

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

JÚLIA NASCIMENTO SILVA

**CONHECIMENTO DOS UNIVERSITÁRIOS DA SAÚDE ACERCA DOS CUIDADOS
PALIATIVOS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**

GOIÂNIA
2026

JÚLIA NASCIMENTO SILVA

**CONHECIMENTO DOS UNIVERSITÁRIOS DA SAÚDE ACERCA DOS CUIDADOS
PALIATIVOS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Graduação em Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Escola de Ciências Sociais e da Saúde, como requisito para obtenção do título de Graduação em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Adroaldo José Casa Junior

GOIÂNIA
2026

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

AVALIAÇÃO ESCRITA

Título do trabalho: Conhecimento dos universitários da saúde dos cuidados paliativos: Estudo epidemiológico.

Acadêmica: Júlia Nascimento Silva

Orientador: Prof. Dr. Adroaldo José Casa Junior

Data: 16/06/2026

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)		
Item		
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
2.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
3.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto.	
4.	Metodologia – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário.	
5.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
6.	Discussão – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
7.	Conclusão – Síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
8.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
9.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC.	
10.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer às normas da língua portuguesa.	
Média (Total/10)		

Assinatura do examinador: _____

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e sequência do trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
4. Capacidade de exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Assinatura do examinador: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me conceder saúde e sabedoria para enfrentar cada etapa da minha jornada acadêmica. À minha família, especialmente aos meus pais e à minha irmã, deixo minha eterna gratidão pelo amor, dedicação, paciência e incentivo incondicional.

Quero também agradecer ao meu orientador, pela paciência e orientação cuidadosa, que foram de grande importância para a realização deste trabalho, bem como pela confiança depositada em mim ao longo desse processo. Também não poderia deixar de reconhecer a importância dos meus professores, que contribuíram para a minha formação acadêmica e pessoal, transmitindo valores e ensinamentos que levarei por toda a minha trajetória como fisioterapeuta.

Este trabalho é resultado de esforço e perseverança, mas também da colaboração, confiança e incentivo que recebi de cada pessoa que esteve comigo durante essa trajetória. A todos que, de alguma forma, contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade, deixo aqui o meu sincero agradecimento.

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT.....	8
RESUMEN	9
INTRODUÇÃO	9
METODOLOGIA.....	11
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXO	26

CONHECIMENTO DOS UNIVERSITÁRIOS DA SAÚDE ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

University health student's knowledge about palliative care: Epidemiological study

Conocimiento de los estudiantes universitarios del área de la salud sobre los cuidados paliativos: Estudio epidemiológico

Júlia Nascimento Silva¹; Adroaldo José Casa Junior²

¹ Discente do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2836-3907>

CRedit: Concepção, Investigação, Metodologia, Escrita e Visualização

² Doutor em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6687-6556>

CRedit: Supervisão, Metodologia, Visualização e Escrita

Título Resumido: Universitários e cuidados paliativos

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde. Curso de Fisioterapia.

Autor correspondente: Júlia Nascimento Silva

Endereço: Rua A, quadra B2, lote 3/7, apartamento 1104, bloco A, Condomínio Residencial Vila Rica, CEP 74645-210, Goiânia, Goiás.

E-mail: julia.2004ns@gmail.com

E-mail: adroaldocasa@gmail.com

Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa n. 1.128.837.

Não há conflito de interesses

RESUMO

Introdução: Devido ao aumento de pessoas que necessitam de tratamento paliativo, desenvolver habilidades em Cuidados Paliativos (CP) é essencial para a formação dos profissionais de saúde, pois ao adquirirem esse conhecimento, modificam valores e se tornam qualificados para realizar os CP com excelência. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos universitários da saúde acerca dos CP. **Metodologia:** Estudo observacional e quantitativo realizado com 100 participantes. Utilizou-se um questionário para obtenção de dados sociodemográficos e o Questionário Bonn Palliative Care Knowledge (BPW) que avalia os conhecimentos a respeito dos CP, morte, morrer e autoeficácia em relação aos CP. Os dados foram coletados de forma remota. **Resultados:** Os escores de conhecimento do BPW demonstraram um desempenho global intermediário, com uma média de 54,78% ($\pm 14,00$). Entretanto, no escore médio de autoeficácia, os acadêmicos demonstraram alta confiança em lidar com pacientes em CP. Em relação aos conhecimentos prévios, os acadêmicos que responderam saber o que são CP tiveram um desempenho melhor dos que disseram não saber. Não foram encontradas diferenças significativas entre os cursos de graduação. **Conclusão:** A maioria dos acadêmicos não possuía contato prévio com CP e demonstraram diferença de desempenhos nos domínios de conhecimento e autoeficácia, evidenciando a necessidade de uma maior exposição do tema nas universidades, contribuindo para futuros profissionais capacitados.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Qualidade e Vida; Tratamento Paliativo; Terapia Paliativa; Assistência Paliativa.

ABSTRACT

Introduction: Due to the increasing number of people requiring palliative treatment, developing skills in Palliative Care (PC) is essential for the education of healthcare professionals, since acquiring this knowledge changes values and qualifies them to provide PC with excellence. **Objective:** To evaluate healthcare undergraduate students' knowledge about Palliative Care. **Methodology:** This was an observational and quantitative study conducted with 100 participants. A questionnaire was used to obtain sociodemographic data, along with the Bonn Palliative Care Knowledge Questionnaire (BPW), which assesses knowledge regarding Palliative Care, death, dying, and self-efficacy related to PC. Data were collected remotely. **Results:** The BPW knowledge scores demonstrated an intermediate overall performance, with a mean score of 54,78% ($\pm 14,00$). However, regarding the mean self-efficacy score, the students showed high confidence in dealing with patients receiving PC. Concerning previous knowledge, students who reported knowing what PC is performed better than those who reported not knowing. No significant differences were found among undergraduate programs. **Conclusion:** Most students had no previous contact with Palliative Care and demonstrated differences in performance between the knowledge and self-efficacy domains, highlighting the need for greater exposure to the topic in universities, thereby contributing to the training of qualified future professionals.

Keywords: Palliative Care; Quality of Life; Palliative Treatment; Palliative Therapy; Palliative Assistance.

RESUMEN

Introducción: Debido al aumento de personas que requieren tratamiento paliativo, desarrollar habilidades en Cuidados Paliativos (CP) es esencial para la formación de los profesionales de la salud, ya que al adquirir estos conocimientos, modifican sus valores y se capacitan para brindar CP con excelencia. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento de los estudiantes universitarios del área de la salud sobre los Cuidados Paliativos. **Metodología:** Estudio observacional y cuantitativo realizado con 100 participantes. Se utilizó un cuestionario para la obtención de datos sociodemográficos y el cuestionario Bonn Palliative Care Knowledge (BPW), que evalúa los conocimientos sobre los CP, la muerte, el proceso de morir y la autoeficacia en relación con los CP. Los datos fueron recolectados de forma remota. **Resultados:** Las puntuaciones de conocimiento del BPW demostraron un desempeño global intermedio, con un promedio de 54,78% ($\pm 14,00$). Sin embargo, en la puntuación media de autoeficacia, los estudiantes mostraron una alta confianza para tratar con pacientes en CP. En cuanto a los conocimientos previos, los estudiantes que respondieron saber qué son los CP obtuvieron un mejor desempeño que aquellos que afirmaron no saberlo. No se encontraron diferencias significativas entre los distintos programas de grado. **Conclusión:** La mayoría de los estudiantes no tenía contacto previo con los CP y mostró diferencias de desempeño entre los dominios de conocimiento y autoeficacia, lo que evidencia la necesidad de una mayor incorporación de este tema en las universidades, contribuyendo a la formación de futuros profesionales capacitados.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Calidad de Vida; Tratamiento Paliativo; Terapia Paliativa; Atención Paliativa.

INTRODUÇÃO

Abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam problemas associados às doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual¹.

Portanto, os CP é um conjunto de práticas e condutas para o benefício de qualidade de vida do paciente, considerando os princípios bioéticos, por meio da tomada de decisão e da total consciência dos benefícios/não malefícios. Com isso, evita-se um tratamento curativo que tem como objetivo a manutenção da vida a qualquer custo para focar no alívio dos sintomas e na qualidade de vida tanto do paciente quanto da família a qual ele pertence².

Em 2011, de acordo com a OMS, milhões de pessoas morreram em todo o

mundo, dentre essas, 29 milhões precisavam de cuidados paliativos, sendo 94% adultos, 69% pessoas acima de 60 anos e 25% pessoas entre 15 e 59 anos³. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, em 2024, cerca de 625 mil pessoas necessitavam de CP no país⁴.

Em 2018, um levantamento feito pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) constatou que 177 serviços de CP são oferecidos no Brasil, porém, evidenciou-se desigualdade em relação à distribuição regional, uma vez que mais de 50% dos serviços estão presentes na região Sudeste e apenas 13 nas regiões Norte e Nordeste. Além disso, o Brasil apresenta cerca de 2.500 hospitais com 50 leitos, contudo, menos de 10% destes apresentam equipes de CP⁵.

