



ISSN: 2595-1661

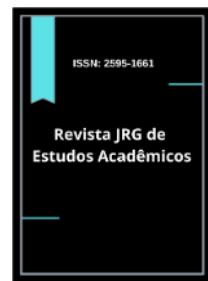
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://periodicos.capes.gov.br/index.php/jrg)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Avaliação do Conhecimento sobre Cuidados Paliativos entre Residentes em Saúde do Adulto e do Idoso: Análise com o Questionário Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW)

Assessment of Knowledge on Palliative Care among Adult and Older Adult Health Residents: Analysis Using the Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW) Questionnaire

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2949
 ARK: 57118/JRG.v9i20.2949

Recebido: 06/02/2026 | Aceito: 09/02/2026 | Publicado on-line: 11/02/2026

Emilly Jhully Correia de Paula¹

<https://orcid.org/0000-0002-6599-9412>

<http://lattes.cnpq.br/1810789846503864>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil

E-mail: emilly.jhullyejc@gmail.com

Katly Lorrany de Souza Cardoso²

<https://orcid.org/0009-0002-7412-0155>

<http://lattes.cnpq.br/8409515654246238>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil

E-mail: kaatly.lorraany16@gmail.com

Valentina Santana³

<https://orcid.org/0000-0001-6806-3495>

<http://lattes.cnpq.br/2494346593174261>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil

E-mail: tinasantanaa31@gmail.com

Mariana Calça Evaristo⁴

<https://orcid.org/0009-0002-7817-4513>

<http://lattes.cnpq.br/4009636257921608>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil

E-mail: mariana.c.evaristo@gmail.com

Ana Catarine Melo de Oliveira Carneiro⁵

<https://orcid.org/0000-0002-8001-5274>

<http://lattes.cnpq.br/5044086810661531>

Câmara Legislativa do Distrito Federal, DF, Brasil

E-mail: anacatarine@gmail.com



¹ Graduada em Enfermagem pela Faculdade Adventista da Bahia; Residente em Saúde do Adulto e do Idoso pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

² Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Euro-Americanano; Residente em Saúde do Adulto e do Idoso pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

³ Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília; Residente em Saúde do Adulto e do Idoso pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

⁴ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Centro-Oeste; Mestranda em Ciências para Saúde pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

⁵ Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília; Enfermeira Paliativista pela ANCP e COFEN; Mestra em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília.



Resumo

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) visam à promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, demandando profissionais com conhecimento técnico e competências emocionais. **Objetivo:** Comparar o conhecimento e a percepção de autoeficácia em Cuidados Paliativos entre residentes do primeiro (R1) e do segundo ano (R2) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI). **Método:** Estudo transversal, analítico e quantitativo, realizado com 65 residentes das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Os dados foram coletados por meio de questionário socioprofissional e do Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW), validado para o contexto brasileiro, composto por uma seção de avaliação do conhecimento objetivo (Seção 1) e outra de autoeficácia (Seção 2). A análise estatística incluiu estatística descritiva e teste t de Student, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** Os residentes R2 apresentaram média de acertos superior na avaliação do conhecimento teórico quando comparados aos R1, porém sem diferença estatisticamente significativa. Em relação à autoeficácia, observou-se diferença significativa entre os grupos, com maior percepção de competência entre os residentes R2. As principais fragilidades identificadas em ambos os grupos relacionaram-se à comunicação de notícias difíceis e à definição de prognóstico. **Conclusão:** Os achados indicam que a progressão na residência multiprofissional contribui de forma mais expressiva para o aumento da autoeficácia do que para a ampliação do conhecimento teórico mensurável. Evidencia-se a necessidade de estratégias pedagógicas direcionadas ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais e éticas em Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Residência Multidisciplinar; Autoeficácia; Educação em Saúde.

Abstract

*Palliative Care (PC) aims to promote the quality of life of patients and their families facing life-threatening illnesses and requires professionals with both technical knowledge and emotional competencies. **Objective:** To compare knowledge and perceived self-efficacy in Palliative Care between first-year (R1) and second-year (R2) residents in the Multiprofessional Residency Program in Adult and Older Adult Health (PRMSAI). **Methods:** This cross-sectional, analytical, quantitative study was conducted with 65 residents from the fields of Nursing, Physical Therapy, Nutrition, and Psychology. Data were collected using a sociodemographic and professional questionnaire and the Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW), validated for the Brazilian context. The instrument includes a section assessing objective knowledge (Section 1) and another assessing self-efficacy (Section 2). Statistical analyses included descriptive statistics and Student's t test, with a significance level set at 5%. **Results:** R2 residents showed a higher mean score on the theoretical knowledge assessment compared with R1 residents; however, the difference was not statistically significant. In contrast, a statistically significant difference was observed in self-efficacy, with higher perceived competence among R2 residents. The main gaps identified in both groups were related to breaking bad news and defining prognosis. **Conclusion:** The findings suggest that progression through the multiprofessional residency program contributes more substantially to increased self-efficacy than to measurable gains in theoretical knowledge. These results underscore the need for educational strategies focused on developing communication and ethical skills in Palliative Care.*



Keywords: *Palliative Care; Nonmedical Residency; Self Efficacy; Health Education.*

1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos (CP) constituem uma abordagem voltada à promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam patologias ameaçadoras à continuidade da vida. Tal prática fundamenta-se na prevenção e no alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor, além de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais. Esse conceito evoluiu significativamente nas últimas décadas, deixando de se restringir exclusivamente à fase final da vida para abranger todo o processo de enfrentamento da enfermidade, valorizando o protagonismo do paciente e de seu núcleo familiar (WHO, 2020).

Apesar da relevância dessa assistência, dados da organização indicam que, anualmente, cerca de 56,8 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos, das quais 25,7 milhões encontram-se no último ano de vida. Todavia, a cobertura global permanece deficitária: estima-se que apenas 14% dessa população receba efetivamente o suporte necessário. Essa disparidade acentuada entre a demanda crescente e a oferta limitada configura um crítico problema de saúde pública em escala mundial (WHO, 2020).

A transição epidemiológica caracterizada pela crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e demências, têm expandido o número de pacientes com necessidades complexas e prolongadas de cuidado. De fato, como evidenciado pelo Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, a maior parte das necessidades de cuidados paliativos no final da vida ocorre em adultos idosos, e as DCNT são responsáveis por cerca de 90% da carga de cuidado paliativo ao final da vida (WHPCA; OMS, 2020).

