapacidade de abordar a morte adequadamente compromete a assistência, os vínculos e o luto, evidenciando falhas na formação profissional e a necessidade de capacitação para uma abordagem mais empática e eficaz.<sup>13</sup>

A questão 12, que avaliou a comunicação em CP, também apresentou baixo índice de acerto (15,7%). Em contraste, Santiago<sup>32</sup> encontrou 78,8% e Souza et al.<sup>33</sup>, 66,7%. Essa discrepância pode ser atribuída, em parte, ao





tempo de atuação dos participantes, já que no estudo de Santiago<sup>32</sup> a maioria tinha mais de 10 anos de prática na APS, enquanto no presente estudo os médicos residentes e preceptores apresentaram menos de 5 anos de experiência prática.

Na questão 4, que aborda a gestão da dor com opioides transdérmicos, o índice de acerto foi de 15,7%, abaixo dos 28,8% relatados por Santiago<sup>32</sup>. Esse resultado reflete dificuldades já descritas na literatura, como o desconhecimento sobre conversão, rotação e efeitos adversos de opioides, além de barreiras de acesso, comuns na Atenção Primária.<sup>13</sup> O uso de opioides transdérmicos, em particular, é raro nesse nível de atenção devido à exclusão da lista básica de medicamentos e a processos administrativos específicos para sua liberação.<sup>34</sup> Esses dados destacam a necessidade de capacitação no manejo da dor e de políticas que ampliem o acesso a medicamentos essenciais nos cuidados paliativos.

Em contrapartida, a unanimidade na questão 15 reflete que os participantes acreditam que habilidades de comunicação podem ser aprendidas, possivelmente porque a prática clínica e os treinamentos demonstram que competências como escuta ativa e manejo de conversas difíceis são desenvolvíveis e essenciais nos cuidados paliativos. Essa visão reforça a importância de investir em capacitação contínua para fortalecer práticas mais eficazes e humanizadas.<sup>13</sup>

Além disso, a questão 17, sobre a priorização do tratamento médico, apresentou 90% de acertos, em contraste com os resultados de Santiago<sup>32</sup>, que apontaram maior adesão à visão do atendimento médico como sempre prioritário. Tal resultado reflete maior alinhamento dos participantes deste estudo aos princípios que enfatizam a abordagem multidisciplinar e a atenção às demandas individuais do paciente, incluindo aspectos psicológicos e sociais, muitas vezes mais urgentes que as necessidades médicas.<sup>13,32</sup> É provável que tal desempenho positivo possa ser atribuído ao contexto de uma residência multiprofissional, onde o cuidado não é hierarquizado nem centrado exclusivamente no papel do médico, promovendo uma visão mais integrada e colaborativa entre os profissionais.

Em seguida, a análise da autoconfiança média dos participantes foi de apenas 23,4%, com um desvio padrão elevado de 29,3, indicando grande variabilidade nos resultados e a presença de muitos valores distantes da média.







Ademais, nenhuma das questões de autoconfiança alcançou 50% de respostas positivas, o que evidencia uma dificuldade generalizada entre os profissionais.

Esses dados ressaltam uma questão crítica que vai além do conhecimento teórico: a necessidade de treinamento prático mais estruturado, incluindo simulações e discussões de casos, para apoiar a aplicação dos conceitos de CP na rotina clínica. Esse ponto também foi observado em pesquisas com residentes pediátricos no Recife, que identificaram lacunas significativas em temas como controle da dor e comunicação, apesar de uma média geral de conhecimento satisfatória (59,48%).<sup>35</sup>

Adicionalmente, as questões 8 e 9, relacionadas à identificação de necessidades complexas e ao ensino de estratégias de relaxamento, apresentaram os piores desempenhos, refletindo as dificuldades dos profissionais em lidar com aspectos não técnicos e tarefas que exigem sensibilidade e abordagem multidimensional. O Manual de Cuidados Paliativos<sup>2</sup> reforça que a atenção a dimensões como o apoio emocional e espiritual é essencial para compreender o sofrimento dos pacientes e promover qualidade de vida, destacando a responsabilidade da equipe em identificar e atender essas demandas.

A comparação entre residentes e preceptores em nosso estudo revelou níveis semelhantes de conhecimento, mas uma maior autoconfiança entre os preceptores (35,9% versus 16,6%), provavelmente devido à maior experiência clínica acumulada pelos preceptores. Além disso, o tempo de experiência superior a 5 anos não apresentou diferença significativa no conhecimento ( $p = 0,327$ ), mas foi associado a uma autoconfiança mais elevada ( $p = 0,032$ ), reforçando a importância da prática e da vivência clínica no desenvolvimento dessa percepção.