Devido ao aumento de pessoas que necessitam de tratamento paliativo, desenvolver habilidades em CP é essencial para a formação dos profissionais de saúde, pois ao adquirirem esse conhecimento, modificam valores e atitudes. Os CP envolvem atenção voltada ao paciente, respeitando a autonomia e auxiliando os familiares, incluindo questões éticas, técnicas e culturais, diminuindo as intervenções dos médicos, oferecendo melhora na qualidade de vida. Os CP abordam, também, a autonomia do paciente, o fato do profissional da saúde agir em benefício ao paciente e não causar nenhum dano ao mesmo e o princípio da justiça que intitula o direito à saúde⁶.

Em razão da grande quantidade de pacientes que necessitam de CP, é de suma importância que sejam disponibilizadas equipes multiprofissionais qualificadas à realização de atendimentos com excelência. Os profissionais de saúde precisam de uma formação adequada e específica para lidar psicologicamente com o quadro do paciente e conseguir realizar uma assistência terapêutica que contribua para o alívio dos sintomas. Além disso, é relevante averiguar o conhecimento dos estudantes para que consigam adentrar ao mercado de trabalho preparados, tornando-se profissionais capacitados e para que os pacientes em CP sintam-se confiantes no tratamento recomendado pelos futuros profissionais.

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar o conhecimento dos universitários da saúde acerca dos CP para verificar se os futuros profissionais têm uma formação adequada e o conhecimento necessário para atender pacientes em CP de forma efetiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, cuja coleta dos dados ocorreu entre os meses de agosto de 2025 e março de 2026, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), sob parecer de aprovação número 1.128.837.

Participaram do estudo 100 estudantes, tratando-se de uma amostra não probabilística e de conveniência. Os critérios de inclusão foram: universitários da área da saúde (Medicina, Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Odontologia, Farmácia e Terapia Ocupacional) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão e/ou retirada foram: preenchimento incompleto ou incorreto dos instrumentos de coleta de dados, desinteresse em participar da pesquisa e realização simultânea de 2 cursos da área da saúde. Os dados foram coletados de forma remota, por meio de questionários inseridos no Google Forms. Durante a coleta de dados da pesquisa não foram encontrados acadêmicos de Terapia Ocupacional e, desta forma, não serão apresentados resultados em relação a esse curso.

Para obtenção das variáveis, foi utilizado um **Questionário Sociodemográfico**, desenvolvido pelos próprios pesquisadores, a fim de obter dados pessoais, sociodemográficos e primeiras informações acerca dos CP. Também foi empregado o **Bonn Palliative Care Knowledge (BPW)**, desenvolvido na Alemanha e publicado por Pfister *et al.*⁷ na língua inglesa. A validação da adaptação transcultural para o português foi realizada por Minosso; Martins; Oliveira⁸. O questionário consiste em 38 perguntas, sendo 23 de conhecimentos a respeito dos CP, morte e o morrer e as 15 perguntas restantes acerca da autoeficácia do pesquisado em relação aos CP. A escala utilizada pelo questionário é a do tipo Likert, sendo que as questões 1 a 4, 6 a 10, 12, 14 e 16 a 20 tem como resposta esperada “pouco correto” ou “incorreto”, já as questões 5, 11, 13, 15 e 21 a 23 tem como resposta esperada “correto” ou “razoavelmente correto” Para a avaliação da autoeficácia, quanto maior a ocorrência de respostas “correta” ou “mais correta que incorreta”, maior a autoeficácia do profissional. O escore de conhecimento foi obtido pela média dos 23 itens após a recodificação, resultando em um escore final de 1 a 4, no qual valores mais elevados representam maior conhecimento em cuidados paliativos. Adicionalmente, foi

calculado o percentual de conhecimento, por meio da dicotomização das respostas em corretas e incorretas, considerando-se como corretas as respostas 3 ou 4 nos itens não invertidos e 1 ou 2 nos itens invertidos; o percentual foi obtido pela razão entre o número de respostas corretas e o número total de itens respondidos, multiplicada por 100. Para a seção de autoeficácia, não houve recodificação de itens, e o escore de autoeficácia foi calculado pela média dos 15 itens, também variando de 1 a 4, sendo que valores mais altos indicam maior autoeficácia percebida para atuar em situações relacionadas aos cuidados paliativos.

No presente estudo, a coleta de dados ocorreu de forma remota, sendo encaminhado pelo *whatsapp* um *link* de acesso aos interessados em integrar o estudo, por meio de grupos em que estavam presentes universitários da área da saúde ou contatos de acadêmicos da saúde. O formulário apresentava, na primeira página, uma breve explicação sobre a pesquisa e, em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os instrumentos de pesquisa. O tempo médio gasto para responder as questões foi de cerca de 30 minutos.

Foi utilizada a plataforma de inteligência artificial ChatGPT® nessa pesquisa com o objetivo de otimizar a correção ortográfica, coesão, procura por sinônimos, tradução do resumo para as línguas inglesa e espanhola e busca por artigos científicos. Tal utilização foi conduzida com ética e análise crítica, a fim de minimizar possíveis inconsistências e garantir qualidade, confiabilidade e integridade das informações apresentadas no estudo.

As análises estatísticas foram realizadas inicialmente por meio da caracterização do perfil da amostra. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas (n) e frequências relativas (%), enquanto as variáveis contínuas foram apresentadas como média $\pm$ desvio padrão (DP). Para o Bonner Palliativwissenstest (BPW), a distribuição das respostas aos itens foi descrita por n (%) nas quatro categorias da escala Likert. Na seção de conhecimento, os itens com sentido inverso foram previamente recodificados, de modo que, em todos os itens, valores mais altos indicassem maior conhecimento; na seção de autoeficácia, manteve-se a codificação original, em que valores mais altos indicam maior autoeficácia. Assim, a descrição dos itens foi realizada após a padronização da direção dos escores, de forma que a categoria 4 representasse sistematicamente o nível mais favorável em ambos os domínios. Além da descrição item a item, foram obtidos os escores sintéticos do instrumento: escore de conhecimento (média dos 23

itens recodificados, variação de 1 a 4), percentual de acerto do conhecimento (proporção de respostas corretas, expressa de 0 a 100%) e escore de autoeficácia (média dos 15 itens, variação de 1 a 4). Esses escores foram apresentados por média $\pm$ DP.

Para a análise inferencial, os escores de conhecimento e autoeficácia foram comparados segundo as variáveis do perfil da amostra. Nas comparações entre dois grupos, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes; nas comparações entre três ou mais grupos, foi empregada a análise de variância de uma via (ANOVA). Adicionalmente, a associação entre idade (anos) e os escores de conhecimento e autoeficácia foi investigada por meio do coeficiente de correlação de Pearson, com apresentação do respectivo valor de r e do valor de p. Em todas as análises, adotou-se nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), bicaudal, sendo os valores muito significativos apresentados como $p < 0,001$.

Todas as análises foram realizadas em Python 3.11.2, com uso dos pacotes pandas 2.2.3 e numpy 1.24.0 para gerenciamento e transformação dos dados, scipy 1.14.1 para os testes estatísticos, openpyxl 3.1.5 para leitura e organização das planilhas e matplotlib 3.7.5 para a elaboração das figuras. Para o processamento e salvamento das imagens em alta resolução, foi utilizado adicionalmente o pacote Pillow 11.3.0.

RESULTADOS

A média de idade dos participantes foi de 22,03 anos ($\pm 4,67$), com predominância do sexo feminino (87%), enquanto o sexo masculino correspondeu a 13,0% da amostra. Em relação ao curso de graduação, observou-se maior frequência de estudantes de Fisioterapia (50%), seguidos por Psicologia (14%), Fonoaudiologia (8%) e Biomedicina (7%), os demais cursos apresentaram frequências inferiores a 10%. Quanto ao período acadêmico, a distribuição foi relativamente homogênea entre os estratos, com discreto predomínio dos períodos intermediários (4º ao 6º) (36%), seguido dos períodos finais (7º ao 10º) (34%) e do períodos iniciais (1º ao 3º) (30%).

No que se refere ao conhecimento prévio sobre CP, a quase totalidade dos participantes relatou saber o que são (96%). Entretanto, a maioria informou não ter tido contato prévio com o assunto (60%). De modo semelhante, 77% relataram não

ter cursado disciplina ou matéria sobre CP, ao passo que 23% referiram já ter tido esse conteúdo. Além disso, 66% afirmaram que não existe disciplina sobre CP na matriz curricular, enquanto 34% responderam positivamente.

Apesar da limitada exposição formal ao tema, verificou-se elevada receptividade à área, uma vez que 90% dos estudantes relataram que gostariam de conhecer mais sobre o assunto. Por outro lado, o interesse em atuar profissionalmente na área mostrou-se mais restrito, com 34% manifestando interesse em trabalhar com CP, frente a 66% que não expressaram esse interesse. Em conjunto, os dados da Tabela 1 indicam uma amostra predominantemente feminina, jovem, concentrada no curso de Fisioterapia, com conhecimento autodeclarado sobre CP, porém com baixa vivência prática e limitada inserção formal do tema na formação acadêmica.

