

Cuidados paliativos à luz da Política Nacional de Cuidados Paliativos e das Diretrizes Curriculares Nacionais: especialidade ou cuidado generalista?

Palliative care in light of the National Policy for Palliative Care and National Curricular Guidelines: specialty or generalist care?

Paula Vilhena Carnevale Vianna¹  paulacavianna@gmail.com
Alessandra de Andrade Lopes²  alessandra.andrade-lopes@unesp.br
Danusa de Almeida Machado³  danusa.machado@gmail.com
Denise Stefanoni Combinato³  denisecombinato@hotmail.com
Elenice Bertanha⁴  elenice.bertanha@unesp.br
Mônica Manir Miguel³  monicamanir@gmail.com

RESUMO

Introdução: Em 2024, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS). Um de seus princípios refere-se à prestação do cuidado paliativo por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, e um dos objetivos é a integração dos cuidados paliativos (CP) à Rede de Atenção à Saúde, com ênfase na atenção primária à saúde (APS).

Objetivo: Considerando que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde relacionam-se diretamente às mudanças do modelo de atenção à saúde, o objetivo deste estudo foi analisar as relações de convergência entre a PNCP e as DCN do curso de graduação em Medicina.

Método: Realizou-se uma pesquisa qualitativa exploratória com análise documental das DCN do curso de graduação em Medicina publicadas em 2001, 2014 e 2022, a fim de avaliar as perspectivas adotadas no que se refere aos CP.

Resultado: Constatou-se que as primeiras DCN exigiam competências e habilidades específicas da formação médica para o profissional atuar no acompanhamento do processo de morte, com foco nos processos fisiológicos do desenvolvimento humano, da gestação até a morte. Nas DCN de 2001 e 2014, não há menção aos CP, enquanto, nas DCN de 2022, foram incluídas competências e habilidades específicas para a realização dos CP e a consideração de cuidar na terminalidade da vida. Essa inserção se situa na seção de cuidados integrais, da promoção da saúde à reabilitação.

Conclusão: Com a saúde em constante transformação, novos campos de saber e prática se constituem, como o CP. Há questões em aberto, como a discussão de os CP se constituírem um saber especializado ou generalista, mas o caminho para a inclusão deles na formação médica está delineado.

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

ABSTRACT

Introduction: The National Palliative Care Policy (PNCP) was established in the Unified Health System (SUS) in 2024. One of its principles is the provision of palliative care by a multidisciplinary and interdisciplinary team. Its objective is the integration of Palliative Care (PC) into the Health Care Network, with emphasis on Primary Health Care (PHC).

Objective: Since the National Curricular Guidelines (DCN) of health courses focus especially on changes in the health care model, the objective was to analyze converging relationships between the PNCP, and the DCN of the undergraduate medical course.

Method: An exploratory qualitative study was carried out through documentary analysis of the undergraduate medical course DCNs published in 2001, 2014, and 2022, to examine their perspectives on Palliative Care.

Results: The first DCN outlined specific competencies and skills for medical training in monitoring the death process, focusing on the physiological aspects of human development, from gestation to death. The 2001 and 2014 DCNs made no mention of Palliative Care. The 2022 DCN, however, included specific competencies and skills for PC, along with end-of-life care considerations. This inclusion appears in the comprehensive care section, spanning health promotion to rehabilitation.

Conclusions: As health care continuously evolves, new fields emerge, including Palliative Care. While discussions remain open—such as whether PC should be a specialist or generalist field - the path toward integrating palliative care into medical training is outlined.

Keywords: Palliative Care; Medical Education; Health Policy.

¹ Universidade Anhembi Morumbi, São José dos Campos, São Paulo, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, São Paulo, Brasil.

³ Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editor associado: Roberto Esteves.

Recebido em 03/12/2025; Aceito em 19/12/2025.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

Mudanças nos cenários epidemiológico, demográfico, ambiental e tecnológico aportam crescentes desafios à organização do sistema de saúde e à formação profissional. Práticas preventivas e tecnologias prolongam a vida, os agravos crônicos não transmissíveis contribuem para a carga de adoecimento, e os cenários de cuidado se transformam. Como resposta, o campo da saúde se movimenta, e novas áreas, cuidados paliativos entre elas, se estruturam.

