

## **Estratégia para o desenvolvimento de competências em cuidado paliativo: ação educacional elaborada a partir das experiências profissionais de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde**

**Renata de Lamare**

Médica geriatra, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan) do Instituto Nacional do Câncer (INCA)

✉ [rdlamare@uol.com.br](mailto:rdlamare@uol.com.br)

**Livia Costa de Oliveira**

Nutricionista, Pós Doutora em Ciências Nutricionais, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan) e do Programa de Pós-Graduação em Oncologia (PPGO) do Instituto Nacional do Câncer (INCA)

**Mario Jorge Sobreira da Silva**

Farmacêutico, Doutor em Saúde Pública, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan) e do Programa de Pós-Graduação em Oncologia (PPGO) do Instituto Nacional do Câncer (INCA)

**Recebido em 7 de novembro de 2023**

**Aceito em 22 de fevereiro de 2025**

### **Resumo:**

**Introdução:** Um sistema de saúde deve ser organizado para cuidar de pessoas de forma coerente com o local onde vivem. Por isso, a educação profissional precisa estar alinhada com experiências práticas, sendo capaz de levar a reflexões que auxiliem no desenvolvimento de competências. **Objetivo:** Elaborar e validar, a partir das experiências profissionais de médicos e enfermeiros da atenção primária, uma ação educacional em cuidados paliativos em oncologia. **Métodos:** Abordagem mista, do tipo pesquisa-ação, fundamentada no referencial pedagógico da educação baseada em competências, realizada entre março e agosto de 2022, na região de saúde Médio Paraíba/ Rio de Janeiro/Brasil. Seu desenvolvimento contou com: entrevistas com médicos e enfermeiros da atenção primária sobre as necessidades educacionais relacionadas à palição em oncologia; análise de conteúdo temática categorial; elaboração de uma ação educacional em cuidados paliativos para atenção primária; validação da proposta por meio de questionário próprio. **Resultados:** 17 profissionais da atenção primária (oito médicos e nove enfermeiros) participaram da elaboração do plano de ação educacional em cuidados paliativos. Suas competências foram organizadas em quatro dimensões: cuidados paliativos envolvendo todos os níveis da rede de atenção à saúde; cuidados paliativos de acordo com as necessidades individuais do paciente; comunicação; desenvolvimento sistemático de competências em cuidados paliativos. A proposta foi validada com 80,0% ou mais de aceitação entre os profissionais entrevistados. **Considerações finais:** A ação educacional elaborada coaduna com a prática de trabalho da atenção primária por conseguir aliar o cuidado centrado no paciente de maneira ordenada a uma matriz curricular longitudinal com natureza dinâmica.

**Palavras-chave:** Cuidado paliativo, Atenção primária à saúde, Educação profissional, Competência profissional, Currículo.

## Strategy for developing skills in palliative care: an educational action based on the professional experiences of primary care physicians and nurses

### Abstract:

**Introduction:** A health system must be organized to care for people in a way that is coherent with where they live. For this reason, educational strategies must be aligned with the workers' professional experiences and be able to lead them to reflect on the development of competencies. **Objective:** To develop and validate, based on the professional experiences of primary care physicians and nurses, an educational action in palliative care in oncology. **Methods:** A mixed approach, action research type, grounded in the pedagogical framework of competency-based education, was carried out between March and August 2022 in the Middle Paraíba health region/ Rio de Janeiro, Brazil. Its development consisted of the following steps: interviews with primary care physicians and nurses regarding educational needs related to palliation in oncology, thematic categorical content analysis; development of an educational action in palliative care for primary care; validation of the proposal through a specific questionnaire. **Results:** 17 primary care professionals (eight physicians and nine nurses) participated in the development of the educational action plan in palliative care. Their competencies were organized into four dimensions: competence in palliative care involving all levels of the health care network; competence in offering palliation according to the patient's individual needs; communication; and systematic development of competencies in palliative care. The proposal was validated with 80.0% or more acceptance among the interviewed physicians and nurses. **Final considerations:** The educational action developed is in line with the working practice of primary care, as it manages to combine patient-centered care in an orderly manner with a longitudinal curricular matrix that is dynamic in nature.

**Keywords:** Palliative care. Primary health care. Professional education. Professional competence. Curriculum.

## Estrategia para el desarrollo de competencias en cuidados paliativos: una acción educativa basada en las experiencias profesionales de médicos y enfermeras de atención primaria de salud

### Resumen:

**Introducción:** Un sistema sanitario debe organizarse para atender a las personas de forma coherente con su lugar de residencia. Por ello, las estrategias educativas deben estar alineadas con las experiencias profesionales de los trabajadores y ser capaces de llevarlos a reflexionar sobre el desarrollo de competencias. **Objetivo:** Desarrollar y validar un programa educativo sobre cuidados paliativos basado en las experiencias profesionales de médicos y enfermeras de atención primaria en oncología. **Métodos:** Se realizó una investigación-acción con métodos mixtos, basada en el marco pedagógico de la educación por competencias, entre marzo y agosto de 2022, en la región sanitaria de Médio Paraíba/Rio de Janeiro/Brasil. **Incluyó:** entrevistas con médicos y enfermeros de atención primaria sobre necesidades educativas relacionadas con la paliación en oncología; análisis de contenido temático categorial; elaboración de una acción educativa sobre cuidados paliativos para atención primaria; validación de la propuesta mediante cuestionario. **Resultados:** 17 profesionales de atención primaria (ocho médicos y nueve enfermeras) participaron en la elaboración del plan de acción educativa sobre cuidados paliativos. Sus competencias se organizaron en cuatro dimensiones: competencia en cuidados paliativos que implique a todos los niveles de la red sanitaria; competencia para ofrecer paliativos en función de las necesidades individuales del paciente; comunicación; y desarrollo sistemático de habilidades en cuidados paliativos. La propuesta fue validada con un 80,0% o más de aceptación entre los profesionales entrevistados. **Consideraciones finales:** La acción educativa desarrollada está en consonancia con la práctica laboral de la atención primaria, ya que consigue combinar de forma ordenada la atención centrada en el paciente con una matriz curricular longitudinal de carácter dinámico.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos. Atención Primaria. Formación profesional. Competencia profesional. Plan de estudios.