Variável	Estatísticas descritivas
Idade (anos) (Média ± DP)	22,03 ± 4,67
Sexo (n / %)	
Feminino	87 (87,0)
Masculino	13 (13,0)
Curso (n / %)	
Fisioterapia	50 (50,0)
Psicologia	14 (14,0)
Fonoaudiologia	8 (8,0)
Biomedicina	7 (7,0)
Medicina	6 (6,0)
Nutrição	6 (6,0)
Odontologia	4 (4,0)
Farmácia	3 (3,0)
Enfermagem	2 (2,0)
Períodos (n / %)	
Intermediários (4 ^o –6 ^o)	36 (36,0)
Finais (7 ^o –10 ^o)	34 (34,0)
Iniciais (1 ^o –3 ^o)	30 (30,0)
Sabe o que são cuidados paliativos (n / %)	
Sim	96 (96,0)
Não	4 (4,0)
Já teve contato com cuidados paliativos (n / %)	
Não	60 (60,0)
Sim	40 (40,0)
Já teve matéria sobre cuidados paliativos (n / %)	
Não	77 (77,0)
Sim	23 (23,0)
Na matriz existe disciplina sobre cuidados paliativos (n / %)	
Não	66 (66,0)
Sim	34 (34,0)
Gostaria de conhecer mais sobre cuidados paliativos (n / %)	
Sim	90 (90,0)
Não	10 (10,0)
Tem interesse em trabalhar com cuidados paliativos (n / %)	
Não	66 (66,0)
Sim	34 (34,0)

n-frequência absoluta; %-frequência relativa; DP-desvio padrão

Na distribuição das respostas do BPW por item, considerando a recodificação da seção de conhecimento para que valores mais altos sempre indicassem maior conhecimento, observou-se padrão heterogêneo entre os itens desse domínio. Considerando que a categoria 1 corresponde à resposta “incorreta”, 2 à “pouco correta”, 3 à “razoavelmente correta” e 4 à “correta”, houve maior concentração de respostas na categoria 4 em itens relacionados ao reconhecimento da importância de terapias adjuvantes no manejo da dor (83%), à compreensão de que a comunicação pode ser aprendida (72%), à valorização das necessidades fisiológicas, incluindo sexualidade, no processo de morrer (60%) e à possibilidade de cuidado espiritual

independentemente da crença pessoal do profissional (54%). Também se destacaram, com predomínio da categoria 4, os itens relativos à compatibilidade entre CP e tratamento curativo (54%) e ao uso de antidepressivos no manejo da dor (51%).

Em contrapartida, alguns itens apresentaram distribuição menos favorável, com maior concentração nas categorias 1 e 2, especialmente, os itens referentes à presença familiar até a morte (69% na categoria 1 e 23% na categoria 2), à necessidade de proximidade emocional constante (59% e 33%, respectivamente), à afirmação de que se deve dizer sempre a verdade ao paciente (46% e 43%) e ao uso de opioide transdérmico no fim de vida (54% na categoria 1). Alguns itens apresentaram distribuição mais dispersa entre as quatro categorias, como os relacionados ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais com opioides, à ideia de que o idoso lida melhor com a dor e à definição de fase final como os últimos dias, sugerindo maior variabilidade de compreensão entre os participantes.

Na seção de autoeficácia, verificou-se distribuição globalmente mais favorável, com predomínio da categoria 4 em todos os itens, variando de 44% a 78%. As maiores frequências nessa categoria foram observadas nos itens relacionados à capacidade de criar empatia em diferentes contextos (78%), comunicar-se com paciente ansioso e familiares (67%), informar paciente e família (64%), ensinar estratégias de relaxamento para dor (64%) e identificar problemas psicológicos específicos (62%). Também se observaram frequências elevadas da categoria 4 em itens sobre encaminhamento para serviço de CP (60%), realização de cuidado oral (60%) e reconhecimento de necessidades complexas no fim de vida (59%).

Embora ainda com predomínio das respostas mais altas, os menores percentuais de autoeficácia percebida foram encontrados nos itens relativos à articulação com o médico para apoio em CP (44% na categoria 4) e à conversa sobre desejo de antecipar a morte (48%), indicando que essas situações podem representar maior desafio para os participantes. Em conjunto, os resultados da Tabela 2 evidenciam que a autoeficácia percebida foi mais consistentemente elevada do que o conhecimento item a item, enquanto a seção de conhecimento mostrou maior variabilidade nas distribuições de resposta.

Tabela 2. Distribuição das respostas do Questionário de Conhecimento e Autoeficácia Sobre Cuidados Paliativos (BPW) por item. Goiânia (n=100), 2026.

Variável	Incorreto (1) n (%)	Pouco Correto (2) n (%)	Razoavelmente Correto (3) n (%)	Correto (4) n (%)
Conhecimento				
1. CP e tratamento curativo	12 (12,0)	15 (15,0)	19 (19,0)	54 (54,0)
2. AINE com opioide	20 (20,0)	23 (23,0)	24 (24,0)	33 (33,0)
3. Fluidoterapia SC p/ xerostomia	44 (44,0)	18 (18,0)	11 (11,0)	27 (27,0)
4. Opiode transdérmico no fim de vida	54 (54,0)	23 (23,0)	17 (17,0)	6 (6,0)
5. Terapias adjuvantes na dor	2 (2,0)	2 (2,0)	13 (13,0)	83 (83,0)
6. Presença familiar até a morte	69 (69,0)	23 (23,0)	7 (7,0)	1 (1,0)
7. Obstipação “aceitável”	22 (22,0)	25 (25,0)	22 (22,0)	31 (31,0)
8. Proximidade emocional constante	59 (59,0)	33 (33,0)	4 (4,0)	4 (4,0)
9. Idoso lida melhor com dor	27 (27,0)	24 (24,0)	18 (18,0)	31 (31,0)
10. CP sem medidas de prolongamento	22 (22,0)	22 (22,0)	10 (10,0)	46 (46,0)
11. Ansiedade/fadiga ↓ limiar de dor	35 (35,0)	19 (19,0)	13 (13,0)	33 (33,0)
12. Verdade sempre ao paciente	46 (46,0)	43 (43,0)	7 (7,0)	4 (4,0)
13. Cuidado espiritual sem crença	18 (18,0)	8 (8,0)	20 (20,0)	54 (54,0)
14. Aceitação da morte	13 (13,0)	30 (30,0)	24 (24,0)	33 (33,0)
15. Comunicação pode ser aprendida	4 (4,0)	1 (1,0)	23 (23,0)	72 (72,0)
16. Informar outros pacientes da morte	30 (30,0)	27 (27,0)	23 (23,0)	20 (20,0)
17. Tratamento médico sempre prioridade	17 (17,0)	42 (42,0)	15 (15,0)	26 (26,0)
18. Evitar rituais de despedida	5 (5,0)	12 (12,0)	17 (17,0)	66 (66,0)
19. Antidepressivos no manejo da dor	13 (13,0)	10 (10,0)	26 (26,0)	51 (51,0)
20. Adjuvantes desnecessários com opioide	7 (7,0)	20 (20,0)	29 (29,0)	44 (44,0)
21. Fase final ≈ últimos dias	23 (23,0)	22 (22,0)	25 (25,0)	30 (30,0)
22. Expressar sentimentos no cuidado	34 (34,0)	6 (6,0)	17 (17,0)	43 (43,0)
23. Necessidades fisiológicas/sexualidade	11 (11,0)	5 (5,0)	24 (24,0)	60 (60,0)
Autoeficácia				
1. Avaliar intensidade da dor	8 (8,0)	10 (10,0)	25 (25,0)	57 (57,0)
2. Orientar sobre náuseas	11 (11,0)	6 (6,0)	27 (27,0)	56 (56,0)
3. Informar paciente/família	8 (8,0)	6 (6,0)	22 (22,0)	64 (64,0)
4. Articular com médico (apoio CP)	14 (14,0)	9 (9,0)	33 (33,0)	44 (44,0)
5. Identificar problemas sociais	11 (11,0)	10 (10,0)	30 (30,0)	49 (49,0)
6. Encaminhar/contato com serviço CP	10 (10,0)	9 (9,0)	21 (21,0)	60 (60,0)
7. Comunicar-se com paciente ansioso	9 (9,0)	7 (7,0)	17 (17,0)	67 (67,0)
8. Reconhecer necessidades complexas	10 (10,0)	8 (8,0)	23 (23,0)	59 (59,0)
9. Ensinar relaxamento (dor)	8 (8,0)	11 (11,0)	17 (17,0)	64 (64,0)
10. Conversar sobre antecipar a morte	16 (16,0)	14 (14,0)	22 (22,0)	48 (48,0)
11. Realizar cuidado oral	7 (7,0)	10 (10,0)	23 (23,0)	60 (60,0)
12. Explicar efeitos adversos	7 (7,0)	13 (13,0)	24 (24,0)	56 (56,0)
13. Identificar problemas psicológicos	9 (9,0)	11 (11,0)	18 (18,0)	62 (62,0)
14. Considerar aspectos culturais	11 (11,0)	11 (11,0)	28 (28,0)	50 (50,0)
15. Criar empatia em contextos diversos	4 (4,0)	4 (4,0)	14 (14,0)	78 (78,0)

n-frequência absoluta; %-frequência relativa; CP-Cuidados Paliativos; AINE-Anti-inflamatório Não Esteróide; SC-Subcutâneo

A Figura 1 apresenta, no painel A, os escores médios globais de conhecimento

e autoeficácia no BPW. Observou-se que o escore médio de autoeficácia foi superior ao de conhecimento, com valores de 3,30 ($\pm 0,67$) e 2,66 ($\pm 0,39$), respectivamente, ambos na escala de 1 a 4. Os intervalos de confiança (IC) de 95% indicam distribuição relativamente precisa dessas estimativas, reforçando que a percepção de capacidade para atuar em situações relacionadas aos CP foi, em média, mais elevada do que o nível de conhecimento aferido pelo instrumento.