Ademais, o ambiente de aprendizado, muitas vezes hierarquizado, pode inibir a autonomia dos residentes, fazendo com que eles sintam menos controle sobre o cuidado oferecido, impactando negativamente sua autoconfiança. A literatura reforça que a exposição precoce a situações reais de CP durante a graduação pode melhorar tanto o conhecimento quanto a confiança dos profissionais, destacando a necessidade de integrar a prática de cuidados paliativos na formação desde os primeiros anos.<sup>29</sup>







Apesar do avanço representado pela inclusão do tema nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, estudos apontam que apenas uma fração dos cursos de Medicina oferecem CP como disciplina obrigatória.<sup>36</sup> Essa lacuna educacional contribui para a dificuldade dos profissionais em lidar com demandas em CP no cotidiano, um ponto evidenciado por nossa pesquisa no quesito de autoconfiança, corroborado por outros autores que destacam a baixa proporção de pacientes elegíveis para CP que realmente recebem esses cuidados.<sup>31</sup>

O estudo apresenta limitações que incluem a restrição da amostra a médicos de uma residência multiprofissional específica, dificultando a generalização dos resultados para outros contextos ou regiões. Além disso, há risco de viés de seleção, já que os participantes podem ter níveis diferentes de interesse ou experiência em cuidados paliativos. A mensuração do conhecimento e da percepção também enfrenta desafios devido à sua natureza subjetiva, com risco de respostas socialmente desejáveis. Por fim, o questionário pode não abranger todos os aspectos relevantes dos cuidados paliativos, e a validade de sua versão em português de Portugal deve ser considerada.

É importante ressaltar que a amostra inicial prevista era de 110 participantes, mas apenas 51 aderiram à pesquisa. Essa baixa adesão pode indicar desinteresse, percepção de que os cuidados paliativos não integram o escopo principal de suas práticas ou subestimação da importância do tema. Investir em estratégias de sensibilização e engajamento é essencial para aumentar a participação em futuros estudos e o interesse na área.

É crucial que novas pesquisas explorem abordagens pedagógicas mais eficazes, como simulações e treinamento interprofissional, conforme sugerido em estudos sobre validação de instrumentos de conhecimento em CP no Brasil.<sup>16</sup> Modelos baseados em cenários reais de pacientes e discussões interativas têm se mostrado promissores para melhorar a retenção de conhecimento e a confiança na prática clínica.<sup>11</sup> A inclusão de CP como disciplina obrigatória na formação de profissionais de saúde, aliada à criação de diretrizes específicas para a APS, é essencial para avançar nessa área.<sup>37</sup> Por fim, os resultados reforçam a necessidade





de uma abordagem educacional integrada e continuada, capaz de transformar significativamente a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.

## 5. CONCLUSÃO

Este estudo revelou deficiências importantes no conhecimento e na segurança de médicos residentes e preceptores ao lidar com cuidados paliativos (CP) no contexto da Estratégia Saúde da Família. Embora o nível de conhecimento teórico tenha se mostrado moderadamente satisfatório, as baixas médias de autoconfiança apontam para a necessidade de estratégias educacionais mais práticas, como simulações e maior contato com cenários reais. O desempenho positivo em questões relacionadas à abordagem multidisciplinar ressalta o papel significativo do modelo de residência multiprofissional, enquanto as limitações na atenção a aspectos emocionais e sociais destacam desafios ainda não superados na formação desses profissionais.

Diante disso, o estudo reforça a relevância de incluir os CP de forma mais robusta e estruturada nos currículos de graduação e programas de residência, com a atenção primária à saúde desempenhando um papel central. Tornar os CP um componente obrigatório da formação e implementar diretrizes específicas voltadas para a APS podem impactar positivamente o cuidado oferecido, proporcionando uma assistência mais humanizada e alinhada às necessidades dos pacientes e suas famílias.