## INTRODUÇÃO

Diante do aumento da carga global de sofrimento relacionado a doenças graves, a ampliação do acesso aos cuidados paliativos passou a ser um propósito mundial (BROGAARD; NEERGAARD; MURRAY, 2016). Neste âmbito, a *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), em 2018, apresentou uma revisão da definição de cuidados paliativos proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002). Esta atualização definiu cuidados paliativos como “cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades, com graves sofrimentos relacionados à saúde, devido a doenças graves e, especialmente, aqueles que estão perto do fim da vida” (RADBRUCH *et al.*, 2020, p.775). Assim, em busca do alívio do sofrimento, o foco que antes era a doença, passou a ser a pessoa, sem restrição do local ou nível de renda, diagnóstico ou prognóstico da enfermidade. O que reforçou a implementação de uma abordagem paliativa em todos os níveis de assistência e em todos os ambientes de cuidado, seja por profissionais especializados e equipe interdisciplinar, ou pelo profissional com treinamento básico em cuidados paliativos (RADBRUCH *et al.*, 2020).

Por essa razão, estratégias de educação para profissionais de saúde que promovam o desenvolvimento de competências em cuidados paliativos, permitindo a ampliação de uma abordagem paliativa em todos os pontos de atenção à saúde vêm sendo elaboradas e difundidas em diversos cenários (BROGAARD; NEERGAARD; MURRAY, 2016; RADBRUCH *et al.*, 2009; RADBRUCH *et al.*, 2010; GAMONDI; LARKIN.; PAYNE, 2013; RYAN *et al.*, 2014; KAASA *et al.*, 2018). Dentre elas, propostas educacionais baseadas em competências pré-estabelecidas podem representar estratégias para promoção da oferta de cuidados paliativos efetivos, para aqueles que necessitam (GAMONDI; LARKIN.; PAYNE, 2013; BRASIL, 2022; DOWNAR, 2018).

Competências podem ser definidas como conteúdos sistematizados e organizados na estrutura cognitiva do indivíduo, aliado a reflexão, experiências prévias e habilidade para executar o conhecimento em prática, no contexto apresentado (MCGAGHIE *et al.*, 1978; FERNANDEZ *et al.*, 2012; VAN MELLE *et al.*, 2019). Apesar dessa contemplação, a depender do cenário, particular atenção deve ser dada na elaboração das propostas de educação em cuidados paliativos. Ainda que o escopo seja a integração da prática de trabalho da atenção primária à saúde (APS) à aprendizagem em cuidados paliativos, um processo de educação baseada em competências elaborado pelo especialista, pode representar um desafio.

Por essa razão, incluir a autonomia do educador e do educando como parte das competências no processo educacional em cuidados paliativos na APS pode ser uma importante estratégia na proposição de um processo educativo (FREIRE, 2011). Sobretudo ao considerar as particularidades e potencialidades da atenção primária, em países de menor renda, como o Brasil, onde o acesso ao treinamento básico em palição, mesmo sendo fornecido por organizações de cuidados paliativos, ainda é insuficiente (KNAUL *et al.*, 2018).

Dessa forma, reportar-se a educação baseada em competências com uma perspectiva transformadora, capaz de estimular a autonomia dos envolvidos, surge como uma oportunidade de ensino e sensibilização profissional (KNAUL *et al.*, 2018). A proposta é estimular reflexão, promovendo uma educação crítica (FREIRE, 2011). Processo semelhante ao encontrado na Educação Permanente em Saúde, cujo objetivo se concentra em transformar práticas profissionais através da reflexão e problematização das atividades presentes no cotidiano assistencial (BRASIL, 2018a).

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi elaborar e validar, a partir das experiências profissionais de médicos e enfermeiros da atenção primária, uma ação educacional em cuidados paliativos em oncologia. A finalidade da ação educativa proposta é capacitar profissionais da APS, de maneira interdisciplinar, diante da contextualização do conhecimento proposto e da interação das competências estabelecidas.

## MÉTODO

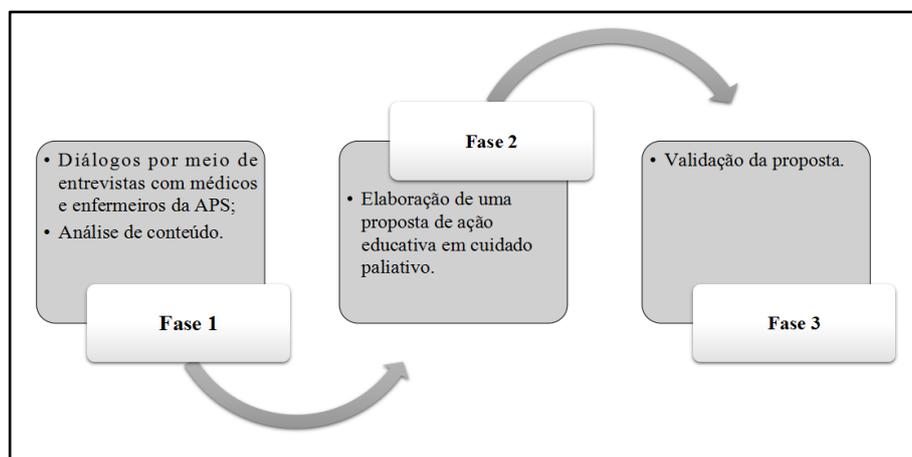
Empregou-se uma abordagem teórico-metodológica mista, do tipo pesquisa-ação, fundamentada no referencial pedagógico da educação baseada em competências (MCGAGHIE *et al.*, 1978; FERNANDEZ *et al.*, 2012; VAN MELLE *et al.*, 2019), que começou a ser idealizada a partir da percepção sobre a necessidade de capacitação de profissionais da APS na temática dos cuidados paliativos em oncologia.