No painel B, a distribuição do percentual de conhecimento mostrou média de 54,78%, ($\pm 14,00$) e IC 95% de 52,01% a 57,56%, evidenciando desempenho global intermediário. Observou-se maior concentração de participantes nas faixas entre 40% e 70% de acertos. Frequências menores foram observadas nos extremos, particularmente abaixo de 30% e acima de 80%, sugerindo baixa ocorrência tanto de desempenho muito reduzido quanto muito elevado. Em conjunto, os dados da Figura 2 indicam que, embora os participantes tenham apresentado autoeficácia percebida relativamente alta, o percentual de conhecimento objetivo concentrou-se em níveis moderados.

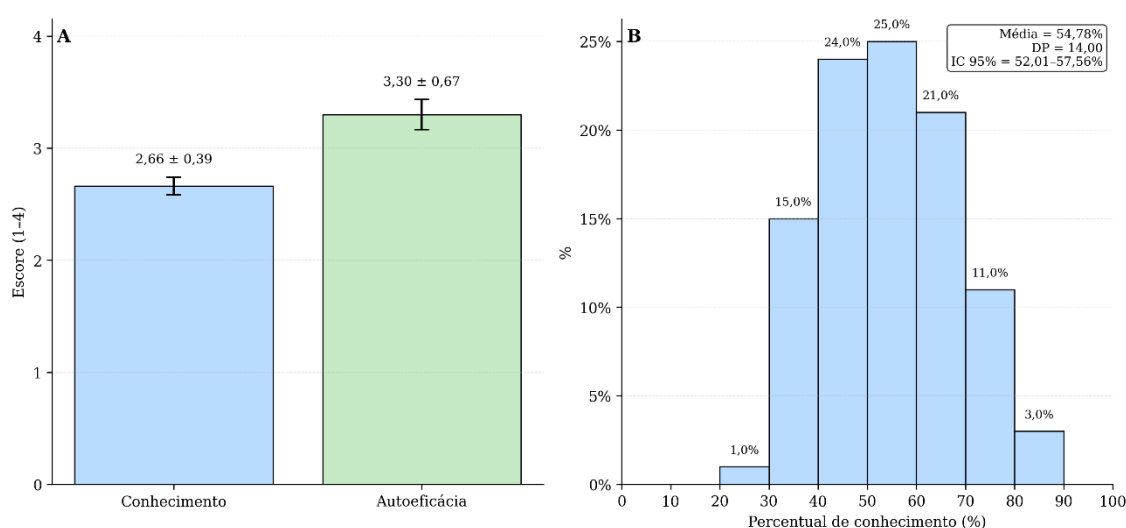


Figura 1. À esquerda, médias dos escores de conhecimento e autoeficácia do Bonner Palliativwissenstest (BPW), com respectivos intervalos de confiança de 95%; os rótulos sobre as barras apresentam média $\pm$ desvio padrão. À direita, histograma da distribuição percentual do escore de conhecimento na escala de 1 a 4, após recodificação dos itens com sentido inverso, de modo que valores mais altos indiquem maior conhecimento. Goiânia (n=100), 2026.

A Tabela 3 compara os escores de conhecimento e autoeficácia segundo o perfil da amostra, indicando, de modo geral, ausência de diferenças estatisticamente significativas para a maior parte das variáveis analisadas. Em relação à faixa etária, não foram observadas diferenças significativas nem para conhecimento ($p=0,101$)

tampouco para autoeficácia ($p=0,610$), embora os participantes com idade superior à média tenham apresentado escore de conhecimento discretamente mais elevado ($2,79\pm0,46$) em comparação aos mais jovens ($2,63\pm0,37$). Da mesma forma, não houve diferença significativa entre os sexos para conhecimento ($p=0,516$) ou autoeficácia ($p=0,691$).

Quanto ao curso de graduação, também não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nos escores de conhecimento ($p=0,379$) ou autoeficácia ($p=0,694$). Observou-se, entretanto, variabilidade entre os cursos, com destaque para menor média de conhecimento entre estudantes de Enfermagem ($2,07\pm0,22$) e maior média entre os de Biomedicina ($2,86\pm0,49$); para autoeficácia, a maior média foi observada em Enfermagem ($4,00\pm0,00$), embora esse resultado deva ser interpretado com cautela em razão do reduzido número de participantes nessa categoria. Em relação ao período acadêmico classificado, não houve diferenças significativas para conhecimento ($p=0,736$) ou autoeficácia ($p=0,617$), com médias relativamente semelhantes entre os grupos inicial, intermediário e final.

No que se refere às variáveis relacionadas à experiência e familiaridade com cuidados paliativos, apenas a variável “sabe o que são cuidados paliativos” apresentou associação significativa com o escore de conhecimento ($p=0,040$). Participantes que responderam “sim” apresentaram maior média de conhecimento ($2,68\pm0,39$) em comparação àqueles que responderam “não” ($2,27\pm0,24$). Para essa mesma variável, não houve diferença significativa quanto à autoeficácia ($p=0,315$). As demais variáveis, tais como, “já ter tido contato com cuidados paliativos”, “já ter cursado matéria sobre o tema”, “existência de disciplina na matriz curricular”, “desejo de conhecer mais sobre cuidados paliativos” e “interesse em trabalhar na área” não apresentaram diferenças estatisticamente significativas para conhecimento e autoeficácia, com todos os valores de $p>0,05$.

De maneira global, os resultados inferenciais indicam que os escores de autoeficácia permaneceram relativamente homogêneos entre os diferentes subgrupos analisados, enquanto o conhecimento apresentou diferença significativa apenas em função do conhecimento autorreferido sobre o que são CP. Esses achados sugerem que a percepção subjetiva de familiaridade com o tema esteve associada a maior conhecimento mensurado pelo instrumento, ao passo que as demais características sociodemográficas e acadêmicas não exerceram influência estatisticamente detectável sobre os escores avaliados.

Tabela 3. Comparação dos escores de Conhecimento e Autoeficácia (0–4) segundo o perfil da amostra. Goiânia (n=100), 2026.

Variável	Conhecimento (Média ± DP)	p	Autoeficácia (Média ± DP)	P
Faixa etária (pela média)				
≤ 22,03 anos	2,63 ± 0,37	0,101*	3,32 ± 0,65	0,610*
> 22,03 anos	2,79 ± 0,46		3,23 ± 0,79	
Sexo				
Feminino	2,65 ± 0,38	0,516*	3,29 ± 0,67	0,691*
Masculino	2,73 ± 0,45		3,37 ± 0,73	
Curso				
Biomedicina	2,86 ± 0,49	0,379**	3,01 ± 0,71	0,694**
Enfermagem	2,07 ± 0,22		4,00 ± 0,00	
Farmácia	2,45 ± 0,09		3,16 ± 0,44	
Fisioterapia	2,67 ± 0,42		3,37 ± 0,64	
Fonoaudiologia	2,74 ± 0,42		3,01 ± 0,96	
Medicina	2,64 ± 0,43		3,32 ± 0,45	
Nutrição	2,53 ± 0,19		3,27 ± 0,68	
Odontologia	2,63 ± 0,23		3,22 ± 0,70	
Psicologia	2,70 ± 0,32		3,32 ± 0,77	
Período (classificado)				
Inicial (1–3)	2,62 ± 0,41	0,736**	3,20 ± 0,73	0,617**
Intermediário (4–6)	2,70 ± 0,38		3,32 ± 0,71	
Final (7–10)	2,66 ± 0,40		3,36 ± 0,60	
Sabe o que são cuidados paliativos				
Sim	2,68 ± 0,39	0,040*	3,29 ± 0,68	0,315*
Não	2,27 ± 0,24		3,63 ± 0,52	
Já teve contato com cuidados paliativos				
Sim	2,62 ± 0,38	0,343*	3,18 ± 0,73	0,150*
Não	2,69 ± 0,40		3,38 ± 0,63	
Já teve matéria sobre cuidados paliativos				
Sim	2,73 ± 0,49	0,346*	3,44 ± 0,56	0,241*
Não	2,64 ± 0,36		3,25 ± 0,71	
Na matriz existe disciplina sobre cuidados paliativos				
Sim	2,59 ± 0,34	0,186*	3,42 ± 0,62	0,217*
Não	2,70 ± 0,41		3,24 ± 0,70	
Gostaria de conhecer mais sobre cuidados paliativos				
Sim	2,67 ± 0,39	0,727*	3,30 ± 0,69	0,971*
Não	2,62 ± 0,46		3,31 ± 0,52	
Tem interesse em trabalhar com cuidados paliativos				
Sim	2,63 ± 0,36	0,568*	3,35 ± 0,74	0,571*
Não	2,68 ± 0,41		3,27 ± 0,64	

*Teste t de Student; **ANOVA (one-way); DP, desvio padrão

Em relação à Figura 2, observou-se uma relação entre a idade e os escores de conhecimento e autoeficácia do BPW. No painel A, observou-se uma correlação positiva fraca entre idade e escore de conhecimento ($r=0,109$), sem significância estatística ($p=0,281$). No painel B, verificou-se correlação negativa fraca entre idade e escore de autoeficácia ($r=-0,095$), também sem significância estatística ($p=0,345$).