O conceito de cuidado paliativo, relacionado ao alívio da dor e do sofrimento, remonta às décadas de 1950 e 1960 na Inglaterra e à enfermeira e médica Cicely Saunders, criadora de instituições para esse cuidado (hospices), e em 1974 a expressão é cunhada. O médico Balfour Mount levou o conceito ao Canadá, estruturou um serviço e usou a expressão “cuidados paliativos” para destacar a atenção à qualidade de vida dos pacientes até a morte¹. É nessa área de cuidado hospitalar, como oferta de alívio e dignidade a pessoas com doenças incuráveis, que a expressão se desenvolveu. A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou a expressão, e o Comitê de Câncer passou a estudá-la².

Em 1989, o relatório Cancer pain relief and palliative care, publicado pela OMS e por especialistas da Europa e América do Norte, marcou a defesa dos cuidados paliativos (CP) como prática essencial no tratamento de pessoas com câncer. Os CP são apresentados como abordagem de assistência ampliada e integrativa, que requer formação profissional e compreensão diferenciadas sobre saúde, adoecimento, morte e interação entre os profissionais e os pacientes e familiares².

Cuidados paliativos: afirmam a vida e consideram a morte um processo normal; nem apressam nem adiam a morte; proporcionam alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; integram os aspectos psicológicos e espirituais do atendimento ao paciente; oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte; fornecem um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com o próprio luto (p. 11)².

De cuidados realizados em serviços terciários especializados, os CP se estenderam ao cuidado em todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Como afirma Pessini³, não é o espaço físico que os caracteriza, mas a “filosofia de cuidados, que se concretiza no serviço prestado onde quer que o paciente se encontre” (p.182).

No Brasil, há iniciativas em CP desde a década de 1970. Mas a oferta formal se iniciou na década de 1980, seguindo a tendência internacional, em serviços de oncologia e dor crônica. A partir dos anos 2000, houve um aumento significativo de oferta, atualmente registrado pela Academia Nacional de

Cuidados Paliativos em 234 serviços de CP no país, sendo a maioria na região Sudeste⁴.

A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição da saúde como direito⁵, assim como o papel do Instituto Nacional do Câncer (Inca) não apenas no cuidado destinado a pacientes oncológicos, mas também no desenho de parâmetros e diretrizes de cuidado, influenciaram os caminhos dos CP no país. Em 1997, constituiu-se a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), o que delineou o campo da especialidade¹.

A formulação de políticas relativas aos CP seguiu as orientações da OMS e recebeu contribuições das associações e dos serviços criados. A Portaria nº 19, promulgada em 2002, instituiu no SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos⁶, dirigido à dor crônica. Em 2005, promulgou-se a Portaria nº 2.439, incluindo os CP na Política Nacional de Atenção Oncológica⁷. No mesmo ano, instituiu-se a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), entidade de representação multiprofissional da prática no país.

Em 2011, com a Resolução nº 1.973 do Conselho Federal de Medicina (CFM)⁸, a medicina paliativa tornou-se uma área de especialização médica, oferecida como subespecialidade da clínica médica, cancerologia, geriatria, medicina de família e comunidade, pediatria ou anestesiologia.

Em 2012, o CFM promulgou a Resolução nº 1.995⁹, endossando o direito de o paciente expressar os cuidados e tratamentos que deseja (ou não) receber, quando incapacitado de expressar sua vontade, por meio das Diretivas Antecipadas de Vontade. Isso representou um marco na discussão sobre a autonomia e dignidade do morrer. Além do cuidado com o corpo físico, as resoluções do CFM incluem, em conjunto com a equipe multiprofissional, as atenções psíquica, social e espiritual, visando ao conforto e bem-estar do paciente e de seus familiares.

A Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018¹⁰, inseriu os CP na política de saúde, estabelecendo as diretrizes para sua implementação no SUS como parte dos cuidados integrais ofertados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa resolução fomentou a inserção do conteúdo nos cursos de graduação e especialização em saúde.