O estudo foi desenvolvido entre março e agosto de 2022, em oito dos 12 municípios da região de saúde Médio Paraíba/estado do Rio de Janeiro (RJ). Os quatro municípios não incluídos na pesquisa, foram aqueles que não responderam às tentativas de convite para

participação. O critério empregado foi a eleição da unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com maior cobertura populacional, cabendo ao gestor da atenção primária a sua indicação. Esse profissional também foi o responsável pela indicação de pelo menos um médico e um enfermeiro, parte da equipe de generalistas da ESF, com atuação mínima de 12 meses na atenção primária, para participar da entrevista. Os profissionais indicados foram convidados a participar do estudo e aqueles que aceitaram fazê-lo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Composto por três etapas de desenvolvimento, o estudo foi dividido em: diálogos com médicos e enfermeiros da APS sobre sua percepção a respeito das necessidades educacionais relacionadas à palição em oncologia, seguida de análise de conteúdo temática categorial; elaboração de uma proposta educacional em cuidados paliativos em oncologia para APS com base nos resultados da etapa anterior, com apreciação desse material por especialistas em cuidado paliativo; e, por fim, validação da proposta por meio de questionário próprio enviado pelo Google Forms aos participantes da primeira etapa (Figura 1).

**Figura 1.** Etapas de desenvolvimento do estudo.



**Fonte:** Elaboração própria.

**Nota:** APS= atenção primária à saúde.

A primeira etapa utilizou então, como técnica de diálogo com médicos e enfermeiros, entrevistas semiestruturadas, individuais, presenciais, com duração de cerca de 60 minutos cada uma. O roteiro de entrevista foi composto por questões associadas à vivência, aliado às necessidades e perspectivas dos médicos e enfermeiros da APS em relação aos cuidados paliativos em oncologia.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, por um único pesquisador, desconhecido pelos participantes, com conhecimento teórico metodológico em cuidados paliativos e em abordagem qualitativa. No momento da entrevista, realizada no contexto da APS, estavam presentes apenas o pesquisador e o profissional de saúde.

Inicialmente, uma leitura flutuante possibilitou a organização dos dados coletados, de maneira não estruturada, de acordo com a relevância identificada. Por meio dessa análise foi possível verificar a representatividade da amostra dos participantes envolvidos. Os dados foram sistematizados através da técnica de análise de conteúdo temática categorial e estruturados em unidades de registro divididos de acordo com a classificação, organização dos dados e definição dos elementos em comum (BARDIN, 2011; KORSTJENS; MOSER, 2017).

Os nomes dos entrevistados foram substituídos pelos códigos ENF para enfermeiros e MED para médicos, associado a numeração, respeitando a cronologia das entrevistas. A opção de diferenciar as categorias profissionais foi baseada no olhar prescritivo, em geral associado à atuação médica (CHAPMAN *et al.*, 2022).

Os resultados obtidos foram tratados e interpretados segundo as competências para cuidados paliativos, conforme proposto por Suikkala *et al.* (2021). Como ferramenta de suporte na codificação do texto foi utilizado o software licenciado MAXQDA<sup>®</sup>. De acordo com essa organização, uma forma hierárquica e articulada de nível conceitual foi dividida em: competência em cuidados paliativos envolvendo todos os níveis da rede de atenção à saúde; competência em oferecer palição de acordo com as necessidades individuais do paciente; competência relacionada à comunicação; e desenvolvimento sistemático das competências em cuidados paliativos. Esta proposta foi confrontada com as informações provenientes das entrevistas realizadas com os médicos e enfermeiros da APS, e com a literatura disponível, possibilitando uma discussão acerca das dimensões estabelecidas.

Fundamentada nos resultados da primeira etapa foi elaborada, pelos pesquisadores, a proposta educacional, com base nas necessidades e perspectivas dos participantes do estudo, e nos componentes preconizados da educação baseada em competências (MCGAGHIE *et al.*, 1978; FERNANDEZ *et al.*, 2012; VAN MELLE *et al.*, 2019), nas competências em cuidados paliativos apresentadas pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) (GAMONDI; LARKIN.; PAYNE, 2013), e nas competências previstas no guia da OMS de integração dos

cuidados paliativos e alívio de sintomas na APS à saúde (WHO, 2018). O material, inicialmente elaborado, foi submetido à apreciação por cinco profissionais, com formação e expertise em cuidados paliativos e experiência em ações educacionais em saúde, de um Instituto de Ciência e Tecnologia no RJ. Após os ajustes sugeridos e consenso entre os especialistas, o material foi submetido ao processo de validação pelos médicos e enfermeiros que participaram da primeira etapa da pesquisa (MESSICK, 1995).

Foi enviado virtualmente através do Google Forms, juntamente com o plano de ação educativa elaborado, um questionário de validação para apreciação dos participantes. Neste instrumento, os profissionais foram convidados a opinarem sobre os itens constantes do plano de curso: objetivo; carga horária; metodologia; conteúdo; aplicabilidade da ação educativa proposta; e nível de interesse em participar da ação educativa. Utilizou-se, para cada item, uma escala Likert de cinco pontos (variando de excelente à ruim) (JEBB; NG; TAY, 2021; KUSMARYONO; WIJAYANTI, 2022). Para cada item avaliado, existia um espaço para sugestões dos participantes. Foi calculado o índice de concordância entre os participantes e considerado como excelente e muito bom valores > 80,0%. Nas situações em que o índice de concordância não fosse alcançado, previu-se a incorporação de novas sugestões dos participantes e a aplicação de uma nova rodada do questionário, até a obtenção da validade da proposta (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; KUSMARYONO; WIJAYANTI, 2022; JEBB; NG; TAY, 2021).

O estudo obedeceu aos pressupostos da Resolução no 580/18, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA) sob o CAAE n.º 53215321.4.0000.5274 (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2021).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na primeira etapa do estudo participaram 17 profissionais, sendo oito médicos e nove enfermeiros. Dentre os entrevistados, a maioria possuía entre 31 e 50 anos de idade (82,5%) e era do sexo feminino (70,6%). A maior parte deles atua na APS há mais de 5 anos (59,9%). Dentre todos os participantes, 94,0% tinham algum tipo de especialização, sendo que a

maioria (76,5%) era especialista em Saúde da Família. Somente um médico (5,8%) havia feito um curso relacionado aos cuidados paliativos. Mesmo sem capacitação prévia, no momento inicial das entrevistas, todos referiram interesse no assunto.