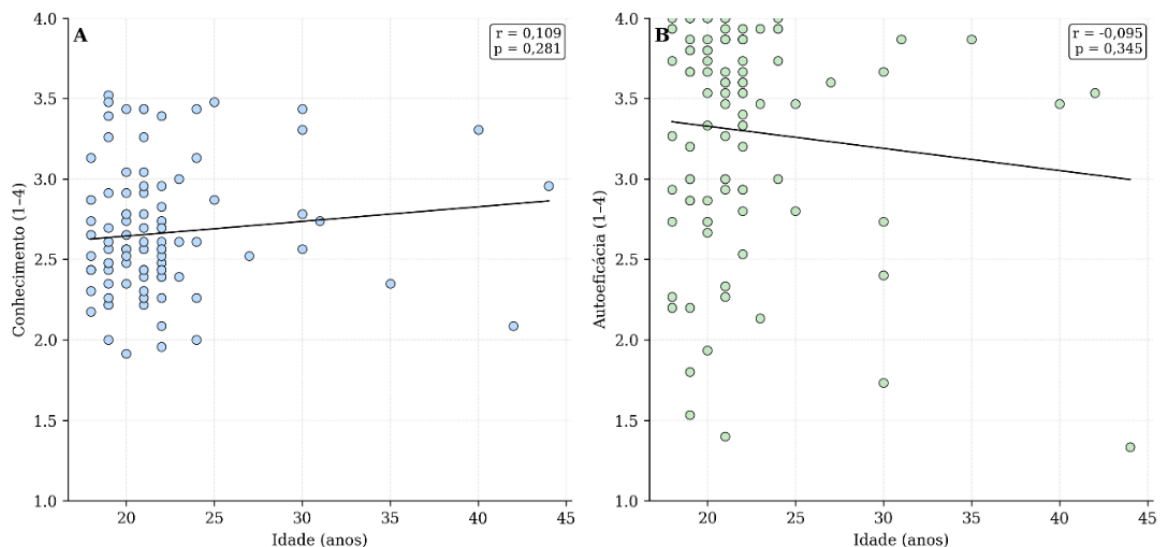


Figura 2. Gráficos de dispersão entre idade e os escores do Bonner Palliativwissenstest (BPW). Painel A: correlação entre idade e escore de conhecimento. Painel B: correlação entre idade e escore de autoeficácia. As linhas representam a regressão linear simples, e os painéis exibem o coeficiente de correlação de Pearson (r) e o respectivo valor de p . Goiânia ($n=100$), 2026.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo demonstraram, no que se refere ao conhecimento prévio sobre CP, que a maioria dos acadêmicos não tinham conhecimento prévio sobre o assunto e informaram não terem cursado nenhuma disciplina ou matéria sobre o tema. Semelhante a esse resultado, em uma pesquisa realizada no Canadá, a maioria dos entrevistados enfatizou que o tema deveria ser abordado com mais frequência nas universidades, corroborando com o resultado do estudo em que a maioria dos acadêmicos considerou importante possuir CP na matriz curricular⁹.

Acerca do domínio de conhecimento do BPW, a distribuição de percentual evidenciou um desempenho global intermediário. Ademais, em um estudo realizado na Universidade de São Luís/MA, foram abordados 232 acadêmicos, sendo que 76,2% alegaram não terem conhecimento suficiente para controlar os sintomas dos pacientes em CP, além de desconhecerem efeitos, doses e mecanismos de ação dos medicamentos utilizados¹⁰. Nobre, Lira e Barbosa¹¹, em revisão sistemática da literatura, verificaram que os acadêmicos entrevistados apresentaram, nos domínios controle de sintomas e conhecimento geral, um domínio considerado baixo para a média esperada para o estudo.

Entretanto, o domínio autoeficácia demonstrou um percentual superior ao de conhecimento, evidenciando que a capacidade e a confiança em atuar com pacientes em CP tiveram melhor resultado comparado com o nível de conhecimento dos acadêmicos. Libardi, Gutierrez e Theobald¹² relatam que a autoeficácia em CP é fundamental e influencia a qualidade da assistência prestada. Conforme os autores supracitados, alguns estudos realizados no sul dos Estados Unidos da América demonstraram que enfermeiros com maior autoeficácia em CP se sentem preparados para discutir sobre o processo de morte, realizar o suporte da família e no manejo dos sintomas. A baixa autoeficácia compromete o planejamento do tratamento e a identificação de possíveis pacientes.

Ademais, em variáveis que avaliaram a experiência e a familiaridade com CP, os acadêmicos que responderam "sim" à pergunta "saber o que são cuidados paliativos" demonstraram um escore de conhecimento significativamente maior em relação aos que relataram não saber o que são CP. Pinto, Cavalcante e Maia¹³ demonstraram, por meio de revisão sistemática, unanimidade em apontar as falhas nas grades curriculares no que diz respeito a temas como vida e morte. Além disso, estudos apontam que a abordagem curricular não é suficiente para que o aluno se interesse pelo tema.

Semelhante a isso, em razão da desinformação, não é difícil que alguns profissionais de saúde adotem medidas intuitivas na tentativa de diminuir a dor e o sofrimento dos pacientes, porém acabam se sentindo frustrados por não terem o resultado esperado e, em alguns casos, propõem a limitação terapêutica sem conseguir controlar os sintomas ou melhorar a qualidade de vida ⁶. É inegável que diversas transformações ocorridas na sociedade propõem um aperfeiçoamento na formação do profissional da área da saúde para, efetivamente, alcançar a formação de um profissional com poder de decisão¹⁴.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos escores de conhecimento ($p=0,379$) e autoeficácia ($p=0,694$) na comparação entre os cursos de graduação, bem como não houve diferença entre os períodos acadêmicos. Segundo Silva, Rodrigues, Moura, Caminha e Ferreira¹⁵, profissionais com exímio conhecimento conseguem compor uma equipe multiprofissional com troca de experiências, de saberes, consolidando uma maneira de valorizar o trabalho do outro e respeitar o conhecimento, realizando, assim, um atendimento biopsicossocial.

Enfatiza-se que a equipe multidisciplinar é de suma importância para o combate ao sofrimento de pacientes com comorbidades aos CP. Com isso, tal equipe gera um olhar sobre os sinais e sintomas, oferecendo assistência terapêutica e psicológica, proporcionando melhora na qualidade de vida e diminuindo o sofrimento¹⁶. Entretanto, Silveira, Ciampone e Gutierrez¹⁷ demonstraram, por meio de revisão sistemática, que a maior dificuldade das equipes multiprofissionais nos CP é fundamentar as decisões baseadas no princípio da autonomia do paciente, o que se refere a uma característica que pode ser vinculada ao modelo biomédico, o qual confirma uma relação de desigualdade entre o paciente e os profissionais nas tomadas de decisão. Ademais, Oliveira, Teixeira e Tavares¹⁸ enfatizam a necessidade de diálogo entre os profissionais de saúde para discussão de casos que não ocorrem com a frequência necessária devido à demanda dos outros setores que estão lotados, tornando-se, assim, um grande desafio para as equipes multiprofissionais.

O principal desafio dessa pesquisa foi o recrutamento de participantes, fator que contribuiu para o limitado tamanho da amostra, reduzindo a estatística e as análises. Ademais, o grande volume de perguntas dos instrumentos utilizados também pode ser contribuído para a quantidade de participantes. Além disso, devido à pouca quantidade de participantes da pesquisa ser reduzida, o nível de confiabilidade, numa comparação com mais números, pode ser reduzido. Apesar disso, os resultados da pesquisa são coerentes com a literatura recente e contribuem para o aumento de conhecimento em relação aos acadêmicos e aos CP.

CONCLUSÃO

Os resultados presentes no estudo mostraram que a maioria dos acadêmicos que participaram da pesquisa não possuía contato prévio com CP. De forma semelhante, a maioria relatou não ter cursado disciplina ou matéria relacionados ao tema, afirmando não terem tido contato com o assunto. Entretanto, apesar da limitação presente acerca da exposição do tema, quase todos os acadêmicos demonstraram interesse em adquirir mais conhecimentos. Ademais, com relação à avaliação de conhecimento existiu uma diferença significativa entre os que alegaram conhecer os CP e os que disseram que não conheciam. Entre os cursos analisados, Biomedicina, Fonoaudiologia e Psicologia apresentaram maior nível de conhecimento. Em relação

à autoeficácia, verificou-se uma distribuição globalmente favorável.