## REFERÊNCIAS

1. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 4th ed. Richmond (VA): National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018. Available from: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp>
2. D'Alessandro MPS, et al. Manual de cuidados paliativos. 2nd ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2023.
3. Associação Paulista de Medicina. IBGE: Covid foi a principal causa de morte no país em 2021. Available from: <https://www.apm.org.br/o-que-diz-a-midia/ibge-covid-foi-a-principal-caoa-de-morte-no-pais-em-2021>
4. Paiva T, et al. Produção científica de dissertações e teses sobre cuidados paliativos e doenças crônicas: estudo bibliométrico. Rev Pesqui Univ Fed Estado Rio J Online. 2020;12:723-9. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta//resource/pt/biblio-1099595>
5. Wehrmeister F, et al. Iniquidades e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2022;31(Spe1):20211065. DOI: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200016.especial>
6. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000490>
7. Ng R, et al. Smoking, drinking, diet, and physical activity: modifiable lifestyle risk factors and their associations with age to first chronic disease. Int J Epidemiol. 2020;49(1):113-30. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyz078>





8. Malta D, et al. Doenças crônicas não transmissíveis na revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. Ciênc Saúde Colet. 2020;25(12):4758-69. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.16882020>
9. Paraizo-Horvath C, et al. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. Ciênc Saúde Colet. 2022;27(9):357-3557. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01152022>
10. Mello A. Adaptação cultural e validação de conteúdo Palliative Care Quiz for Nursing para enfermeiros brasileiros. Guarulhos (SP): Universidade Univeritas UNG Guarulhos; 2020.
11. World Hospice Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. London: WHPCA; 2020.
12. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP, editors. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. São Paulo: ANCP; 2020.
13. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2022. São Paulo: ANCP; 2023. Available from: <http://www.paliativo.org.br>
14. Silva T, et al. Palliative care in primary health care: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20201335. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1335>
15. Guirro UBP, et al. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil. 1st ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2023.
16. Mattos CW, Derech RD. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional. Rev





Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2094. DOI:  
[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2094)

17. Alves Junior V, et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: percepção de médicos. Rev Fluminense Extensão Universitária. 2020;10(1):2-8.
18. Queiroga V, et al. Cuidados paliativos de idosos no contexto da atenção primária à saúde: uma revisão da literatura. Braz J Dev. 2020;6(6):38821-32. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-429>
19. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Educ Med. 2019;43(3):62-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>
20. Aranovich C, Krieger MG. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: percepções de médicos da Estratégia de Saúde da Família sobre o tema na prática. Aletheia. 2020;53(2):38-50. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942020000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942020000200004)
21. Ordonho LC, et al. Os desafios dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Rev Eletrônica Acervo Científico. 2021;36:e8837.
22. Melo CB, et al. Humanização nos cursos de graduação da área de saúde: uma revisão integrativa. Res Soc Dev. 2021;10(10):e491101019241. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19241>
23. Gouveia MP. A necessidade de cuidados paliativos para pacientes com doenças crônicas: diagnóstico situacional em um hospital universitário. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2019;22(5):e190085. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190085>





24. Minosso C, et al. Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia. Rev Enferm Referência. 2017;IV(13).
25. Pfister D, et al. Validation of the Bonn test for knowledge in palliative care (BPW). Schmerz. 2011;25(6):643-53. DOI: 10.1007/s00482-011-1111-7.
26. Conselho Federal de Medicina (CFM). Demografia médica no Brasil 2024. Brasília: CFM; 2024. Available from: <https://portal.cfm.org.br>
27. Scheffer M, et al. Demografia médica no Brasil 2023. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023.
28. Beiriz YR, et al. Educação e medicina: a feminização das escolas médicas. Clinics Biopsychosocial. 2023;1(1):26-31. DOI: <https://doi.org/10.54727/cbps.v1i1.7>
29. Santos CLCF, et al. Cuidados paliativos: avaliação do conhecimento e autoeficácia de enfermeiras na atenção primária à saúde. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2022;15(7):e10430. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e10430.2022>
30. Mendes A, et al. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad Saúde Pública. 2022;38(2):1-14.
31. Ghisleni RC, et al. Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos entre médicos de família e comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3871. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3871](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3871)







32. Santiago FAO. Cuidados paliativos na atenção primária: conhecimento dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município de referência no Maranhão [master's thesis]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão/FIOCRUZ; 2018.
33. Souza NCR, et al. Conhecimento dos acadêmicos de Medicina e médicos sobre cuidados paliativos: aplicação do questionário BPW. Rev Bras Educ Med. 2022;46(4):e146. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20220084>
34. World Health Organization (WHO). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://thewhpc.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020>
35. Barbosa MEP, et al. Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos pelos médicos residentes de pediatria do Recife. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>
36. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Educ Med. 2019;43(3):62-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>
37. Libardi EC. Possibilidades de mensurar o conhecimento e a autoeficácia sobre cuidados paliativos de equipes multiprofissionais atuantes na atenção primária à saúde [tese de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2023.





## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECDO

Convidamos você a participar da pesquisa: "Avaliação do conhecimento sobre cuidados paliativos dos médicos da estratégia saúde da família nas unidades de residência multiprofissional da SESAU/FIOCRUZ em Campo Grande no ano de 2024". O objetivo desta pesquisa é analisar o conhecimento e a percepção sobre os Cuidados Paliativos dos médicos da Estratégia Saúde da Família nas unidades de residência multiprofissional da SESAU/FIOCRUZ em Campo Grande. Sua participação é importante para identificar lacunas no conhecimento dos profissionais, direcionar programas de capacitação, e melhorar a qualidade do atendimento na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Caso você aceite participar desta pesquisa, será necessário informar o seu endereço de email, sendo crucial para validarmos o seu consentimento e para enviarmos os resultados da pesquisa após o término do estudo. Será necessário, em seguida, identificar-se como médico preceptor ou médico residente, além de fornecer informações como: sexo, faixa etária e tempo de atuação na atenção primária. Após essa etapa, sua participação consistirá em responder um questionário denominado Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW), o qual visa avaliar o conhecimento teórico e autoeficácia em Cuidados Paliativos. O questionário é dividido em duas seções, sendo a primeira denominada "Conhecimentos", contendo tópicos que abrangem conhecimentos sobre práticas e filosofias dos cuidados paliativos (gestão da dor, terapias, apoio emocional). Já a segunda parte, descrita como "Avaliação de Autoconfiança", tem como finalidade avaliar a autopercepção dos profissionais quanto a sua capacidade e habilidade para aplicação dos cuidados paliativos (obtenção de dados, aconselhamento, comunicação com pacientes e familiares, identificação de necessidades complexas).

Esse questionário será disponibilizado de forma online (virtual) por meio da plataforma do Google Forms, com tempo estimado de 4 meses (Agosto até Novembro) para preenchimento, cada participante poderá responder o questionário apenas uma única vez e após o envio das respostas, não será possível editá-las. Todas as informações fornecidas serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa.

Será considerado o seu consentimento em participar da pesquisa ao marcar a opção "Eu consinto participar da pesquisa" descrito na seção "Consentimento, após esclarecimento". Tal registro eletrônico da aceitação será considerado como a assinatura do TCLE. Somente após este procedimento você terá acesso ao questionário propriamente dito e poderá preenche-lo, ressaltando que a sua anuência será considerada quando o questionário da pesquisa for completamente respondido. Você receberá a cópia do documento eletrônico de anuência





assim como cópia das respostas fornecidas. É importante ressaltar que o participante guarde tal documento em seus arquivos pessoais.

Os riscos previstos ao participante desta pesquisa incluem o risco de perda de confidencialidade, constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados e o medo de discriminação e estigmatização com base no conteúdo revelado. Para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: as respostas serão coletadas sem a necessidade do fornecimento de dados pessoais de identificação como, nome, RG, CPF, CRM ou endereço. Além disso, os participantes poderão optar por não responder a qualquer pergunta, mesmo as de caráter obrigatório, sem haver necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo interromper a sua participação em qualquer momento. As respostas serão mantidas em sigilo e os resultados serão apresentados e analisados de forma aglutinada, sendo assim, os dados não serão dispostos de forma individualizada.

Serão adotadas medidas rigorosas de proteção de dados, incluindo a utilização da plataforma Google Forms, cuja política de privacidade inclui a criptografia dos dados em trânsito e em repouso (Artigo 4), o controle de acesso rigoroso (Artigo 5), e a conformidade com regulamentações de proteção de dados, como o GDPR (Artigo 12). Os dados coletados serão armazenados de forma segura, com acesso restrito aos pesquisadores. Após a coleta de dados, todas as informações serão baixadas para um dispositivo eletrônico local e apagadas das plataformas virtuais, ambientes compartilhados ou "nuvens", para garantir a privacidade e a confidencialidade dos participantes.

Espera-se que de sua participação na pesquisa contribua diretamente para uma autorreflexão sobre conhecimento e práticas em cuidados paliativos, ampliando a conscientização sobre a importância do tema e incentivando uma abordagem mais integrada e centrada no paciente. Além disso, poderá aprimorar a literatura existente sobre cuidados paliativos, preenchendo uma lacuna ao fornecer dados sobre o nível de conhecimento teórico entre médicos residentes e preceptores. Isso pode levar ao desenvolvimento de estratégias educacionais mais eficazes, informando programas de educação médica continuada que possam melhorar a qualidade dos cuidados paliativos fornecidos aos pacientes. A parceria com a SESAU e FIOCRUZ em Campo Grande garante que os resultados tenham aplicabilidade direta e imediata no desenvolvimento de políticas e programas de saúde locais relacionados aos cuidados paliativos.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é





voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores ou prejuízo com a instituição e serviço ao qual está vinculado, bastando você dizer ao pesquisador que lhe enviou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade

Contato dos pesquisadores:

**Pesquisador:**

Nome: Vanessa Gregório de Góes

E-mail: [vanessagggreg@gmail.com](mailto:vanessagggreg@gmail.com)

Telefone: (21)97576-1727

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília, pelo telefone (61) 3329-4638, email [cepbrasil@fiocruz.br](mailto:cepbrasil@fiocruz.br) ou no endereço Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, CEP: 70.904-130 - Brasília – DF, de segunda a sexta-feira: das 9h às 12h e das 14h às 17h. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.







## ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

039/2024

  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**  
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL  
**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO**

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Vinícius Gonçalves de Góes, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 167.604.887-17, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 32.232.9988, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Del. Sebastião Lima, N.º 462, Bairro: Monte Hilano, nesta Capital, telefone n.º (21) 93536.1727, pesquisador (a) do Curso de Residência de MEC, da Instituição SESAU/Fiocruz com o título do Projeto de Pesquisa: **AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOS MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS UNIDADES DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA SESAU/FIOCRUZ EM CAMPO GRANDE, NO ANO DE 2024**, orientado (a) pela Professor (a) Cyrola Norberto Mendes, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade sob n.º \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. \_\_\_\_\_, N.º \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, nesta cidade, telefone n.º \_\_\_\_\_, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: \_\_\_\_\_, da Instituição \_\_\_\_\_.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 10 de maio de 2024.

Vinícius Gonçalves de Góes  
Pesquisador (a)

Cyrola Norberto Mendes  
Orientador(a)  
Cyrola Norberto Mendes  
Coordenador-Geral de Educação em Saúde/SESAU/CG

Cyrola Norberto Mendes  
Coordenador-Geral de Educação em Saúde/SESAU





## ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 6.993.705

|                                                           |                                               |                        |                          |        |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| Orçamento                                                 | Planilha_de_Orçamento.docx                    | 26/07/2024<br>17:01:44 | GOES                     | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_de_Consentimento_Livre_Esclarecido.docx | 26/07/2024<br>17:01:27 | VANESSA GREGORIO DE GOES | Aceito |
| Declaração de concordância                                | Termo_de_Anuencia_Institucional.pdf           | 26/07/2024<br>17:01:12 | VANESSA GREGORIO DE GOES | Aceito |
| Brochura Pesquisa                                         | PROJETO_DE_PESQUISA_TCR_COM_DESTAQUE.docx     | 26/07/2024<br>16:59:41 | VANESSA GREGORIO DE GOES | Aceito |
| Cronograma                                                | Cronograma.docx                               | 03/07/2024<br>11:45:42 | VANESSA GREGORIO DE GOES | Aceito |
| Folha de Rosto                                            | FR_fiocruz.pdf                                | 05/05/2024<br>15:35:36 | VANESSA GREGORIO DE GOES | Aceito |

### Situação do Parecer:

Aprovado

### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 08 de Agosto de 2024

Assinado por:

**BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.904-130  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3329-4638 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

Página 07 de 07



Residência em Medicina de Família e Comunidade  
SESAU | Campo Grande/MS

Avenida Afonso Pena, 3547 - Centro  
CEP: 79002 - 072 - Campo Grande  
Tel: (67) 3056 - 8005





## ANEXO C – QUESTIONÁRIO BONN PALLIATIVE CARE KNOWLEDGE TEST

### Secção 1 – Conhecimentos

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

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

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

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

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 ( )

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

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

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

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

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 ( )

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

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

8. Os CP requerem uma proximidade emocional constante:

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

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 ( )

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

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

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





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

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 ( )

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

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

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

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

15. As competências de comunicação podem ser aprendidas

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

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

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

17. O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP:

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

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 ( )

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

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

20. Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opioides:

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

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

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

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

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

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 o médico 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 D – NORMAS DE SUBMISSÃO PARA REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A [Política de Seção](#) especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#). A ferramenta [MeSH on Demand](#) ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as [Políticas de Seção](#). O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como





documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.

- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os [exemplos nesta página](#) e os [detalhes neste livro eletrônico](#) da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: "https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#) (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapés.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.<sup>1</sup> De acordo com Starfield,<sup>2</sup> a atenção







primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores deve substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita **material suplementar**. Instrumentos de pesquisa (por exemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios como [Zenodo](#), [OSF](#) ou [Figshare](#), e citados no manuscrito conforme descrito na política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#).

## Políticas de Seção

### Artigos de Pesquisa

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional.