A covid-19 (2020-2023) foi um ponto de inflexão para os CP. O sofrimento dela decorrente trouxe elementos de dor nas esferas física, psicológica, social e espiritual, desvelando a complexidade do sofrimento humano em situações-limite. Questões como gerenciamento de sintomas, alocação de recursos e comunicação de más notícias tornaram-se evidentes, afora a ausência de rituais fúnebres e seu impacto na saúde mental e no luto.

Nos âmbitos político e acadêmico, a reflexão prosseguiu, e, em 2024, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) foi instituída no SUS, mantendo a perspectiva de integralidade e de integração à RAS, com ênfase na atenção primária¹¹.

Para que esse cuidado integral se efetive, o trabalho conjunto e equipes aptas são fundamentais. A PNCP prevê equipes assistenciais e matriciais de CP, incluindo minimamente médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, além de técnicos de enfermagem. As atribuições das equipes assistenciais vão da elaboração do plano de CP, a partir da avaliação das necessidades físicas, psicossociais e espirituais da pessoa em cuidado, à assistência a familiares em luto¹¹.

Embora a PNCP não especifique as atribuições de cada membro da equipe, entende-se que uma das dimensões médicas seja a dimensão física, que inclui “ações de tratamento e gerenciamento de sintomas como dor, dispneia, desconforto e náuseas, por meio do uso de medicamentos em tempo oportuno e dosagem adequada, técnicas não farmacológicas e abordagens terapêuticas para fornecer conforto à pessoa” (artigo 2º, § 1º, I)¹¹. Também entendemos como atribuição do médico “manter comunicação aberta com a pessoa e sua família ou cuidador, favorecendo a troca de informações sobre a condição clínica da pessoa cuidada, opções de cuidados e expectativas quanto ao processo de cuidados paliativos” (artigo 8º, V)¹¹.

Considerando a abrangência dos CP, questionamos:

- Os médicos estão preparados para essas tarefas?
- As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina orientam essa formação ampliada, considerando a complexidade do processo saúde-doença-cuidado?

No Brasil, a formação superior em saúde tem sido amplamente debatida e reformulada com vistas a transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, a fim de atender às necessidades de saúde da população e fortalecer o SUS. As DCN para os cursos de graduação em saúde, publicadas pelo Ministério da Educação (MEC) a partir de 2001, representam um conjunto de princípios, fundamentos e orientações que busca guiar as instituições educacionais na formulação, na estruturação, no desenvolvimento e na avaliação de suas propostas pedagógicas. Construídas de forma colaborativa, as DCN definem linhas, competências e conteúdos curriculares com flexibilidade, assegurando a autonomia universitária no desenho dos currículos.

O objetivo deste estudo foi analisar as DCN da graduação em Medicina tendo em vista a discussão das perspectivas adotadas referentes aos CP como subsídio para a formação de profissionais que atuarão na atenção primária e integrarão as equipes matricial (EMCP) e assistencial (EACP) de CP no SUS, conforme a Resolução MS/CNS nº 729, de 7 de dezembro de 2023¹², e a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024¹¹.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória com análise documental das DCN do curso de graduação em Medicina publicadas em 2001, 2014 e 2022, a fim de avaliar as perspectivas adotadas no que se refere aos CP.

A escolha das DCN de Medicina se justifica pelo fato de o médico ser um dos integrantes das equipes assistenciais e matriciais de CP, mas também porque, dentre as diretrizes de cursos das profissões previstas nas equipes assistenciais e matriciais da PNCP, as de Medicina foram as únicas a incluir os CP. Pressupomos, conforme a perspectiva histórica e crítica, que a análise de um fenômeno deve considerar sua forma mais desenvolvida, a fim de orientar as seguintes^{13,14}.