Além disso, projeções publicadas por Sleeman *et al.* (2019) indicam que a carga global de sofrimento relacionado a doenças graves quase dobrará até 2060. Estima-se que, em 2060, cerca de 48 milhões de pessoas por ano, aproximadamente 47% de todos os óbitos globais, morrerão com sofrimento grave relacionado à saúde, requerendo cuidados paliativos. O crescimento será mais acentuado entre pessoas idosas (≥ 70 anos) e em países de baixa e média renda.

Esse cenário de envelhecimento populacional com maior prevalência de DCNT e aumento da necessidade de cuidado paliativo, evidencia a importância da integração sistemática de cuidados paliativos nos sistemas de saúde, garantindo alívio do sofrimento físico, psíquico e espiritual, promovendo assistência humanizada. No entanto, a desigualdade no acesso, sobretudo em países de baixa ou média renda, representa um desafio global (SLEEMAN *et al.*, 2019; OMS, 2020).

Nesse processo, o círculo familiar do paciente também é incluído como unidade de cuidado, demandando apoio, acolhimento e conforto contínuos. Trata-se de uma abordagem inherentemente multidisciplinar, que exige a articulação de diversos agentes em prol de um enfrentamento empático e humanizado. Segundo Peduzzi (2020), o trabalho multiprofissional pressupõe colaboração e tomada de decisão compartilhada, requerendo que cada profissional transcendia sua expertise individual para priorizar os resultados assistenciais centrados no paciente.

A assistência direta prestada por esses profissionais é determinante para a promoção de uma experiência de cuidado digna. Todavia, a complexidade intrínseca ao acompanhamento do processo de morrer exige preparação especializada. Essa realidade evidencia a necessidade de uma abordagem mais aprofundada sobre a temática tanto na



formação acadêmica quanto no aperfeiçoamento profissional contínuo (SANTOS-MOURA, 2023).

Diante da necessidade de mensurar a competência técnica e a percepção de capacidade dos profissionais, o Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW) foi desenvolvido para suprir a carência de instrumentos específicos que avaliassem simultaneamente o conhecimento e a autoeficácia em cuidados paliativos. A criação do BPW, motivada pelo envelhecimento populacional e pela prevalência de doenças crônicas, visou detectar lacunas formativas e mensurar o impacto de treinamentos na área. O instrumento estrutura-se em duas dimensões fundamentais: o domínio cognitivo e as crenças de autoeficácia, sendo reconhecido por sua validade e confiabilidade (PFISTER *et al.*, 2011). No cenário nacional, o BPW passou por rigorosos processos de tradução, adaptação cultural e validação, consolidando-se como uma ferramenta apta para o uso com profissionais de saúde brasileiros (LIBARDI; LUIZ; GUTIERREZ, 2024).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI), modalidade de pós-graduação *lato sensu* estruturada em formação em serviço, visa qualificar profissionais para o cuidado integral à população adulta e idosa por meio da integração entre teoria e prática e do desenvolvimento de competências clínicas, gerenciais e interprofissionais. A população adulta e idosa é impactada pelas DCNT e possui esperada necessidade de assistência de cuidados paliativos. Conhecer e comparar a compreensão acerca dos cuidados paliativos entre os residentes desse programa, portanto, permite avaliar a abordagem do tema na formação profissional. O preparo adequado desses residentes influencia diretamente na qualidade do cuidado prestado, dado que o déficit de conhecimento na área pode gerar dificuldades no manejo dos pacientes e de seus familiares, além de ocasionar impactos negativos na saúde mental dos profissionais da equipe (WHO, 2019; MOTA I *et al.*, 2024).

Dessa forma, o estudo tem como objetivo comparar a percepção de residentes do PRMSAI acerca do tema Cuidados Paliativos.

2. Metodologia

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo transversal, analítico e comparativo, de abordagem quantitativa, cujo objetivo foi avaliar e comparar o nível de conhecimento sobre Cuidados Paliativos entre os participantes, por meio da aplicação do questionário *Brazilian Palliative Care Knowledge Test* (BPW).

Segundo os editais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI), promovido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), foram ofertadas 48 vagas em 2024, distribuídas entre Enfermagem (20), Fisioterapia (10), Nutrição (10) e Psicologia (8). No certame de 2025, disponibilizaram-se 46 vagas, sendo 21 para Enfermagem, 10 para Fisioterapia, 8 para Nutrição e 7 para Psicologia. Com base nesses editais, a pesquisa abrangeu um universo de 94 residentes das referidas áreas, vinculados às turmas ingressantes em 2024 (R2) e 2025 (R1). Os critérios de inclusão abrangem todos os residentes das profissões mencionadas, regularmente matriculados e em atividade nos campos de prática, que aceitaram participar voluntariamente mediante assinatura digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos indivíduos que não efetivaram a matrícula, que se desligaram formalmente do programa até outubro de 2025 (término da coleta), que estavam em período de afastamento ou férias, ou que se recusaram a assinar o TCLE ou não completaram o formulário integralmente. Diante dos critérios de exclusão e inclusão, participaram da pesquisa 65 residentes, sendo 29 R1 e 36 R2.



A coleta de dados foi realizada de forma *online* e autônoma, por meio de um formulário eletrônico disponibilizado via plataforma *Google Forms*, com um tempo estimado de preenchimento entre 15 e 20 minutos. O formulário foi estruturado em três partes. A primeira parte consistiu na apresentação do TCLE, explicando os objetivos e os direitos do participante, sendo o aceite a condição para prosseguir. A segunda parte compreendeu o Questionário Socioprofissional, destinado a caracterizar o perfil dos participantes, abordando variáveis como idade, profissão, ano de ingresso na residência (R1 ou R2), experiência prévia e percepção de preparo em Cuidados Paliativos. A terceira e última parte foi dedicada à aplicação do BPW (Figura 1), instrumento composto por duas seções complementares, elaboradas para avaliar, de forma ampla, o preparo teórico e a autopercepção de competência dos profissionais que atuam em cuidados paliativos (SCHIESSER *et al.*, 2018; SCHIESSER; WIDERA-SCHAEFER; VOLTZ, 2019).