### **Análise de conteúdo das entrevistas dos médicos e enfermeiros da APS**

#### Competência em cuidados paliativos envolvendo todos os níveis da rede de atenção à saúde

Para os médicos e enfermeiros entrevistados, um conteúdo coerente com a atenção primária deveria inicialmente ser representado por aspectos introdutórios à temática dos cuidados paliativos. O intuito desse conhecimento é contribuir para que os profissionais desenvolvam um pensamento crítico, através da reflexão que muitas vezes apenas um “bom atendimento” já pode ser identificado como uma abordagem paliativa. Ou seja, nada além do que já deveria ser prestado no cuidado habitual da prática de trabalho da APS (STRAND; KAMDAR; CAREY, 2013).

Ainda nesta dimensão, a competência para trabalhar como parte de uma equipe interdisciplinar, envolvendo todos os níveis da rede de atenção à saúde, esteve presente na maioria das falas. O papel da atenção primária na coordenação do cuidado e articulação contínua dos serviços foi evidente.

“... depois daquele dia, a unidade, a cidade em si, entendeu que aquela mãe precisava de ajuda, de cuidados paliativos...A partir do momento que eles viram que a gente da atenção básica estava ali para ajudar, enquanto ordenadores do cuidado, eles quase não queriam mais ir para o hospital.” (ENF6)

“...meu papel foi basicamente advogar pelo caso dela, organizar melhor na rede. Então nem sempre precisa ter um conhecimento específico, que não seja o de como funciona a rede.” (MED6)

A aquisição e troca desse conhecimento interdisciplinar foi relatado pelos entrevistados como uma competência necessária para reconhecer as necessidades individuais do paciente e família.

Competência em oferecer palição de acordo com as necessidades individuais do paciente

De maneira a auxiliar na prestação do cuidado individualizado, deve-se incluir discussão sobre a doença, terapias e o tipo de tratamento que o paciente deseja receber (STRAND; KAMDAR; CAREY, 2013). Através do questionamento do que é possível fazer na APS relacionado a uma abordagem paliativa em oncologia, a segunda dimensão apresentou como demanda a abordagem farmacológica dos sintomas por metade dos médicos entrevistados.

É de se referir que os parâmetros farmacocinéticos dos medicamentos variam de acordo com a população avaliada. O que adquire especial relevância nos pacientes em cuidados paliativos, pela ocorrência de alterações fisiopatológicas relacionadas a progressão da doença, acarretando alterações da absorção, distribuição e eliminação dos medicamentos, bem como na variação de seu efeito (FRANKEN *et al.*, 2016). Portanto, compreender as peculiaridades referentes a esse manejo, neste cenário, é de fundamental importância.

Dentre os principais sintomas referenciados, a dor foi apresentado pela maioria dos médicos como o item de maior relevância, sobretudo no cenário da oncologia. Em suas falas, estes profissionais destacaram os longos intervalos de tempo entre as consultas com o especialista, o que fazia com que o paciente buscasse ajuda da atenção primária para ajuste da medicação e alívio do sintoma. Esta dinâmica aumentava a responsabilidade da equipe da APS no manejo da dor.

“... com certeza, controle de dor, com todas as medicações... Porque esse paciente vai vir toda semana e vai dizer: olha usei dipirona e não deu certo, ou usei tramal e me deu muita náusea. E no ambulatório distante da casa dele, ele às vezes demora um, dois, três meses para voltar, para associar outro sintomático.” (MED6)

Entretanto, nem sempre a equipe se encontra habilitada a exercer tal função e isso pode ser justificado historicamente pela educação na saúde não se dedicar a olhar esse sintoma (OWEN *et al.*, 2018). Nas entrevistas, apenas 12,0% dos enfermeiros trouxeram a dor como tema. Por esse motivo, incluir abordagem desta queixa através dos aspectos físicos, psíquicos, sociais, culturais e espirituais foi identificado como parte fundamental dentro da ação educacional. É necessário que o profissional seja capaz de perceber a dor como uma experiência, evitável, cujo tratamento dificilmente será feito de maneira pontual (BORRELL-CARRIO; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004) e compreender que seu manejo envolve uma abordagem

contínua e preferencialmente interdisciplinar, onde a APS, através de um cuidado integral, tem muito a realizar.

Assim como a dor, dispneia foi outro sintoma cujo controle foi considerado desafiador na APS. Para os entrevistados, o mais complexo de manejar neste cenário foi a dificuldade de acesso ao oxigênio suplementar. Cabe ressaltar que o suporte de oxigênio nem sempre se faz necessário e o tratamento da dispneia nos cuidados paliativos pode ir muito além dessa abordagem. Por isso, uma capacitação que envolva as diferentes etiologias, avaliação, além do manejo farmacológico e não farmacológico da dispneia poderá auxiliar o profissional da APS a lidar e a orientar o paciente e sua família diante desse sintoma (CHIN; TAN, 2016).

Comumente confundido com dispneia, ainda que não tenha sido mencionado por nenhum dos profissionais nas entrevistas, a fadiga é um sintoma bastante prevalente em pacientes ambulatoriais em cuidados paliativos. Chega a afetar 82,6% dos indivíduos com câncer (SHAH *et al.*, 2022) e deve ser avaliado como diagnóstico diferencial da dispneia.

Relacionado aos sintomas neuropsíquicos, muitos entrevistados trouxeram depressão como um sintoma cada vez mais prevalente. Isoladamente, ou em associação com distúrbios do sono, dor e fadiga, os sintomas depressivos causam grande impacto na qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos e seus familiares (PERUSINGHE; CHEN; MCDERMOTT, 2021; MERCADANTE *et al.*, 2015). Conseqüentemente, práticas voltadas para prevenção e identificação precoce da depressão devem ser incentivadas como rotina na APS.

Outro sintoma comumente esquecido, mencionado nas entrevistas por apenas um profissional foi o delirium. Em cuidados paliativos, nem sempre o delirium é reversível e está associado ao aumento das taxas de morbidade e mortalidade. Além de habitualmente provocar desconforto não só no paciente, mas também na família (BRAMATI; BRUERA, 2021). A aprendizagem para diminuir a sua subnotificação, portanto, demonstrou ser um conteúdo importante a ser incluído no plano de curso.