Inicialmente, fez-se um levantamento nas DCN dos cursos de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social (profissões de nível superior previstas nas equipes assistenciais e matriciais de CP, conforme PNCP) a partir de palavras-chave relacionadas ao objeto de estudo (morte, luto, cuidados paliativos, final de vida, fim de vida e finitude), e identificou-se que, até o período de coleta de dados, outubro e novembro de 2024, os CP estavam presentes apenas nas DCN de Medicina. Selecionado tal curso, realizou-se a análise dos dados das DCN de Medicina já publicadas, o que ocorreu entre dezembro de 2024 e abril de 2025. A primeira etapa foi a leitura exploratória das DCN com a identificação das palavras-chave; em seguida, buscou-se entender o contexto em que essas palavras-chave estavam inseridas; posteriormente, fez-se uma análise comparativa entre as DCN de 2001, 2014 e 2022, com foco no objeto de estudo desta pesquisa; por fim, buscou-se articular as DCN com a PNCP, utilizando como referencial a perspectiva histórica e crítica sobre educação em CP. Conforme Saviani¹⁴, entendemos que o ser humano “não nasce sabendo sentir, pensar, avaliar, agir. Para saber pensar e sentir, para saber querer, agir ou avaliar é preciso aprender, o que implica o trabalho educativo” (p. 15).

RESULTADO E DISCUSSÃO

As DCN enfatizam que a formação médica deve contemplar o desenvolvimento de habilidades gerais, propiciando que o profissional seja crítico, reflexivo, ético e generalista, e apto a lidar, com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS com questões reais da sociedade. Para tanto, centram-se em três áreas: atenção integral à saúde, educação em saúde e gestão em saúde.

As primeiras DCN da graduação em Medicina incluíam acompanhar o processo de morte como competência e habilidade específica da formação médica:

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o

exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

[...]

XIII – atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte [...]¹⁵.

Para tanto, os conteúdos considerados essenciais incluíam compreensão dos processos fisiológicos do desenvolvimento humano, da gestação à morte.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

[...]

VI – promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental¹⁵.

Ainda que exista referência aos conteúdos que envolvam “todo o processo saúde-doença” para a “integralidade das ações do cuidar” e a inclusão da “compreensão dos determinantes sociais, culturais [...] do processo saúde-doença” (artigo 6º, II), a exigência da compreensão sobre a morte estava voltada aos processos “fisiológicos” e apenas citava o “acompanhamento do processo de morte”, sem definir como aconteceria¹⁵.

Em 2014, uma inserção nas DCN¹⁶ orientou a formação em Medicina para o SUS, desenhando um modelo que seria seguido pelas DCN dos demais cursos da saúde. Entretanto, o “acompanhamento do processo de morte” como uma das habilidades e competências no exercício da medicina desaparece do texto, mantendo-se apenas a compreensão fisiológica dos processos de vida, da gestação à morte.

Assim como nas DCN de 2001, as de 2014 não trazem menção aos CP como competência médica, nem são citadas as outras palavras-chave definidas para este estudo: luto, final de vida, fim de vida e finitude.

Em 3 de novembro de 2022, o Conselho Nacional de Educação (CNE) homologou a Resolução nº 3 que alterou as DCN de 2014 e acrescentou os CP como competências e habilidades necessárias na formação médica¹⁷.

A morte e o morrer, não mais reduzidos a processos fisiológicos, incluem as várias dimensões que envolvem o cuidado médico nesse momento, em artigo que trata das competências e habilidades em CP:

Art. 6º:

III – Conhecimentos, competências e habilidades

da assistência ao paciente em cuidados paliativos, no âmbito da formação e desenvolvimento de competências específicas de relacionamento interpessoal, de comunicação, de comunicação de más notícias, com escuta atenta à história biográfica do paciente, gerenciamento de dor e outros sintomas, atuando de acordo com princípios e a filosofia dos cuidados paliativos, bem como identificar os critérios de indicação para cuidados paliativos precoces diante do diagnóstico de doença ameaçadora de vida e indicação e manejo de cuidados de fim de vida incluindo, além do controle de sintomas de sofrimento físico, a abordagem de aspectos psicossociais, espirituais e culturais dos cuidados, identificando e prevenindo os riscos potenciais de luto prolongado¹⁷.

O “acompanhamento do processo de morte”, sem detalhamento nas DCN anteriores, passa a orientar o desenvolvimento ampliado da competência médica, pautada nos princípios e nas boas práticas de CP (artigo 12, V)¹⁷.

Note-se que a inserção do conteúdo referente aos CP ganha detalhamento ausente em outras áreas especializadas do cuidado, consideradas, de modo mais genérico, na seção “Cuidados integrais, da promoção da saúde à reabilitação”¹⁷.