Conforme Schiesser *et al.* (2018), a Seção 1 (Questões 1-23) constitui uma medida cognitiva voltada à avaliação de saberes objetivos sobre os pilares dos cuidados paliativos, incluindo manejo de sintomas, terapêutica analgésica e farmacológica, competências comunicativas e bioética no fim da vida. A estruturação das questões permite que cada item comporte diferentes níveis de precisão (correto, parcialmente correto ou incorreto), facilitando a identificação de déficits teóricos e a comparação do desempenho técnico entre profissionais com variados tempos de experiência e formação.

No que concerne à Seção 2, o foco recai sobre a autoeficácia profissional, avaliando o julgamento individual quanto à própria capacidade de intervir em contextos reais de assistência paliativa. A estrutura abrange a análise da confiança em habilidades interpessoais e técnicas, destacando-se a comunicação de prognósticos reservados, o reconhecimento da evolução clínica, o suporte emocional e familiar, bem como a condução de intervenções em situações de fim de vida (GAMONDI *et al.*, 2013; GIBBINS *et al.*, 2009).

Dessa forma, a Seção 2 prescinde da mensuração de conteúdos factuais para concentrar-se na segurança autopercebida pelo profissional no exercício das diversas dimensões da assistência paliativa. Sob uma perspectiva holística, a articulação entre ambas as seções propicia uma avaliação integrada, tornando possível discernir não apenas o domínio cognitivo do indivíduo, mas também o seu grau de prontidão subjetiva para transpor esse saber acadêmico à prática clínica cotidiana (SCHIESSER; WIDERA-SCHAEFER; VOLTZ, 2019; WHO, 2020).

A pontuação resulta da soma dos acertos, sendo escores mais elevados indicativos de maior domínio conceitual. Por apresentar propriedades psicométricas previamente estabelecidas, o BPW é considerado um instrumento confiável para uso em pesquisas e processos de avaliação. O recrutamento dos participantes foi feito durante os encontros presenciais do Eixo Transversal do programa, que ocorreram entre setembro e outubro de 2025. Nesses encontros, os objetivos do estudo foram esclarecidos e o *link* para o formulário foi disponibilizado por meio de mensagem de texto em plataforma digital. Todas as respostas foram coletadas de forma anônima e utilizadas exclusivamente para fins científicos.

Os dados coletados foram inicialmente tabulados no *software Microsoft Excel* para organização e pré-processamento. A análise estatística foi realizada utilizando-se o SPSS versão 24, onde inicialmente foram calculadas as estatísticas descritivas, apresentando a frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas, e a média, mediana e desvio-padrão para as variáveis contínuas. Para a comparação do nível de conhecimento sobre Cuidados Paliativos entre os dois grupos de residentes, foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk e o Teste-T Student para amostras independentes, que avaliaram se os dados



atenderam às pressuposições necessárias. O nível de significância adotado para o estudo foi de 5% ($p < 0,05$).

O presente estudo respeitou todas as diretrizes e critérios estabelecidos nas Normas e Diretrizes para Pesquisa com Seres Humanos - Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS), registrado sob o protocolo 90298825.9.0000.555.

Figura 1 - Bonn Palliative Care Knowledge Test (BPW)

BPW (Bonn Palliative Care Knowledge Test)		Secção 2 – Avaliação da autoeficácia
Secção 1 - Conhecimentos		Penso que sou capaz de...
1.	Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos	1. Obter dados objetivos que descrevam a intensidade da dor da pessoa em CP
2.	Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opioides	2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas
3.	A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida.	3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde
4.	A gestão da dor com opioide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida	4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP
5.	As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor	5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP
6.	Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra	6. Organizar o contacto com um serviço de CP
7.	A obstipação deve ser aceite como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante	7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros
8.	Os CP requerem uma proximidade emocional constante	8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada
9.	Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências	9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP
10.	A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida	10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte
11.	O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga	11. Prestar os cuidados orais adequados à 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	12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos
13.	Os membros da equipa não têm de ser cientes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.	13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP
14.	A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte	14. Integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a pacientes em fim de vida
15.	As competências de comunicação podem ser aprendidas	15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidades, e intervir
16.	Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações	
17.	O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP	
18.	Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimónias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações	
19.	O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado.	
20.	Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opioides	
21.	A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida	
22.	Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa	
23.	As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes mesmo no processo de morrer	

Fonte: Porto (2015)

3. Resultados

A Tabela 1 apresenta a distribuição do perfil socioprofissional dos participantes, agrupados por ano de ingresso na residência (R1 e R2), totalizando 29 residentes R1 e 36 residentes R2. Na caracterização demográfica e profissional, o perfil majoritário em ambos os grupos foi o feminino, sendo 75,86% ($n=22$) nos R1 e uma proporção ainda maior nos R2, atingindo 91,67% ($n=33$). Em relação à profissão, no grupo R1, as profissões de Enfermagem e Fisioterapia foram as mais representativas, ambas com 27,59%, seguidas por Nutrição (24,14%) e Psicologia (20,69%). Já no grupo R2, a Enfermagem se destacou significativamente, representando 44,44% dos residentes, seguida por Fisioterapia (19,44%), Nutrição (19,44%) e Psicologia (16,67%). Quanto ao



tempo de atuação na área, os residentes R1 apresentaram um tempo mais concentrado em "1 ano ou menos" (48,28%), enquanto entre os R2, a distribuição foi mais equilibrada entre "1 ano ou menos" (41,67%) e "Entre 2 e 3 anos" (41,67%). A grande maioria dos participantes, em ambos os grupos, indicou que esta é sua primeira especialização, com proporções de 82,79% (n=24) para os R1 e 79,44% (n=27) para os R2.

Em relação ao contato e percepção sobre CP, os dados revelam que os residentes R2, por estarem em uma fase mais avançada do programa, apresentaram maior contato com o tema e maior percepção de preparo. A maior parte do grupo R1 (72,41%) teve contato com o tema durante a graduação; no entanto, entre o grupo R2, o percentual de residentes que não tiveram contato na graduação foi maior (55,56%), indicando que a experiência no programa pode ter sido fundamental para seu conhecimento e preparo atual. A proporção de residentes que já acompanharam algum paciente em Cuidados Paliativos foi superior no grupo R2 (94,44%; n=34) em comparação com o grupo R1 (86,21%; n=25). A percepção de não se sentir preparado para assumir e acompanhar um paciente em Cuidados Paliativos foi predominante entre os R1, atingindo 79,31% (n=23), com apenas 20,69% se sentindo preparados. No grupo R2, essa percepção mudou significativamente, com a maioria (52,78%; n=19) se sentindo preparada, enquanto 47,22% ainda manifestam não se sentir.