Os achados deste estudo reforçam a necessidade de incluir o CP na matriz curricular dos cursos da área da saúde, devido à relevância e alta demanda de pacientes. Além disso, a pesquisa demonstra um déficit de conhecimento principalmente em acadêmicos que nunca ouviram falar sobre o assunto. Diante disso, conclui-se que é essencial a exposição sobre os CP, a fim de preparar os futuros profissionais de saúde a integrar equipes multiprofissionais qualificadas. Adicionalmente, verifica-se a necessidade de novas pesquisas acerca do conhecimento e relevância dos CP tanto entre os acadêmicos quanto profissionais da área da saúde formados, possibilitando a comparação dos seus conhecimentos e experiências.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro, JR; Poles, K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Educação Médica. 2019;43(3) 62 - 72. doi: 1590/1981-52712015
2. Alves RF, Andrade SF, Melo MO, Cavalcante KB, Angelim RM. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. Rev Psicol. 2015;27(2):165-76. doi:10.1590/1984-0292/943.
3. Conceição MV, Vasconcelos MC, Telino CJ, Guedes EV, Pimentel DM. Conhecimento entre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. Rev Bioét. 2019;27(1):134-42. doi:10.1590/1983-80422019271296.
4. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança política inédita no SUS para cuidados paliativos. 1. ed. Rio de Janeiro: Ana Freire, 2024
5. Pinto AC, et al. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. Rio de Janeiro: Niura Fernanda Souza; 2012. 509 p
6. Pereira LM, Andrade SM, Theobald MR. Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. Rev Bioét. 2022;30(1):149-61. doi:10.1590/1983-80422022301515PT.
7. Pfister D, Müller M, Müller S, Kern M, Rolke R, Radbruch L. Validierung des Bonner Palliativwissenstests (BPW). Schmerz. 2011;25(6):643-53. doi:10.1007/s00482-011-1111-7.
8. Minosso JS, Martins MM, Oliveira MA. Adaptação transcultural do Bonn Palliative

Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia. Rev Enferm Ref. 2017;4(13):31-42. doi:10.12707/RIV16076.

9.Spicer D, Paul S, Tang T, Chen C, Chase J. Avaliação por meio de questionário sobre a formação e as atitudes dos residentes da Universidade da Colúmbia Britânica em relação aos cuidados paliativos e à morte assistida por médicos. Canadian Medical Education Journal. 2017;8(1):6-21. doi:10.4738/475832946274.

10.Sousa GL. Avaliação do conhecimento de alunos de medicina do sul do Maranhão acerca dos cuidados paliativos [monografia]. Imperatriz: Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz; 2021.

11.Nobre ML, Lira DR, Brito SM, Barbosa LA. Conhecimento em cuidados paliativos entre estudantes de medicina: revisão da literatura. Rev Bioét. 2024;32(1):1-8. doi:10.1590/1983-803420243631PT.

12.Libardi EC, Gutierrez BA, Theobald MR. Conhecimento e autoeficácia de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre cuidados paliativos. Rev Bras Enferm. 2025;78(5):1-13. doi:10.1590/0034-7167-2024-0056pt.

13.Pinto KD, Cavalcanti AN, Maia EM. Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: Revisão da literatura. Psicol Conoc Soc. 2021;10(3):226-57. doi:10.26864/PCS.v10.n3.10.

14.Alves VD, Fonseca SR, Gutterres DB, Souza MC. Cuidados paliativos: conhecimento de estudantes de graduação em enfermagem e em medicina. Rev Saúde. 2019;10(2):7-11. doi:10.21727/rs.v10i2.1744.

15.Silva PA, Silva GML, Rodrigues JD, Moura PV, Caminha IO, Ferreira DKS. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. ConScientiae Saúde. 2013;12(1):153-60. doi:10.5585/ConsSaude.v12n1.3987.

16.Marques AL, Pimentel EA. Importância da atuação da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos dentro da UTI: revisão de literatura. Rev Eletrônica. 2022;1(1):1-7.doi: 10.7395/730284072589.

17.Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BA. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014;17(1):7-16. doi: https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002.

18.Oliveira LC, Teixeira LV, Tavares GR. Cuidados paliativos no CTI de um hospital universitário: a percepção dos profissionais de saúde. Rev Interdiscip Cienc Med. 2019;3(2):36-44. doi: 10.9247/482934820673.

ANEXO



Normas Editoriais da Movimenta

A revista Movimenta (ISSN 1984-4298), é um periódico científico interdisciplinar de acesso aberto, editado pela Universidade Estadual de Goiás (UEG) e vinculado ao Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde.

A revista possui periodicidade quadrimestral e publica artigos relacionadas com a temática da Saúde e suas relações com o ambiente e sociedade. A revista recebe artigos em fluxo contínuo nas seguintes seções: editorial, artigos originais, artigos de revisão da literatura, relatos de caso ou de experiência e anais de eventos científicos.

Não cobramos taxas de submissão e/ou publicação.

POLÍTICA EDITORIAL

A responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito é do(s) autor(es), ou seja, a Movimenta não se responsabiliza pelos dados, opiniões e conteúdo.

Em conformidade com as boas práticas da ciência aberta, informamos que é necessário mencionar quaisquer conflitos de interesses existentes, bem como inserir o referenciamento e a disponibilização dos dados utilizados e gerados pela pesquisa, código de programa de processamentos de dados e outros materiais subjacentes ao texto para efeitos de avaliação, reuso e reprodutibilidade.

A submissão dos manuscritos deve ser realizada pelo site da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>) e implica que o trabalho não tenha sido publicado e não esteja sob consideração para publicação em outro periódico. Quando parte do material já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em simpósio, congresso etc., deve ser citada como nota de rodapé na página de título e uma cópia do trabalho apresentado deve acompanhar a submissão do manuscrito.

As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original que possa ser replicada e generalizada, têm prioridade para publicação. São também publicadas outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseados na literatura recente, tais como Artigos de Revisão, Relato de Caso ou de Experiência, Resumos de Teses e Dissertações, Resumos de Eventos Científicos na Área da Saúde e cartas ao editor. Estudos envolvendo seres humanos ou animais devem vir acompanhados de aprovação pelo Comitê de

Ética em Pesquisa. As contribuições podem ser apresentadas em português, inglês e espanhol, contendo obrigatoriamente o resumo em inglês. Múltiplas submissões do mesmo artigo e/ou de artigos muito similares serão desconsideradas.

Os autores que enviarem um manuscrito para o periódico devem relatar qualquer uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), incluindo aquelas usadas na coleta e análise de dados ou na criação de texto, imagens, figuras ou gráficos, mas não incluindo ferramentas de ortografia, gramática e referência usadas em software de processamento de texto. Essa informação deve vir declarada na carta de submissão dos artigos (verificar o modelo da revista).

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião do Comitê Editorial da revista Movimenta.

PROCESSO DE JULGAMENTO

Os manuscritos recebidos são examinados pelo Comitê Editorial, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da revista. Aqueles que não estiverem de acordo com as normas da revista serão devolvidos aos autores para adequação e/ou arquivados no sistema da revista.

Os textos enviados à Revista que estiverem de acordo com as normas serão submetidos à avaliação por pares, por avaliadores convidados de acordo com a área de conhecimento e temática. Esses avaliadores trabalham de maneira independente e fazem parte da comunidade acadêmico-científica, sendo especialistas em suas respectivas áreas de conhecimento. Após a criteriosa avaliação, os artigos em condições de publicação serão devolvidos aos autores para ajustes e correções de acordo com os comentários de cada revisor. Os avaliadores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos avaliadores por recomendação expressa dos editores.

Os editores coordenam as informações entre os autores e os avaliadores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos avaliadores. Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos são acompanhados por justificativa do editor.

Todo o processo de submissão, avaliação e publicação dos artigos será realizado pelo sistema de editoração eletrônica da Movimenta (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Para tanto, os autores deverão acessar o sistema e se cadastrar, atentando para todos os passos de submissão e acompanhamento do trabalho. Nenhum artigo ou documento deverá ser submetido à revista em via impressa ou por e-mail, apenas pelo sistema eletrônico.

INSTRUÇÕES GERAIS AOS AUTORES

Crítérios de Integridade e Autoria

A Movimenta utiliza a definição de autoria do International Committee of Medical Journal Editors

(ICMJE), que estabelece a obrigatoriedade em atender a quatro critérios:

1. Contribuição substancial na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, ou obtenção de dados, ou análise e interpretação de dados; E
2. Redação ou revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito; E
3. Aprovação da versão final do manuscrito a ser publicada; E
4. Responsabilizar-se inteiramente pelo conteúdo do artigo, assegurando que questionamentos relacionados à acurácia e integridade de qualquer parte do texto seja investigado e resolvido apropriadamente.

Além destas condições, o ICMJE estabelece que um autor deve ser capaz de identificar as contribuições de cada coautor e assegurar a confiabilidade na integridade das contribuições de cada um. Só devem ser creditados como autores aqueles que se encaixam nos critérios citados acima.