Sintomas gastrointestinais como náuseas, vômitos, constipação e diarreia foram pouco lembrados nas entrevistas. Apesar disso, por assumirem prevalência elevada nesse grupo de pacientes, devem sempre ser investigados como parte da anamnese, ainda que o paciente não traga espontaneamente como uma queixa objetiva na abordagem inicial (SHAH *et al.*, 2022). Mesmo não citado por nenhum profissional, alterações do apetite possuem um

significado com grande impacto físico e psicossocial no paciente e família. Culturalmente a alimentação está associada ao cuidado e sobrevivência (REVILLE.; AXELROD; MAURY, 2009). Posto isto, não aceitar alimento por falta de apetite ou por ausência de via alimentar é um tema que não deve ser ignorado.

Após o diagnóstico, a elaboração de um plano de cuidados foi incluída como uma proposta de plano terapêutico, por conciliar além dos sintomas, o prognóstico da doença e as necessidades do paciente/família, de maneira compatível com a realidade da APS. Nesse sentido, o Plano Singular Terapêutico, conhecido como um plano de cuidados construído a partir da troca entre a equipe de saúde, através de um olhar integral do indivíduo, passou a representar uma alternativa para abordagem dos pacientes em cuidados paliativos na APS (GUIMARÃES; PEREIRA; FERREIRA, 2023).

A finalidade de trazer a discussão do cuidado não foi normatizar o “bem morrer” (MENEZES, 2004, p.38), ou abandonar o paciente, mas sim não tratar a obstinação terapêutica como única opção diante desses casos. Ademais, falar sobre plano terapêutico e Diretiva Antecipada de Vontade na APS representou mais uma oportunidade de proporcionar ao paciente uma chance para dialogar sobre sua doença e nortear seu futuro com o que é mais importante para ele, de acordo com seus valores e biografia (BERNARD *et al.*, 2020).

“... minha maior dúvida é até onde investir. Porque hoje a política que a gente tem é: não está comendo, sonda para alimentar, não está urinando, sonda para urinar... eu acho esse excesso de intervenções muito prejudicial, porque você acaba indo contra a questão do cuidado, do conforto, do carinho e da família.” (ENF9)

### Competência relacionada à comunicação

O diálogo traz a possibilidade de promover encontros entre paciente e família, assim como entre os profissionais de saúde. Voltar o olhar para a pessoa, permitiu dar voz aos médicos e enfermeiros entrevistados, que abordaram nesta dimensão a necessidade em melhorar estratégias de comunicação durante uma abordagem paliativa. A proposta foi comunicar para encurtar distâncias, não somente entre o profissional e o paciente/família, como também entre a própria equipe de saúde, incluindo a gestão, destacando o diálogo como parte do cuidado integral e a comunicação como forma de gerenciar conflitos (FERREIRA *et al.*, 2019).

“Tem que falar de comunicação de más notícias, porque é um conteúdo que a gente foge. Às vezes porque não sabe lidar.” (MED6)

As falas ressaltaram a importância do profissional ser ouvido, tendo sua impressão e sofrimento reconhecidos e legitimados. Nesse contexto, estratégias de facilitação do diálogo podem contribuir com a realização de novas práticas de saúde e devem ser incentivadas. Cuidar de quem cuida apareceu como uma forma de otimizar a comunicação e acolhimento do profissional da APS diante de uma abordagem paliativa (GIL-MONTE, 2004).

O “Global Program of Harvard Medical School Center for Palliative Care and Massachusetts General Hospital” trouxe como conteúdo do currículo básico a resiliência profissional, utilizada enquanto uma estratégia para superar os desafios da prática do trabalho em cuidados paliativos (WHO, 2018). Ressignificar o modelo de formação profissional através de novas práticas, abordando a palição enquanto um recurso e não como fracasso terapêutico, acompanhado do suporte necessário, foi uma das propostas trazida através dessa dimensão.

Os cuidados paliativos surgiram também como uma estratégia dos profissionais abordarem junto aos pacientes um novo sentido à vida, agregando bem-estar e conforto (ESPERANDIO *et al.*, 2020). Sem fugir do processo de morte. Entre os entrevistados, 30,0% dos médicos e enfermeiros trouxeram alguma questão relacionada à morte e ao morrer. Por esta razão, auxiliar o profissional da APS na construção desse conhecimento, com suas possíveis abordagens, fases do luto, cuidados ao fim de vida e pós-óbito, passou a ser parte do compromisso do processo de aprendizagem em cuidados paliativos na atenção primária (SHAW *et al.*, 2010).

“... a questão do morrer, que vai acontecer. Pode ser agora, daqui a um mês, falar do prognóstico da doença, do processo de morrer e do luto. Porque algumas pessoas não conseguem elaborar muito bem e acabam adoecendo por causa disso”. (ENF9)

### Desenvolvimento sistemático das competências em cuidados paliativos

O desenvolvimento de competências deve ocorrer durante todo percurso do profissional de saúde de maneira contínua e longitudinal. Tanto pela aprendizagem conteudista, quanto pelas habilidades e atitudes desenvolvidas ao longo do processo de educação, formal ou informal (SUIKKALA *et al.*, 2021).

Enfatizar o desenvolvimento do profissional da atenção primária através de ações contínuas de educação são consideradas competências fundamentais para o trabalhador da saúde (HÖKKÄ *et al.*, 2021; SUIKKALA *et al.*, 2021). Como parte deste processo de mobilização, correlacionar o conhecimento desenvolvido com atividades assistenciais passou a representar uma das propostas relacionada à essa competência.

A demanda dos entrevistados foi que acompanhar um serviço, junto aos especialistas em cuidados paliativos deveria atuar como estratégia facilitadora da sedimentação do conhecimento estruturado durante a parte teórica do processo de educação. De maneira que a aprendizagem fosse elaborada, o mais próximo possível da prática de trabalho, através de métodos que estimulassem a reflexão e construção conjunta do conhecimento.

“... durante a rotina de trabalho irão surgir outras coisas que não foram abordadas na capacitação”. (MED4)

Ainda que transpor esta aprendizagem para o cenário da APS represente um desafio, a perspectiva de ofertar um processo de troca horizontal entre educando e educador, estabelece a possibilidade de criar “pontes” entre o material apresentado e o conhecimento prévio do profissional (MOREIRA; SALZANO, 2002). Essa estratégia aumenta a chance de reprodução desse aprendizado, independente do ambiente em pauta (DOWNAR, 2018).