Em síntese, observa-se que o grupo R2 (veteranos), em contraste com o grupo R1 (novatos), detém uma densidade superior de profissionais de enfermagem, além de uma proporção mais elevada de indivíduos com experiência prévia na assistência paliativa e que manifestam prontidão para o acompanhamento clínico. Tais achados sugerem que a progressão no programa de Residência e o consequente acúmulo de experiência prática podem atuar como fatores determinantes para o aumento da exposição temática e o fortalecimento da autoconfiança profissional neste domínio.

TABELA 1 – Questionário socioprofissional

Variáveis	R1 (29)	R2 (36)
Sexo Feminino/ Masculino	F 22 (75,86%) / M 7 (24,14%)	F 33 (91,67%) M 3 (8,33%)
Profissão - ENFERMAGEM/ FISIOTERAPIA/ NUTRIÇÃO/ PSICOLOGIA	27,59%/27,59% /24,14%/20,69%	44,44%/ 19,44% / 19,44%/ 16,67%
Você teve contato com o tema Cuidados Paliativos durante a graduação?	SIM (72,41%) NÃO (27,59%)	SIM 16 (44,4%) NÃO 20 (55,56)
Já acompanhou algum paciente em Cuidados Paliativos?	SIM 25 (86,21%) NÃO 4 (13,79%)	SIM 34 (94,44%) NÃO 2 (5,56%)
Você se sente preparado para assumir e acompanhar um paciente em Cuidados Paliativos?	SIM 6 (20,69 %) NÃO 23 (79,31%)	SIM 19 (52,78%) NÃO 17 (47,22%)
Tempo de atuação na área	1 ano ou mais 14 (48,28%) Entre 2 e 3 anos 8 (27,59%) Mais de 3 anos 7 (24,14%)	1 ano ou mais 15 (41,67%) Entre 2 e 3 anos 15 (41,67%) Mais de 3 anos 6 (16,67%)
É a sua primeira especialização?	SIM 24 (82,79%) NÃO 5 (17,24%)	SIM 27 (75%) NÃO 7 (19,44%)

Fonte: Elaborado pelas autoras.



Para a análise das respostas do questionário, foram empregadas chaves de correção baseadas nos estudos de adaptação do BPW para o português, incluindo o BPW-Porto e o BPW-BR, conforme descrito por Gonçalves *et al.* (2017).

As questões classificadas como incorreto ou pouco correto foram 1-3, 6-10, 14, 16-21, enquanto as questões classificadas como correto ou razoavelmente correto foram 4, 5, 11-13, 15, 22 e 23. Observa-se que a maior parte das questões relacionadas a manejo clínico, comunicação de informações difíceis, ética e cuidados no fim de vida foi classificada como Incorreto/Pouco correto, enquanto questões referentes a intervenções farmacológicas adequadas, terapias não farmacológicas e aspectos conceituais de cuidado paliativo foram mais frequentemente reconhecidas como Corretas ou Razoavelmente Corretas (SCHIESSER *et al.*, 2018; LIBARDI *et al.*, 2024; PFISTER *et al.*, 2011; GIBBINS *et al.*, 2015).

TABELA 2 – Questionário BPW Seção 1 (Questões 1-23)

R1 SEÇÃO 1		R2 SEÇÃO 1
Acertos totais	432	590
Percentual de acertos totais	64,77%	71,26%

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A descrição dos resultados apresentados na Tabela 2, referente à contagem de acertos para as Questões 1 a 23 do Questionário BPW, demonstra padrões de conhecimento distintos entre os residentes R1 e R2. Considerando o total de acertos possíveis, o grupo R2 (n=36) consistentemente apresenta um número relativamente maior de acertos na vasta maioria das questões quando comparado ao R1 (n=29), refletindo um ganho de conhecimento especialmente em domínios clínicos e éticos avançados. O número total de acertos na Seção 1 do questionário foi de 432 para R1 (64,77%) e 590 para R2 (71,26%). As questões de maior domínio para ambos os grupos envolvem a comunicação e o manejo não farmacológico: a Questão 15 (competências de comunicação) e a Questão 5 (terapias não farmacológicas) registram os picos de acerto, com R1 atingindo 29 e 28 acertos, e R2 registrando 35 e 32 acertos, respectivamente. O conhecimento sobre a prioridade do tratamento médico em Cuidados Paliativos (Q17) e os rituais de despedida (Q18) também está bem estabelecido em ambos os grupos.

Entretanto, as lacunas de conhecimento (indicadas pelo menor número de acertos) e as maiores disparidades entre os grupos merecem destaque. A Q6 (permanência de familiares nas últimas horas de vida) e a Q8 (proximidade emocional constante) representam os maiores desafios. Na Q6, ambos os grupos registram um baixo número de apenas 4 acertos, sugerindo uma incerteza transversal sobre a importância da presença familiar. Contudo, na Q8, o R2 (7 acertos) supera o R1 (apenas 1 acerto) em seis vezes; no entanto, ainda que os R2 tenham tido maior número de acertos em comparação aos R1, mantém-se um baixo percentual de acertos em ambos os grupos.

A disparidade entre R1 e R2 é mais acentuada em temas específicos da dor e aspectos éticos do cuidado. Por exemplo, na Questão 11 (limiar da dor diminuído pela ansiedade ou fadiga), o R2 (18 acertos) registra mais que o dobro dos acertos do R1 (8 acertos). Já na questão 9 (dor e avanço da idade) e na questão 14 (aceitação da morte pelo paciente), o R2 também registra aproximadamente o dobro de acertos (24 vs. 12 na Q9; 27 vs. 14 na Q14), sugerindo um desenvolvimento mais robusto no R2 em temas como fisiologia da dor no idoso e na compreensão do papel do paciente diante da terminalidade. A única exceção à superioridade do R2 ocorre na Questão 3 (administração de fluidos subcutâneos), onde o R1 registra 15 acertos contra 12 do R2. Essa inversão pontual na



Questão 3 pode ser explicada pela crescente inserção de disciplinas de cuidados paliativos nas grades curriculares de graduação nos últimos anos, conforme discutido por Libardi, Luiz e Gutierrez (2024), o que permite que profissionais recém-formados (R1) possuam maior contato teórico com técnicas específicas e atualizadas, como a hipodermóclise.