No caso de trabalho realizado por um grupo ou em vários centros, devem ser identificados os autores que assumem inteira responsabilidade pelo manuscrito (que devem preencher os quatro critérios acima e serão considerados autores). Os nomes dos demais integrantes do grupo serão listados nos agradecimentos.

A ordem de indicação de autoria é decisão conjunta dos coautores e deve estar correta no momento da submissão do manuscrito. Em qualquer caso, deve ser indicado o endereço para correspondência do autor principal. A carta que acompanha o envio dos manuscritos deve ser assinada por todos os autores, tal como acima definidos.

A revista Movimenta solicita a especificação da contribuição de cada autor na elaboração do manuscrito, declarada na Página de Rosto (1a página), conforme a Taxonomia da CRediT (<https://credit.niso.org/>): concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; aquisição de fundos; investigação; metodologia; administração do projeto; recursos; software; supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

Não serão aceitas inclusões de autores nos artigos após a submissão na revista. Neste sentido, é importante que os autores verifiquem os dados de autoria (nomes completos, posição de autoria) antes da submissão do artigo no sistema da revista.

RESPONSABILIDADE E ÉTICA EM PESQUISA

O conteúdo e as opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores. Estudos envolvendo sujeitos humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e indicar o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes, de acordo com as resoluções vigentes do Comitê Nacional de

Saúde. Estudos envolvendo animais devem estar de acordo com as resoluções do Comitê Federal de Medicina Veterinária. O estudo envolvendo seres humanos ou animais deve vir acompanhado pela carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável.

A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da indicação de permissão pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais do autor do manuscrito. Todas as informações contidas no artigo são de responsabilidade do(s) autor (es).

Em caso de utilização de fotografias de pessoas/pacientes, estas não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão escrita para uso e divulgação das imagens.

Uso de Inteligência Artificial (IA) generativa

Os autores devem relatar qualquer uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA) generativa na elaboração do seu artigo científico, incluindo aquelas usadas na coleta e análise de dados ou na criação de texto, imagens, figuras ou gráficos. Essa regra não se aplica a ferramentas de ortografia, gramática e referência usadas em software de processamento de texto (Exemplos: Mendeley, EndNote). A declaração a respeito do uso da IA na elaboração do artigo será realizada na Carta de Submissão do artigo (verificar o modelo de carta da revista).

Integridade Científica e Detecção de Plágio

Considera-se plágio a cópia integral ou parcial de um texto ou de uma ideia. O plágio pode acontecer de diferentes formas, desde citações sem a menção do autor original até a apropriação de conceitos desenvolvidos por outras pessoas e apresentadas como inéditas ou próprias.

Os autores devem ter cuidado com a escrita do seu artigo científico para evitar citações diretas e transcrições literais de trabalhos já publicados por outros autores ou por si mesmo (autoplágio). Ressalta-se que as práticas de autoplágio e de reutilização de texto não são recomendadas nos documentos de Integridade e de Boas Práticas em Pesquisa nos periódicos científicos e ambiente acadêmico.

Independente da forma que assume, o plágio detectado em trabalhos acadêmicos e publicações científicas implica violação moral e legal de direitos autorais e de propriedade intelectual e é passível de sanções acadêmicas, financeiras e judiciais. Para evitar o plágio no texto do seu artigo, os autores devem usar ferramentas de detecção de plágio antes da submissão do seu artigo na revista para verificação da taxa de similaridade (colocar o texto do artigo, exceto referências bibliográficas).

A declaração a respeito da detecção de plágio ou similaridade no artigo será realizada na Carta de Submissão do artigo (verificar o modelo de carta da revista). Taxas de similaridade até 5% são aceitáveis.

Softwares para detecção de similaridade e de plágio são programas que buscam e identificam similaridades textuais em diversas bases de dados na Internet. Exemplos de softwares para detecção de plágio disponíveis:

Grammarly (<https://www.grammarly.com/plagiarism-checker>)

Plagium (<https://www.plagium.com/>)

Plagiarisma (<https://plagiarisma.net/>)

Plagius (<https://www.plagius.com/br>)

Copyspider (<https://copyspider.com.br/>)

Além da declaração dada pelos autores e considerando a proteção contra práticas de má conduta acadêmica, a revista Movimenta adotará mecanismos de detecção de similaridade para todas as submissões recebidas, de modo a possibilitar a identificação de possíveis plágios e autoplágios.

Licenças

A revista publica artigos de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons- Atribuição 4.0 Internacional., que permite uso, distribuição e reprodução irrestrita em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Modelo de Carta da Revista

Ao enviar o texto completo do artigo, os autores devem encaminhar obrigatoriamente a carta de submissão do artigo no modelo disponível no Link: https://docs.google.com/document/d/1sBZ4BQ_AioJgIVuwSX7k6wA9WvL3fwKS/edit?usp=drive_link&uid=102800725445153510506&rtpof=true&sd=true

Os autores devem fazer o download do arquivo, realizar o correto preenchimento das informações, coletar as assinaturas de todos os autores e salvar o arquivo em PDF.

FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

Formato do texto

O texto deve ser digitado em processador de texto Word (arquivo com extensão.doc ou docx) e deve ser digitado em espaço 1,5 entre linhas, tamanho

12, fonte Arial com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando o limite de 20 (vinte) páginas (incluindo página de rosto, resumos, referências, figuras, tabelas, anexos). Relatos de Caso ou de Experiência não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos.

Página de rosto (1ª página)

A primeira página do artigo deve conter:

- a) Título do artigo em português (preciso e conciso até 150 caracteres com espaços) e sua versão para o inglês e espanhol;
- b) Nome completo dos autores sem abreviações;
- c) Indicação de e-mail de cada autor, preferencialmente e-mail institucional;
- d) Nome da instituição de cada autor, estado e país;
- e) Número do ORCID de todos os autores. O identificador ORCID pode ser obtido gratuitamente no link: <https://orcid.org/register>. O registro ORCID é obrigatório para todos os autores;
- f) Contribuições dos Autores. Deve estar listada a contribuição de cada autor com a elaboração do artigo conforme a Taxonomia da CRediT (<https://credit.niso.org/>): concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; aquisição de fundos; investigação; metodologia; administração do projeto; recursos; software; supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição;
- g) Declaração de Conflito de Interesse – os autores devem declarar a existência de qualquer conflito de interesse com o desenvolvimento da pesquisa e publicação do artigo. Caso não exista conflito de interesse devem declarar: Ausência de conflito de interesse;
- h) Endereço para correspondência e e-mail de contato do autor principal responsável pela submissão do artigo no sistema da revista. Recomendamos que o autor principal utilize um endereço institucional.

Página de rosto (2ª página)

A segunda página deve conter os resumos do artigo em português, inglês e espanhol. Quanto à extensão, o resumo deve conter no máximo 1.500 caracteres com espaços (cerca de 250 palavras), em um único parágrafo. Quanto ao conteúdo, o resumo deve abordar os seguintes itens: objetivo do estudo, materiais e métodos, resultados mais importantes e conclusão. Quanto à redação, os autores devem buscar o máximo de precisão e concisão, evitando adjetivos e expressões como "o autor descreve".

Os resumos devem ser seguidos, respectivamente, da lista de até cinco palavras-chaves e seus respectivos termos em inglês e espanhol (sugere-se a consulta aos DeCS/MeSH Descritores em Ciências da Saúde (disponível no link <https://decs.bvsalud.org/>) para fins de padronização de palavras-chaves. Recomenda-se que as palavras-chave não sejam idênticas aos termos usados no título do artigo.

Corpo do texto

Introdução - deve informar sobre o assunto investigado, citação da literatura relevante para a temática, a justificativa para a realização da pesquisa e os motivos que levaram os autores ao desenvolvimento da pesquisa. No final da introdução deve ficar claro o objetivo do estudo.

Materiais e Métodos – Deve descrever detalhadamente todos os procedimentos para a realização da pesquisa de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Deve incluir: participantes (descrição da amostra, critérios de inclusão e exclusão); aspectos éticos da pesquisa; local da pesquisa; descrever todos os materiais e instrumentos utilizados para realizar as medições, avaliações e/ou intervenções do estudo; descrever os procedimentos de análise e interpretação dos dados e análises estatísticas.

Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido.

Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na introdução do artigo. As informações apresentadas anteriormente no texto podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão. Ao final da discussão os autores devem reservar três parágrafos para apresentar as limitações metodológicas e dificuldades para a realização da pesquisa, as implicações da pesquisa para a prática e pesquisa e as sugestões de futuros estudos que venham a ser desenvolvidos dentro da temática investigada.

Conclusão – deve ser apresentada de forma objetiva as conclusões trabalho, sem necessidade de citação de referências bibliográficas.

Atenção: Para mais detalhes a respeito da escrita do artigo de acordo com o tipo de estudo (observacional, experimental, revisão ou relato de caso), pedimos a leitura atenta da seção “Requisitos para a Elaboração dos Artigos”.