Por essa razão, elaborar a ação educativa a partir da análise do conteúdo das entrevistas dos médicos e enfermeiros da atenção primária, através de uma metodologia compatível com a realidade do trabalho, significou o início de um processo de problematização relacionado aos cuidados paliativos na prática.

#### Quanto a proposta de ação educativa em cuidados paliativos

Dividida em 80 horas, a ação educacional elaborada incluiu quatro módulos de aprendizagem (introdução aos cuidados paliativos; plano de cuidados; estratégias para uma abordagem paliativa; cuidados paliativos na prática), organizados hierarquicamente em níveis de complexidade, através do qual o profissional pudesse desenvolver competências relacionadas a uma aprendizagem contínua, através de análise, reflexão e transformação do que já possuía do conhecimento relacionado à APS (Quadro 1).

**Quadro 1** – Matriz curricular da proposta de ação educativa em cuidados paliativos em oncologia.

<b>Unidade I: Introdução aos cuidados paliativos e organização dos serviços</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Carga horária</b>
<p>1. Identificar os conceitos relacionados aos cuidados paliativos;</p> <p>2. Reconhecer a importância histórica e política, além da evolução da aplicação dos cuidados paliativos;</p> <p>3. Implementar, de acordo com os princípios éticos e jurídicos, uma abordagem paliativa no cenário da atenção primária;</p> <p>4. Elaborar um fluxo de abordagem paliativa em oncologia dentro da atenção primária, de acordo com o funcionamento da rede de atenção à saúde e disponibilidade de ações e serviços locais.</p>	<p>Definição de cuidados paliativos. O que é? Para quem e quando deve ser indicado?</p> <p>Conceito; história; princípios/diretrizes; bioética e aspectos legais; políticas públicas em cuidados paliativos; políticas relacionadas aos opioides e barreiras de acesso; indicação e critérios de elegibilidade.</p> <p>Transitando pela rede de atenção à saúde. Para onde o paciente em cuidados paliativos em oncologia deve ir?</p> <p>Fluxo da rede de atenção à saúde; serviços de cuidados paliativos; cuidados paliativos em pediatria; atenção primária no papel da organização e coordenação dos cuidados paliativos; assistência domiciliar; trabalho em equipe interdisciplinar.</p>	8 horas
<b>Unidade II: Plano de cuidados individualizado em cuidados paliativos em oncologia</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Carga Horária</b>
<p>1. Identificar e manejar os principais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes com câncer em cuidados paliativos;</p> <p>2. Implementar práticas de cuidado compatíveis com uma abordagem paliativa no cenário da atenção primária;</p> <p>3. Propor um plano terapêutico de acordo com o prognóstico, necessidades e realidade do paciente e família.</p>	<p>Manejo dos sintomas em cuidados paliativos em oncologia. O que é possível fazer na atenção primária?</p> <p>Abordagem farmacológica; dor; dispneia; sintomas gastrointestinais; anorexia; sangramento; sono, delirium, ansiedade e depressão.</p> <p>Práticas de cuidado.</p> <p>Alimentação, nutrição e via alimentar acessória; feridas, estomas e outros cuidados de enfermagem; terapia subcutânea; abordagem do sofrimento psíquico; aspectos socioeconômicos e direitos do paciente; espiritualidade.</p> <p>Como propor um plano terapêutico para um paciente com uma doença ameaçadora da vida?</p> <p>Prognóstico geral em oncologia; Plano Singular Terapêutico; Diretivas Antecipadas de Vontade.</p>	36 horas
<b>Unidade III: Comunicação</b>		

Objetivos	Conteúdo	Carga Horária
1. Cuidar de quem cuida: estratégias para otimizar a comunicação, rede de apoio, e acolhimento do trabalhador da atenção primária diante de uma abordagem paliativa; 2. Compreender e implementar estratégias de comunicação efetiva; 3. Reconhecer as potencialidades e limitações relacionadas à palição e atuação profissional, diante do processo de terminalidade; 4. Elaborar estratégias para identificar e manejar o processo de morte e morrer.	Encurtando distâncias: como melhorar a comunicação entre o profissional de saúde da atenção primária e o paciente/ família em cuidados paliativos em oncologia? Como enxergar os cuidados paliativos enquanto um recurso e não como fracasso terapêutico? Estratégias para sobreviver ao modelo de formação profissional da graduação; o processo de finitude para o profissional de saúde. Estratégias de capacitação diante do processo de morrer. Fases do luto; cuidados ao fim de vida; pós óbito.	16 horas
<b>Unidade IV: Desenvolvimento sistemático: cuidados paliativos em oncologia na prática</b>		
Objetivos	Conteúdo	Carga Horária
1. Relacionar o conteúdo teórico-prático com atividades assistenciais; 2. Aplicar uma abordagem paliativa dentro da rotina de serviço.	Cuidados paliativos aplicado ao âmbito da internação hospitalar, do ambulatório e da assistência domiciliar.	20 horas

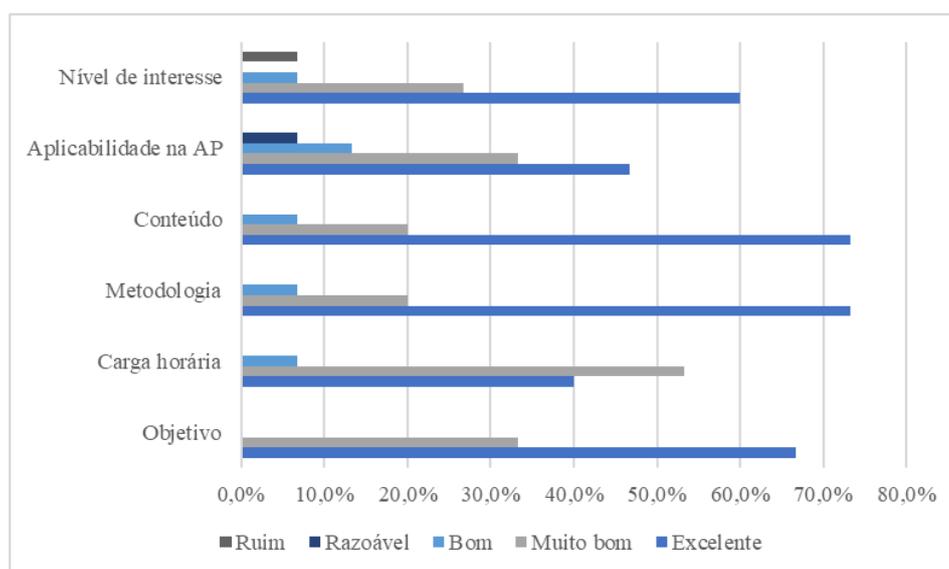
**Fonte:** elaboração própria.