TABELA 3 – t Student da Seção 1 do Questionário BPW

Grupo	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Estatística t	Valor p
R2	13,76	4,80		
R1	12,62	3,98	1.051	0,2974

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Ao analisar a Tabela 3, observou-se que, apesar de os R2 terem obtido uma média de Score Total numericamente superior ($13,76 \pm 4,80$) à dos R1($12,62 \pm 3,98$) o Teste-t de Student não detectou uma diferença estatisticamente significativa no nível de conhecimento objetivo entre os grupos ($p = 0,2974$) (tabela 3). Como o valor p é superior ao nível de significância padrão ($p < 0,05$), a diferença observada nas médias é atribuída ao acaso. Essa ausência de diferença estatística no conhecimento objetivo, apesar do maior tempo de residência e da maior autoconfiança reportada pelos R2, sugere que, embora o primeiro ano do programa aumente a experiência prática e a percepção de preparo dos residentes, essa vivência ainda não se traduz em um aumento mensurável do conhecimento teórico quando comparado ao grupo recém-ingressante.

TABELA 4 - Questionário BPW Seção 2 (Questão 1-15)

QUESTÃO	R1	R2
Q1. Obter dados objetivos que descrevem a intensidade da dor da pessoa em CP.	86,2%	72,2%
2. Aconselhar as pessoas em CP sobre como aliviar as náuseas.	68,9%	66,7%
3. Informar a pessoa e seus familiares sobre CP prestados pelo serviço de saúde.	65,5%	77,8%
4. Convencer o médico sobre a necessidade de apoio de CP.	65,5%	69,4%
5. Identificar e discutir problemas reais no ambiente social da pessoa em CP.	79,3%	83,3%
6. Organizar o contato com um serviço de CP.	55,2%	75%
7. Comunicar com a pessoa ansiosa e seus familiares em CP de forma a fazê-los sentirem-se seguros.	65,5%	66,7%
8. Identificar as necessidades complexas da pessoa em fim de vida e intervir de forma adequada.	72,4%	72,2%
9. Ensinar estratégias de relaxamento a uma pessoa com dor em CP.	82,8%	69,4%
10. Comunicar com a pessoa em CP que expressa o desejo de antecipar a morte.	62,1%	47,2%
11. Prestar os cuidados orais adequados à pessoa em fim de vida.	55,2%	69,4%
12. Informar a pessoa em CP sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos prescritos.	48,3%	66,7%
13. Identificar problemas psicológicos específicos das pessoas em CP.	55,2%	58,3%
14. Integrar os aspectos culturais da morte e do morrer nos cuidados a paciente em fim de vida.	62,1%	72,2%
15. Criar empatia com a pessoa em CP em diferentes situações de vida, relações familiares e necessidade de intervir.	89,7%	94,4%

**TABELA 5 – Questionário BPW Seção 2 (Questões 1-15)**

R1 SEÇÃO 2		R2 SEÇÃO 2
Alto Nível de Confiança	294	382
Percentual de Alto Nível Confiança	67,58%	70,74%

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A Seção 2 é voltada à autoavaliação das competências, pois não mede conhecimento objetivo, mas sim a percepção subjetiva de competência do respondente. A pontuação de autoeficácia é frequentemente considerada um fator preditivo do comportamento real mais relevante que o conhecimento teórico isolado. Neste estudo, a Seção 2 revelou que ambos os grupos, R1 e R2, apresentam predominantemente Alto Nível de Confiança (ANC) em suas habilidades, com médias superiores a 67%. O grupo R2 demonstrou uma confiança ligeiramente maior (70,74%) em comparação ao R1 (67,58%).

Apesar desse cenário positivo, foram identificadas lacunas importantes. As maiores incertezas, classificadas como Baixo Nível de Confiança (BNC), concentram-se na comunicação de informações difíceis (Q10) e na identificação de prognósticos (Q12). Especificamente, o R2 apresentou maior vulnerabilidade na Q10, com 52,78% dos residentes reportando BNC, o que sugere que a maior exposição clínica intensifica a percepção da complexidade ética e emocional dessas conversas. Por outro lado, o R1 apresentou maior insegurança na Q12, com 50% de BNC.

A análise comparativa indica uma evolução heterogênea entre os grupos: o R2 se percebe mais apto para lidar com família e suporte social (Q6), refletindo ganhos práticos decorrentes da experiência clínica, enquanto o R1 mantém maior confiança na comunicação de informações difíceis (Q10) do que o R2. No grupo de veteranos (R2), a confiança nesse domínio diminui significativamente, redução que pode estar associada ao contato com situações clínicas de maior complexidade após o primeiro ano de prática.

TABELA 6 – T Student da Seção 2 do Questionário BPW

Grupo	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Estatística t	Valor p
R2	8.95	5.26		
R1	7.02	4.35	-4.7049	0.0000

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A comparação entre os grupos R1 e R2 na Seção 2 do Questionário BPW, referente à avaliação da autoeficácia em cuidados paliativos, mostrou diferença estatisticamente significativa entre as médias. O grupo R2 apresentou média superior ($M = 8,95$; $DP = 5,26$) em relação ao grupo R1 ($M = 7,02$; $DP = 4,35$). O teste t de Student indicou diferença significativa entre os grupos ($t = -4,7049$; $p = 0,0000$), demonstrando que os participantes do grupo R2 apresentaram maior percepção de autoeficácia quando comparados ao grupo R1.

Em síntese, embora ambos os grupos tenham concordado sobre a dificuldade relativa das questões (alta correlação), o grupo R2 consistentemente registrou um volume maior de respostas por categoria, levando a uma média de acertos significativamente mais alta e uma maior variabilidade na distribuição geral de suas respostas.