Se as DCN são generalistas, estabelecendo princípios, fundamentos e finalidades para a formação profissional, e se os CP, que são orientados por um cuidado integral, foram incluídos com essas particularidades nas últimas DCN do curso de Medicina, entendemos que os CP devem compor a formação básica do médico, sendo, portanto, um cuidado generalista.

Considerando que uma das diretrizes da PNCP (artigo 3º, I)¹¹ é a “ampliação dos cuidados paliativos e acesso universal a eles em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde – RAS”, entendemos que há convergência das DCN para a PNCP ao incluírem os CP na formação inicial, já que devem estar presentes em todos os níveis de atenção.

A OMS reforça que, uma vez que os CP não devem se limitar a serviços paliativistas, mas ampliados a todos os níveis de atenção, há diferentes formas de considerá-los na formação: como um “treinamento paliativista básico” para todos os profissionais e técnicos de saúde; “treinamento intermediário” para profissionais que tratam de pacientes com condições que ameaçam a vida; e “treinamento paliativo especializado” para a gestão de sintomas e necessidades mais complexas, e para aqueles que serão docentes e pesquisadores (p. 33-34)¹⁸.

Nas DCN 2022, os CP são considerados “conteúdos fundamentais” na formação em medicina, tendo em vista a integralidade do cuidado:

Art. 23:

[...]

VII – conhecimento da abordagem, dos conceitos e da filosofia dos cuidados paliativos e hospice;

VIII – compreensão dos aspectos biológicos, psicossociais e espirituais que envolvem a terminalidade da vida, a morte e o luto, considerando o domínio das intervenções e medidas farmacológicas para o adequado controle dos sintomas¹⁷.

Essa perspectiva se alinha à estimativa de que, nos países de renda mais alta, cerca de 55% a 70% do CP necessário seja fornecido na atenção primária¹⁹. Entretanto, conforme estima a própria OMS²⁰, 86% dos indivíduos que precisam de CP não o recebem, ou seja, mais de 56 milhões de pessoas no mundo.

Diferentemente das DCN de 2001 e 2014, a compreensão das DCN de 2022 sobre o processo de morte inclui os aspectos psicossociais e espirituais. Pela primeira vez, há referência ao luto. No artigo 6º¹⁷, parte dos conhecimentos, das competências e das habilidades da assistência em CP deve incluir a identificação e prevenção dos “riscos potenciais de luto prolongado”. Para tanto, é necessário compreender não apenas do ponto de vista biológico, mas também psicossocial e espiritual, os aspectos que envolvem “a terminalidade da vida, a morte e o luto” (artigo 23, VIII)¹⁷.

Ressalta-se que foram realizadas inserções pontuais sobre esse tema de CP nas DCN do curso de Medicina em 2022, mas não uma revisão coerente de todo o documento. Nesse sentido, questionamos se essas diretrizes de formação do generalista para atuação no processo morte-luto estarão presentes e, principalmente, como estarão presentes nas (re) formulações dos projetos pedagógicos dos cursos superiores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução dos CP no Brasil, que tem como ápice a publicação da Portaria GM/MS n.º 3.681, de 7 de maio de 2024, instituindo a PNCP no SUS¹¹, responde a mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas, e reflete a ampliação do cuidado para além dos aspectos biológicos, alinhando-se a diretrizes internacionais¹⁸ e de organizações nacionais de especialistas.

Tais políticas demandam profissionais competentes para as atividades envolvidas. Sua construção requer envolvimento profissional, engajamento e participação na luta por políticas públicas que atendam aos direitos da população, como foi a participação dos profissionais da saúde na defesa e elaboração da Lei n.º 8.080⁵.

As primeiras DCN da graduação em Medicina (2001 e 2014) mencionavam a necessidade do conhecimento sobre o processo de morte, mas apenas as DCN de 2001 estabeleceram como atividade médica o acompanhamento nesse processo. Em 2022, as DCN incorporaram e detalharam os CP como integrantes da formação e atuação médica.