Tabelas e figuras

Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo 5 (cinco) desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Todas as tabelas e títulos de figuras e tabelas devem ser digitados com fonte Arial, tamanho 10. As figuras ou tabelas não devem ultrapassar as margens do texto. No caso de figuras, recomenda-se não ultrapassar 50% de uma página. Casos especiais serão analisados pelo corpo editorial da revista.

Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. Cada tabela deve ser digitada em espaço simples e colocadas na ordem de seu aparecimento no texto.

As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Os títulos devem ser colocados acima das tabelas. As tabelas não devem ser formatadas com bordas de fechamento horizontais e verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas sessões principais. Usar parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Figuras. Todos os elementos que não são tabelas, tais como gráfico de colunas, linhas, ou qualquer outro tipo de gráfico ou ilustração é reconhecido pela denominação “Figura”. Portanto, os termos usados com denominação de Gráfico (ex: Gráfico 1, Gráfico 2) devem ser substituídos pelo termo Figura (ex: Figura 1, Figura 2).

Digitar todas as legendas das figuras em espaço duplo. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Os títulos devem ser colocados abaixo das figuras.

Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

Usar letras em caixa-alta (A, B, C etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados.

Cada figura deve estar claramente identificada. As figuras devem ser numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não agrupar diferentes figuras em uma única página. Em caso de fotografias, recomenda-se o formato digital de alta definição (300 dpi ou pontos por polegadas).

Figuras com Licença Creative Commons - CC BY-NC, poderão ser utilizadas, desde que atribuam os devidos créditos aos autores.

Unidades. Usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

Citações e referências bibliográficas

A revista adota a norma de Vancouver para apresentação das citações no texto e referências bibliográficas. As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê

Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html>).

Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a List of Journals do Index Medicus (<http://www.index-medicus.com>). As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados.

As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade dos autores do manuscrito.

A revista recomenda que os autores realizem a conferência de todas as citações do texto e as referências listadas no final do artigo. Em caso de dificuldades para a formatação das referências de acordo com as normas de Vancouver sugere-se consultar o link: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (Como formatar referências bibliográficas no estilo Vancouver).

Incluir identificador de localização eletrônica (e-location) nos artigos. Nesses casos, não utilizar paginação tradicional; Registro no DOI (Digital Object Identifier): O DOI deve ser sempre publicado junto com o artigo em qualquer meio, seja em PDF, HTML ou nos metadados descritivos do artigo.

Exemplo: Harvey PD, Depp CA, Rizzo AA, Strauss GP, Spelber D, Carpenter LL, Kalin NH, Krystal JH, McDonald WM, Nemeroff CB, Rodriguez CI, Widge AS, Torous J. Technology and Mental Health: State of the Art for Assessment and Treatment. Am J Psychiatry. 2022 Dec 1;179(12):897-914. doi: 10.1176/appi.ajp.21121254.

Agradecimentos

Quando pertinentes, os agradecimentos serão dirigidos às pessoas ou instituições que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa ou do artigo. Neste tópico também pode ser citado o órgão financiador ou agências de fomento ao projeto de pesquisa, se for o caso.

REQUISITOS PARA ELABORAÇÃO DOS ARTIGOS

Artigo de Pesquisa Original. São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de investigação baseada em dados empíricos ou teóricos, utilizando metodologia científica, de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais da saúde humana, de característica clínica, bioquímica, fisiológica, psicológica e/ou social. Devem incluir análise descritiva e/ou inferências de dados próprios, com interpretação e discussão dos resultados. Para estudos observacionais e epidemiológicos os autores devem consultar as diretrizes do STROBE Checklists, disponíveis no link: <https://www.strobe-statement.org/checklists/>. Estudos qualitativos devem seguir as diretrizes do COREQ (disponível no link: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>).

Registro de Ensaaios Clínicos. A Movimenta apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. De acordo com essa recomendação, artigos de pesquisas clínicas devem ser registrados em um dos Registros de Ensaaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (por exemplo, www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org, www.umin.ac.jp/ctr/index.htm e www.trialregister.nl). No Brasil o registro poderá ser feito no link www.ensaaiosclinicos.gov.br. Para tal, deve-se antes de mais nada obter um número de registro do trabalho, denominado UTN (Universal Trial Number), no link http://www.who.int/ictpr/unambiguous_identification/utn/en/, e também importar arquivo xml do estudo protocolado na Plataforma Brasil. Todos os artigos resultantes de ensaios clínicos randomizados devem ter recebido um número de identificação nesses registros.

Artigos de Revisão. são revisões da literatura, constituindo revisões integrativas ou sistemáticas, sobre assunto de interesse científico da área da Saúde e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados. Sua estrutura formal deve seguir as diretrizes do PRISMA (disponível no link <https://www.prisma-statement.org/>), incluindo o Fluxograma como requisito necessário para apresentar o processo de busca e seleção dos artigos da revista. Os resultados devem apresentar as tabelas descritivas com os achados dos artigos. Os artigos que descrevem revisões sistemáticas devem fornecer o número de registro do protocolo na base de dados PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>). Informar o registro e o número do registro nas seções “Material e Métodos”.

Relato de Caso. Devem ser restritos a condições de saúde ou métodos/procedimentos incomuns, sobre os quais o desenvolvimento de artigo científico seja impraticável. Dessa forma, os relatos de casos clínicos não precisam necessariamente seguir a estrutura canônica dos artigos de pesquisa original, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Estes trabalhos apresentam as características principais dos indivíduos estudados, com indicação de sexo, idade etc. As pesquisas podem ter sido realizadas em humanos ou animais. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos de pesquisa original e devem seguir as normas estabelecidas pela revista Movimenta. Para relatos de casos os autores devem consultar as diretrizes do CARE, disponível no link <https://www.care-statement.org/>.

Relato de Experiência. São artigos que descrevem condições de implantação de serviços, experiência dos autores em determinado campo de atuação. Os relatos de experiência não necessitam seguir a estrutura dos

artigos de pesquisa original. Deverão conter dados descritivos, análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, apoiados em evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos.

Cartas ao Editor. Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, consultas às situações clínicas e discussões de assuntos específicos da área da Saúde serão publicados a critério dos editores. Quando a carta se referir a comentários técnicos (réplicas) aos artigos publicados na Revista, esta será publicada junto com a tréplica dos autores do artigo objeto de análise e/ou crítica.

Resumos de Dissertações e Teses. Esta seção publica resumos de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado, defendidas e aprovadas em quaisquer Programas de Pós-Graduação reconhecidos pela CAPES, cujos temas estão relacionados ao escopo da Movimenta.

Resumos de Eventos Científicos. Esta seção publica resumos de Eventos Científicos da Área da Saúde. Para tanto, é necessário inicialmente o envio de uma carta de solicitação para publicação para o Comitê editorial da revista (revista.movimenta@ueg.br). Após anuência, o organizador do evento deve submeter o arquivo conforme orientações do Comitê Editorial.

ORIENTAÇÕES PARA O ENVIO DOS ARTIGOS

Para submeter o artigo na revista Movimenta, os autores devem acessar a página da revista no link <http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>. Após inserir os metadados do artigo (título, palavras-chave, autores), devem encaminhar 03 (três) arquivos no sistema:

- 1) O artigo completo em documento word (contendo todos os elementos citados no tópico Forma e Preparação dos Artigos);
- 2) Carta de Submissão, contendo a declaração de autoria e formulário de ciência aberta (verificar o modelo de carta da revista). A carta deve ser preenchida, assinada digitalmente e salva em arquivo PDF. Na referida carta os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa; as informações a respeito do uso da inteligência artificial (IA) e medidas de detecção de plágio, explicadas no tópico Instruções Gerais aos Autores.
- 3) Carta de Aprovação do Comitê de Ética (nos estudos envolvendo seres humanos ou animais) ou Registro do Protocolo de Revisão (em caso de artigos de revisão).

Se o artigo for devolvido aos autores para a realização de revisão/correções e não retornar à Movimenta dentro do prazo estabelecido, o processo de revisão será considerado encerrado e o artigo será arquivado no sistema da revista.

Caso o mesmo artigo seja submetido no sistema, um novo processo será iniciado, com data atualizada. A data do aceite será registrada quando os autores retornarem o manuscrito, após a correção final aceita pelos Editores.

A versão corrigida, após o aceite dos editores, deve ser enviada usando o programa Word (arquivo doc ou docx.), juntamente com a carta resposta no modelo da revista. As provas finais serão enviadas por e-mail aos autores somente para correção de possíveis erros de formatação, não sendo permitidas quaisquer outras alterações. Manuscritos em prova final não devolvidos no prazo solicitado terão sua publicação postergada para um próximo número da revista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a documentação referente ao artigo deverá ser enviada pelo sistema de editoração eletrônica da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Não serão aceitos artigos e documentos enviados pelo correio ou por e-mail.

É de responsabilidade dos autores o acompanhamento de todo o processo de submissão do artigo até a decisão final da revista. A ausência de resposta dos autores em relação às solicitações da revista implicará em arquivamento do artigo no sistema.

Estas normas entram em vigor a partir de 01 de Janeiro de 2025.

Comitê Editorial
Revista Movimenta