3. DISCUSSÃO

O BPW-BR se mostra como uma ferramenta eficaz para diagnosticar fragilidades no conhecimento e embasar a implementação de programas educativos e de formação continuada em cuidados paliativos. No presente estudo, o instrumento permitiu avaliar profissionais de diferentes áreas ao longo dos dois anos de residência em um programa multiprofissional de saúde do adulto e do idoso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Estudos nacionais demonstram a utilidade desse questionário. Por exemplo, uma pesquisa com acadêmicos de Medicina e médicos evidenciou que o conhecimento sobre cuidados paliativos era heterogêneo, com lacunas importantes mesmo entre estudantes em fases avançadas (SOUZA *et al.*, 2022). Outro levantamento realizado com enfermeiras da atenção primária identificou bom entendimento dos princípios dos cuidados paliativos, porém baixo domínio de manejo da dor, comunicação e reconhecimento da fase final de vida (SANTOS *et al.*, 2022).

A análise do questionário socioprofissional (Tabela 1) evidencia que tanto os R1 quanto os R2 apresentam vantagens específicas dentro do processo formativo, ainda que em dimensões diferentes. Os R1, por exemplo, destacam-se por terem tido maior contato com Cuidados Paliativos ainda na graduação, o que sugere que chegam ao programa com uma base teórica mais atualizada e alinhada às mudanças recentes nas diretrizes curriculares. Esse contato prévio com o tema representa um ponto favorável, pois possibilita que os R1 partam de uma compreensão conceitual mais sólida, facilitando a assimilação dos conteúdos práticos durante a residência.

A despeito do avanço progressivo do Brasil nos indicadores de desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, a integração desse tema no ensino superior ainda é um processo em consolidação. Um marco decisivo ocorreu em novembro de 2022, com a homologação do Parecer CNE/CES nº 265/2022. Tal resolução alterou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina de 2014, tornando obrigatória a aquisição de competências em CP durante a graduação. Embora essa formalização curricular seja um passo fundamental, ela reforça a premência de estratégias que viabilizem a expansão do ensino na área (MEDEIROS *et al.*, 2024).

Por outro lado, os R2 apresentam vantagens claras associadas à experiência prática acumulada ao longo do programa. Eles relataram maior acompanhamento de pacientes em Cuidados Paliativos e maior sensação de preparo para atuar na área, demonstrando que o tempo de residência favorece o desenvolvimento da autoeficácia e da segurança profissional. Esse padrão é coerente com achados de pesquisas nacionais que utilizaram o BPW-BR, como Santos *et al.* (2019, 2022) e a validação realizada por Libardi, Luiz e Gutierrez (2024), evidenciando que a vivência clínica é determinante para o aumento da confiança e da competência percebida.

Assim, os resultados mostram que os R1 possuem vantagem teórica e maior atualização acadêmica, enquanto os R2 apresentam vantagem prática e maior autoconfiança, refletindo fases distintas e complementares da formação. Enquanto os R1 estão em um momento de absorção intensiva de conteúdos teórico-práticos, os R2 já consolidaram experiência e amadurecimento profissional dentro do programa. Essa complementaridade indica que as diferenças observadas não representam desigualdades formativas, mas etapas naturais do desenvolvimento profissional, o que também é sustentado pela literatura brasileira que utiliza o BPW para avaliar conhecimento e autoeficácia em Cuidados Paliativos.

A análise dos resultados do BPW, associada ao desempenho global apresentado na Tabela 3, indica que, embora os R2 apresentem média de acertos numericamente superior, essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa ($p = 0,2974$). Esse



achado demonstra que, apesar do maior tempo de formação prática, da maior exposição a casos clínicos e da autoconfiança reforçada ao longo da residência, os R2 não diferem de forma consistente dos R1 no conhecimento teórico mensurado pelo instrumento. Tal padrão já havia sido observado tanto em estudos nacionais quanto internacionais que aplicaram o BPW, sugerindo que a evolução prática tende a se refletir mais intensamente em percepções subjetivas e competências aplicadas do que em mudanças objetivas nos escores de testes cognitivos.

No contexto brasileiro, Libardi, Luiz e Gutierrez (2024) demonstraram que profissionais com tempos distintos de atuação na Atenção Primária apresentaram níveis semelhantes de conhecimento objetivo no BPW-BR, reforçando que o instrumento capta saberes declarativos relativamente estáveis. De maneira semelhante, Santos *et al.* (2019, 2022) mostraram que a experiência clínica aumenta substancialmente a percepção de preparo e a autoeficácia, mas os escores cognitivos permanecem próximos entre grupos com diferentes exposições. Esses dados dialogam diretamente com os achados neste estudo, pois mostram que a residência multiprofissional, embora aumente a vivência prática, não necessariamente amplia o conhecimento mensurável avaliado nas 23 questões da Seção 1 do BPW.

No campo internacional, estudos conduzidos com a versão original do BPW também observaram padrões similares. Pfister *et al.* (2011), durante a validação alemã, identificaram que profissionais mais experientes relataram maior confiança e domínio clínico, mas que o conhecimento objetivo variava menos do que o esperado entre grupos com diferentes níveis de prática. Esse fenômeno também foi relatado por estudiosos europeus, como Gamondi *et al.* (2018), ao analisar programas formativos em Cuidados Paliativos na Suíça, e por Gibbins *et al.* (2015) no Reino Unido, onde participantes com prática clínica avançada demonstraram maior competência aplicada, mas apresentaram variações modestas nos escores de conhecimento teórico.

No entanto, mesmo com um percentual de acertos parecidos entre os grupos, em algumas questões os R2 obtiveram uma maior frequência de acertos. Este resultado pode ser atribuído à maior vivência clínica, discussão de casos e supervisão direta, que favorecem o desempenho especialmente em itens que exigem julgamento clínico e manejo prático, como Q4 (sedação paliativa), Q7 (uso de opioides), Q10 (fármacos de escolha), Q17 (priorização terapêutica) e Q18 (rituais de despedida) — conteúdos que dependem de experiência consolidada e que o BPW foi projetado para captar (PFISTER, 2011).

Torna-se imperativo o desenvolvimento de competências que capacitem os futuros profissionais a compreenderem a subjetividade de pacientes e familiares diante de enfermidades graves. Tal formação exige estratégias voltadas ao aprimoramento de habilidades humanísticas, comunicacionais e de autorreflexão, além da aptidão para o trabalho interprofissional. Nesse contexto, os cenários de residência consolidam-se como espaços privilegiados para a integração teórico-prática e o manejo do sofrimento em suas múltiplas dimensões (LATTA; MACLEOD, 2019).