A apresentação da ação educacional através da escuta dos profissionais, possibilitou o desenvolvimento dos conceitos dos cuidados paliativos não como algo imposto, mas como oportunidade de reflexão da prática de trabalho já realizada (FREIRE, 1995). Para isso, através da utilização da Taxonomia de Bloom, as competências foram guiadas com foco no profissional, além da elaboração de um currículo baseado na aquisição de conhecimentos. A proposta foi construir um processo educacional onde o educando pudesse além de compreender o conteúdo apresentado, fosse capaz de analisar e recriar esse material na prática, utilizando e reproduzindo o que aprendeu (TUMA; NASSAR, 2021).

#### Validação da proposta educacional

Para estabelecer uma conexão entre o conteúdo científico e a percepção dos profissionais da APS em relação ao cotidiano de trabalho, a etapa de validação da proposta foi realizada com a participação de 15 profissionais (oito médicos e sete enfermeiros; 88,2% dos participantes da primeira fase da pesquisa) (Figura 2). Dois profissionais não estiveram disponíveis para participar desta fase, embora tenham sido convidados.

**Figura 2.** Percepção dos médicos e enfermeiros da atenção primária da região Médio Paraíba sobre a proposta de educação em cuidados paliativos em oncologia (N= 15).



Nota: AP= atenção primária; N= número de participantes.

Fonte: Elaboração própria.

Todos os participantes consideraram o objetivo do curso excelente ou muito bom. O item carga horária obteve 93,3% dos profissionais classificando as 80 horas propostas como excelente ou muito bom. Dentre as sugestões, metade dos profissionais sugeriu um aumento além do número de horas proposto. Metodologia e avaliação do conteúdo também foram considerados por 93,3% dos médicos e enfermeiros entrevistados como excelente ou muito bom. Nenhuma sugestão foi descrita para estes itens.

A aplicabilidade da ação educacional foi considerada como excelente ou muito boa por 80,0% dos entrevistados. Já o nível de interesse foi apontado como excelente ou muito bom por 86,7% destes profissionais. Ainda que considerados válidos (GRISHAM, 2009), estes foram os itens com menor índice de concordância entre os participantes.

Como sugestão de melhoria, acesso à insumos e financiamento, política alinhada com o propósito, supervisão pelo especialista e apoio da gestão, com liberação de carga horária para realização da estratégia de educação proposta foram sugeridos. O que coaduna com o conceito de educação na saúde proposto pela OMS, onde um programa de educação deve aliar, além da ação educacional, políticas públicas e participação da gestão (WHO, 2012).

#### Pontos positivos e limitações

As taxas de resposta foram relativamente altas em relação à participação dos municípios da região de saúde Médio Paraíba/RJ (66,7%), assim como as associadas às entrevistas (94,4%) e validação (88,2%) do conteúdo curricular com os médicos e enfermeiros da APS. O que permitiu investigar e analisar as necessidades e perspectivas de diferentes profissionais através da saturação dos temas enunciados.

O envolvimento de apenas duas categorias profissionais (médicos e enfermeiros), justificada pela composição mínima da equipe da APS (BRASIL, 2019), pode ser vista como uma limitação do estudo. Entretanto, isso não inviabilizou a elaboração da ação educacional com diferentes olhares, a ser ministrada por uma equipe interdisciplinar.

Como limitação, a realização em apenas uma região de saúde do estado do RJ, em um país com diversidade cultural e territorial como o Brasil, permite inferir que os resultados devem ser analisados com cautela, sobretudo diante da variabilidade que os processos educacionais em cuidados paliativos podem engendrar.

Finalmente, está o desafio da proposta se destacar diante do grande número de cursos oferecidos para a APS. Ainda que essa ação educacional não apresente como fator limitante a questão relacionada ao financiamento, a liberação de carga horária tanto dos profissionais da instituição formadora, quanto dos profissionais da APS pode representar uma adversidade diante das atuais jornadas de trabalho.

O diferencial deste estudo está associado à proposta de palição além da oferta de uma matriz curricular. Não é sobre o que o profissional deve ser capacitado, mas como é possível torná-lo capaz de aplicar o que foi aprendido no cenário da APS. E diante dessa possibilidade de transformação, explorar os resultados da proposta educacional através de investigação,

planejamento, ensino/aprendizagem, reflexão e análise para efetivação e continuidade do processo educativo (SANTOS, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas diretrizes de cuidados paliativos estabelecidas por organizações especializadas e adaptadas às necessidades dos profissionais de saúde da região de saúde Médio Paraíba/RJ, foi desenvolvida e validada uma ação educacional em cuidados paliativos em oncologia. Essa ação consiste em uma matriz curricular orientadora, com caráter dinâmico.

Devido a seu caráter mutável, a ação educacional apresentada deverá ser adequada às demandas locais e situacionais apresentadas durante sua implementação, de maneira que a construção conjunta do conhecimento em cuidados paliativos na APS seja constantemente transformada e novamente elaborada.

Mesmo diante do conteúdo, habilidades e atitudes sugeridas, as recomendações propostas somente irão reverberar se houver envolvimento e reflexão sobre os resultados obtidos. Nesse sentido, mais estudos são necessários, especialmente no acompanhamento das fases de implementação da proposta educacional aqui apresentada.

Apesar das limitações da ação elaborada, ainda que não seja possível metamorfosear a realidade do cuidado na APS, trazer aos olhos dos médicos e enfermeiros uma perspectiva de palição, representou para estes profissionais uma esperança de renovação da prática de trabalho.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Edições, 2011.