Sobre a não inclusão ou inclusão incipiente da morte, do luto e dos CP nas primeiras DCN, uma hipótese é a questão

cultural presente nas sociedades ocidentais modernas sobre a negação da morte²¹, o que impacta o ensino e o cuidado.

Embora nossa análise tenha focado as diretrizes para a formação inicial em medicina, entendemos que um dos desafios para a implantação da PNCP seja não apenas a formação inicial, mas a formação permanente, tanto generalista como especializada, de profissionais da saúde para a integração das equipes assistenciais e de matriciamento em CP, já que sua inclusão nas DCN ocorreu apenas em 2022.

Outro desafio é superar o modelo biomédico. Apesar de as políticas públicas em saúde no Brasil terem como princípio a integralidade de assistência⁵, o modelo impregnado historicamente na formação, atuação e gestão em saúde sobre o processo saúde-doença-cuidado ainda é o biomédico, que fragmenta o sujeito e objetiva a cura, e não o cuidado.

Esperamos que a PNCP efetive seu compromisso, previsto em seus objetivos, de “estimular a formação, a educação continuada, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em cuidados paliativos no âmbito do SUS” (artigo 4º, IV)¹¹.

Destaca-se que um limite deste estudo foi a análise apenas das DCN do curso de graduação em Medicina, já que na PNCP estão incluídos profissionais de enfermagem, psicologia e serviço social, o que pode ser tema de pesquisas futuras.

Com a sociedade e, consequentemente, a saúde em constante transformação, novos campos se constituem, os CP entre eles. De que modo e com que profundidade os conceitos devem ser incluídos na formação médica e em saúde? Como disciplina ou perspectiva? Abordagem ou intervenção? Considerando como as diretrizes tratam o tema, o campo está em construção, guiado pelas normativas internacionais, orientado pelas diretrizes e pelos ordenamentos do SUS e influenciado pelo cenário social e epidemiológico, como observado na vivência da covid-19. Esses são os pontos a serem considerados a partir da nova revisão das DCN, que devem ser homologadas ainda em 2025.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Paula Vilhena Carnevale Vianna, Alessandra de Andrade Lopes, Danusa de Almeida Machado, Denise Stefanoni Combinato, Elenice Bertanha e Mônica Manir Miguel participaram da concepção e do planejamento do estudo, da análise e interpretação dos dados, e da elaboração e revisão do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

REFERÊNCIAS

1. Paiva CF, Santos TCF, Costa, LMC, Almeida-Filho AJ. Trajetória dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil. In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, organizadores. Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília: AB En; 2022. p. 41-9.
2. Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care, World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee. Geneva: World Health Organization; 1990 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
3. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004. p. 181-208.
4. Guirro UBP, Castilho RK, Crispim D, Lucena NC. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2023 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf>.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
6. Brasil. Portaria GM/MS nº 19, de 3 de janeiro de 2002, que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União; 3 jan 2002 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html.
7. Brasil. Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. Diário Oficial da União; 9 dez 2005 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,das%20tr%C3%AAas%20esferas%20de%20gest%C3%A3o.
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.973. Diário Oficial da União; 1º ago 2011. Seção I, p. 144-7 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1973>.
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995. Diário Oficial da União; 31 ago 2012. Seção I, p. 269-70. [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>.
10. Brasil. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html.
11. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html.
12. Brasil. Resolução nº 729, de 7 de dezembro de 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2024/res0729_15_01_2024.html.
13. Duarte N. A anatomia do homem é a chave da anatomia do macaco: a dialética em Vigotski e em Marx e a questão do saber objetivo na educação escolar. Educ Soc. 2000;21(71):79-115.
14. Saviani, D. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. 3 a ed. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1992.
15. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União; 9 nov 2001. Seção 1, p. 38 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
16. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Diário Oficial da União; 23 jun 2014. Seção 1, p. 8-11 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view.
17. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022. Diário Oficial da União; 7 nov 2022. Seção 1, p. 38 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=242251-rces003-22-2&category_slug=novembro-2022-pdf-1&Itemid=30192.
18. Connor SR, editor. Global atlas of palliative care. 2nd ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: <https://thewhpc.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020/>.
19. World Health Organization. Palliative care. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
20. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 28 jun 2025]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/274559>.
21. Ariès P. História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.