Segundo Wong *et al.* (2022) e Billings *et al.* (2009), evidências mostram que formações longitudinais com forte componente experiencial ampliam o conhecimento aplicado e a autoeficácia, o que explica o melhor desempenho relativo dos R2. Tais achados estão em consonância com Libardi, Luiz e Gutierrez (2024) e Santos *et al.* (2019), cujos estudos brasileiros também identificaram maior desempenho em profissionais mais experientes.

Por outro lado, itens amplamente consolidados na formação básica, como a Q5 (importância de terapias não farmacológicas) e a Q15 (competências de comunicação podem ser aprendidas), tiveram altos índices de acertos em ambos os grupos, refletindo



conteúdos difundidos na graduação (SOUZA *et al.*, 2022). Como o BPW também avalia a autoeficácia, parte das diferenças observadas pode refletir a maior confiança subjetiva dos R2, reforçando que a integração entre teoria, prática e discussão clínica sustenta os melhores resultados formativos (WONG *et al.*, 2022; BILLINGS *et al.*, 2009).

Entretanto, as lacunas de conhecimento evidenciadas pelos menores índices de acertos e pelas diferenças entre os grupos merecem atenção. A Q6, que aborda a permanência de familiares nas últimas horas de vida, registrou apenas quatro acertos em ambos os grupos, indicando uma dificuldade transversal em distinguir apoio familiar de obrigatoriedade de presença contínua. A literatura em cuidados paliativos destaca que, embora a presença da família seja desejável e geralmente benéfica, ela não deve ser imposta, devendo prevalecer a autonomia e as preferências do paciente e de seus familiares (PFISTER *et al.*, 2011; GAMONDI *et al.*, 2013).

A validação alemã do BPW já havia demonstrado esse mesmo padrão de erro: profissionais em formação tendem a associar “apoio familiar” com “permanência física constante”, interpretando de forma literal itens que envolvem nuances éticas e comunicacionais. Assim, o baixo desempenho na Q6 reflete não uma desvalorização da família, mas uma interpretação equivocada da ideia de obrigatoriedade, fenômeno igualmente relatado em estudos internacionais.

Na Q8 (proximidade emocional constante), apesar de o R2 ter obtido maior número de acertos (7 vs. 1), o desempenho permaneceu baixo, reforçando a dificuldade em compreender que o vínculo terapêutico deve ser empático, porém com limites profissionais. Este ponto também é discutido na versão alemã do instrumento, que identificou interpretações equivocadas relacionadas à ideia de “estar sempre emocionalmente disponível” (PFISTER *et al.*, 2011).

A disparidade torna-se mais evidente em temas que envolvem fisiologia da dor e aspectos éticos. Na Q11 (influência da ansiedade e fadiga na percepção dolorosa), o R2 registra mais que o dobro de acertos do R1 (18 vs. 8), sugerindo maior consolidação de conhecimentos associados à avaliação complexa da dor, achado consistente tanto com investigações brasileiras quanto internacionais que aplicaram o BPW/BPW-BR. Padrão semelhante ocorre na Q9 (dor e envelhecimento) e na Q14 (aceitação da morte), em que os R2 também superam os R1 (24 vs. 12 na Q9; 27 vs. 14 na Q14), refletindo maior maturidade clínica no manejo da dor no idoso e na compreensão do processo de terminalidade. A única exceção aparece na Q3 (infusão subcutânea de fluidos), em que o R1 supera o R2 (15 vs. 12).

Essa convergência entre achados nacionais e internacionais fortalece a interpretação de que o BPW é sensível para captar diferenças nas dimensões cognitivas básicas do conhecimento, mas não necessariamente reflete competências clínicas adquiridas ao longo da formação prática. Assim, a ausência de diferença estatística significativa entre R1 e R2, na Seção 1 do questionário, sugere que o currículo da residência estabelece uma base teórica comum, que se mantém estável ao longo do tempo, enquanto os avanços mais marcantes entre os grupos ocorrem na esfera da autopercepção, do julgamento clínico e da aplicabilidade prática.

Diferente da Seção 1 do questionário, que avalia o conhecimento técnico e objetivo, a Seção 2 do BPW mensura a percepção subjetiva de competência do respondente. A literatura demonstra que a autoeficácia é um dos principais preditores do comportamento clínico real, influenciando diretamente a tomada de decisão, a segurança profissional e a capacidade de manejar situações complexas no fim da vida (BANDURA, 1997; BILLINGS; BLOCK; RYAN, 2009).



Na Tabela 5, verificou-se que ambos os grupos apresentaram predominantemente Alto Nível de Confiança (ANC), com o R2 demonstrando percepção ligeiramente superior (70,74%) em relação ao R1 (67,58%). Esse achado, aliado ao resultado significativo do teste *t* de Student ($t = -4,7049$; $p < 0,001$), apresentado na Tabela 6, reforça que a progressão na residência está associada ao fortalecimento da autoeficácia, mesmo quando o conhecimento objetivo não apresenta diferença significativa entre os grupos.

A dissociação entre conhecimento e autoeficácia é um fenômeno amplamente documentado na literatura. Nesse sentido, Santos *et al.* (2019) demonstraram que profissionais com maior experiência clínica tendem a relatar níveis elevados de confiança, ainda que seus escores cognitivos não apresentem um aumento proporcional. No contexto internacional, validações do BPW realizadas por Pfister *et al.* (2011) e investigações conduzidas por Gibbins *et al.* (2015) e Gamondi *et al.* (2013) apontam padrão semelhante: a prática clínica e o contato com situações complexas fortalecem a autoeficácia, enquanto o conhecimento declarativo pode permanecer relativamente estável ao longo da formação.

No entanto, a análise das lacunas identificadas nos itens específicos da autoeficácia revela nuances importantes. A comunicação de informações difíceis (Q10) e a identificação de prognóstico (Q12) foram os itens com maiores índices de Baixo Nível de Confiança (BNC). Notavelmente, o R2 apresentou maior vulnerabilidade na Q10, com 52,78% reportando BNC, enquanto o R1 demonstra maior insegurança na Q12 (50% de BNC). Tal padrão sugere que o avanço clínico não necessariamente reduz incertezas; ao contrário, a exposição prolongada a situações reais pode ampliar a consciência do residente sobre a complexidade ética, emocional e comunicacional envolvida na prática paliativa, fenômeno já destacado por Gibbins *et al.* (2015) ao demonstrar que profissionais mais experientes têm maior percepção das dificuldades inerentes à comunicação de más notícias.

Esse comportamento é também previsto pela teoria da autoeficácia: quanto mais situações complexas o indivíduo enfrenta, mais refinada se torna sua percepção das próprias limitações (BANDURA, 1997).

Assim, o fato de o R2 demonstrar confiança reduzida na comunicação de informações difíceis reforça que a vivência prática intensifica a compreensão sobre os desafios éticos e relacionais presentes nessas interações. Em contrapartida, o maior Baixo Nível de Confiança (BNC) do R1 na Q12 pode refletir a ausência de contato prévio com discussões prognósticas, um dos domínios mais sensíveis dos cuidados paliativos.

A evolução heterogênea entre os grupos também se evidencia no fato de o R2 se perceber mais apto na Q6 (família e suporte social), o que está de acordo com estudos que descrevem ganhos significativos na capacidade de manejar dinâmicas familiares, conflitos e necessidades sociais ao longo da residência. Esses ganhos são atribuídos ao aprendizado experencial, ao trabalho interdisciplinar e à exposição contínua a cenários reais de sofrimento e cuidado (WONG *et al.*, 2022; BILLINGS; BLOCK; RYAN, 2009).

Em conjunto, os resultados reforçam que a residência multiprofissional promove um crescimento significativo na autoeficácia, especialmente em domínios práticos e relacionais. Ao mesmo tempo, evidencia-se que algumas competências, sobretudo comunicação difícil e prognóstico, demandam estratégias pedagógicas específicas, apoio emocional continuado e supervisão qualificada. A convergência entre os achados deste estudo e evidências nacionais e internacionais indica que a autoeficácia é uma dimensão sensível à maturidade clínica e deve ser avaliada longitudinalmente como um dos indicadores centrais de desenvolvimento profissional em cuidados paliativos.



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, depreende-se que o Questionário BPW constitui um instrumento eficaz para a análise multidimensional da formação em Cuidados Paliativos (CP), ao correlacionar o conhecimento técnico-objetivo à percepção de autoeficácia. Os resultados revelam uma homogeneidade teórica entre os residentes de primeiro e segundo ano (R1 e R2), sugerindo que o núcleo curricular estabelece uma base conceitual equânime desde as etapas iniciais. Todavia, a discrepância positiva na autoeficácia observada nos residentes do segundo ano (R2) demonstra que o avanço cronológico no programa é determinante para a consolidação da segurança clínica e da maturidade profissional frente à complexidade do cuidado.

Cumpre salientar que, embora a coleta de dados tenha ocorrido no sétimo mês do R1, os conteúdos estruturantes do programa são ministrados majoritariamente ao término do primeiro ciclo anual, o que preserva a integridade dos achados e minimiza vieses de aprendizado formal prévio. Por fim, as lacunas identificadas em comunicação de notícias difíceis e prognóstico sinalizam a necessidade de ajustes pedagógicos urgentes. Reitera-se, portanto, a relevância de estratégias baseadas na prática supervisionada, reafirmando o BPW como ferramenta diagnóstica essencial para o planejamento educacional em residências multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

- ANCP — Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.
- BANDURA, Albert. **Self-efficacy**: The exercise of control. New York: W. H. Freeman, 1997.
- BILLINGS, J. A.; BLOCK, S.; BERZOFF, J. Education in palliative and end-of-life care: Evaluation of a longitudinal clinical training model. **Journal of Palliative Medicine**, v. 12, n. 5, p. 451–459, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Dispõe sobre as limitações terapêuticas e cuidados de fim de vida. Brasília, 2010.
- COSTA, A. P. *et al.* Breaking Bad News in Palliative Care: A Systematic Review. **Journal of Palliative Medicine**, v. 19, n. 10, p. 1130–1139, 2016.
- GAMONDI, C.; LARKIN, P.; PAYNE, S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – Part 1. **European Journal of Palliative Care**, v. 20, n. 2, p. 86–91, 2013.
- GIBBINS, J. *et al.* Recognizing that it is part and parcel of what they do: teaching palliative care to medical students in the UK. **Palliative Medicine**, v. 24, n. 3, p. 299–305, 2010.
- GONÇALVES, J. *et al.* Adaptação e validação do Bristol Palliative Care Questionnaire (BPW-BR) para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, v. 9, n. 3, p. 145–152, 2017.
- LATTA, L.; MACLEOD, R. D. Palliative care education: an overview. In: MACLEOD, R.; VAN DEN BLOCK, L. (ed.). **Textbook of palliative care**. Cham: Springer, 2019.
- LIBARDI, E. C.; LUIZ, A. B.; GUTIERREZ, B. A. O. Validação do instrumento Bonn Palliative Care Knowledge Test para profissionais da atenção primária à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 33, e20230408, 2024.
- MEDEIROS, R. V. *et al.* Como ensinar cuidados paliativos para estudantes de Medicina e Enfermagem? Uma revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 4, e100, 2024.



- OMS – World Health Organization. **Palliative care**: key facts. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 03 dez. 2025.
- PFISTER, D. *et al.* Development and validation of the Bonn Palliative Care Knowledge Test. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, n. 3, p. 330-336, 2011.
- SANTOS, A. L. F. *et al.* Conhecimento de enfermeiras da Atenção Primária à Saúde sobre cuidados paliativos. **Revista Acervo Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 1-9, 2022.
- SANTOS, M. A. *et al.* Conhecimento e atitudes em cuidados paliativos entre profissionais de saúde brasileiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. 1-9, 2019.
- SANTOS, M. A. *et al.* Autoeficácia e prática clínica em cuidados paliativos: análise multicêntrica nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1509-1520, 2022.
- 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, 2019.
- SOUZA, L. E. V. *et al.* Conhecimento de estudantes de Medicina e médicos sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 46, e174, 2022.
- WHPCA – Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; OMS. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. 2. ed. London: WHPCA, 2014.
- WONG, A. *et al.* Evaluating experiential learning in palliative care: A systematic review of educational outcomes. **Palliative Medicine**, v. 36, n. 4, p. 587-600, 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer Control Programmes**: Policies and Managerial Guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative Care**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 03 dez. 2025.