BERNARD, C. *et al.* Exploring patient-reported barriers to advance care planning in family practice. **BMC Family Practice**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 94, dez. 2020. Disponível em : <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01167-0>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BORRELL-CARRIO, F.; SUCHMAN, A.; EPSTEIN, R. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. **The Annals of Family Medicine**, [s. l.], v. 2, n. 6, p. 576–582, nov. 2004. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/2/6/576.long>. Acesso em 10 mar. 2024.

BRAMATI, P.; BRUERA, E. Delirium in Palliative Care. **Cancers**, [s. l.], v. 13, n. 23, p. 5893, 23 nov. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8656500/pdf/cancers-13-05893.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 1ª edição revisada Brasília, DF, 2018. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2018a. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_sau\\_ fortalecimento.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sau_ fortalecimento.pdf) Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 580, de 22 de março de 2018**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2018b. Disponível em: <https://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS). **OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 DE FEVEREIRO DE 2021**. Disponível em: <https://fcfrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/528/2021/06/Oficio-Circular-02-2021-pesquisa-em-ambiente-virtual.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNE/CES n. 3, de 3 de novembro de 2022**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://portal.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cne/ces-3-de-3-de-novembro-de-2022-441681885>. Acesso em: 3 mar. 2024.

BROGAARD, T.; NEERGAA

RD, M. A.; MURRAY, S. A. Promoting palliative care in the community: a toolkit to improve and develop primary palliative care throughout Europe. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 3–4, 2 jan. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911034/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

CHAPMAN, E. J. *et al.* Conceptualising effective symptom management in palliative care: a novel model derived from qualitative data. **BMC palliative care**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 17, 4 fev. 2022. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-00904-9>. Acesso em: 10 mar. 2024.

CHIN, L.; TAN, L. Dyspnea in palliative care the why, what and how for primary care physicians. **The Singapore Family Physician**: [s. l.], 42-44, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526122/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 925–936, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2024.

DOWNAR, J. Resources for Educating, Training, and Mentoring All Physicians Providing Palliative Care. **Journal of Palliative Medicine**, [s. l.], v. 21, n. S1, p. S-57-S-62, jan. 2018. Disponível em: [https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2017.0396?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2017.0396?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed). Acesso em 10 mar. 2024.

ESPERANDIO, M. *et al.* Spirituality in palliative care: a public health issue? **Revista Bioética**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 543–553, 1 set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/shqWMcjFPMGWQnqfyHNHbh/?format=pdf&lang=en#:~:text=American%20researchers%20point%20out%20that,among%20those%20using%20coping%20strategies>). Acesso em: 10 mar. 2024.

FERNANDEZ, N. *et al.* Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. **Medical Education**, [s. l.], v. 46, n. 4, p. 357–365, 16 mar. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22429171/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. 120, p. 223–239, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2024.

FRANKEN, L. G. *et al.* Pharmacokinetic Considerations and Recommendations in Palliative care, with Focus on morphine, Midazolam and Haloperidol. **Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology**, v. 12, n. 6, p. 669–680, 29 abr. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27081769/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

FREIRE, P. **A sombra desta mangueira**. [s.l.] Olho D'Água, 1995.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GAMONDI, C.; LARKIN, P.; S. PAYNE, S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. **European Journal of Palliative Care**, [s. l.], 1 jan. 2013. Disponível em: [https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/5\\_EJPC2023\\_EAPC-WhitePaperOnEducation\\_0.pdf](https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2018/12/5_EJPC2023_EAPC-WhitePaperOnEducation_0.pdf). Acesso em: 10 mar. 2024.

GIL-MONTE, P. R. Cuidando de quem cuida. **Psicologia em Estudo**, [s. l.], v. 9, n. 1, abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/CxpYcxcWnGdd6FrPc97s3Vt/?format=pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

GUIMARÃES, A. C. R.; PEREIRA, Q. L. C.; FERREIRA, A. B. . Implementation of the Singular Therapeutic Plan in Primary Care: Strengths and potential obstacles. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 10, p. e08121043341, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i10.43341. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43341>. Acesso em: 10 mar. 2024.

GRISHAM, T. The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. **International Journal of Managing Projects in Business**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 112–130, 23 jan. 2009. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17538370910930545/full/html>. Acesso em: 10 mar. 2024.

HÖKKÄ, M. *et al.* Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives. **Journal of Palliative Medicine**, [s. l.], 15 mar. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8590151/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

JEBB, A. T.; NG, V.; TAY, L. A Review of Key Likert Scale Development Advances: 1995–2019. **Frontiers in Psychology**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 1–14, 4 maio 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.637547/full>. Acesso em: 10 mar. 2024.

KAASA, S. *et al.* Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. **The Lancet Oncology**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. e588–e653, nov. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204518304157?via%3Dihub>. Acesso em: 10 mar. 2024.

KNAUL, F. M. *et al.* The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—findings, recommendations, and future directions. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 6, p. S5–S6, mar. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617325138?via%3Dihub>. Acesso em: 10 mar. 2024.

KORSTJENS, I.; MOSER, A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. **European Journal of General Practice**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 274–279, 2 out. 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2017.1375090>. Acesso em: 10 mar. 2024.

KUSMARYONO, I.; WIJAYANTI, D. Number of Response Options, Reliability, Validity, and Potential Bias in the Use of the Likert Scale Education and Social Science Research: A Literature Review. **International Journal of Educational Methodology**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 625–637, 15 nov. 2022. Disponível em: <https://www.ijem.com/number-of-response-options-reliability-validity-and-potential-bias-in-the-use-of-the-likert-scale-education-and-social-science-research-a-literature-review>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MCGAGHIE, W.C.; *et al.* **Competency-based curriculum development in medical education**. Geneva: World Health Organization, 1978. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39703/WHO\\_PHP\\_68.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39703/WHO_PHP_68.pdf?sequence=1). Acesso em: 10 mar. 2024.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MERCADANTE, S. *et al.* Sleep Disturbances in Patients With Advanced Cancer in Different Palliative Care Settings. **Journal of Pain and Symptom Management**, [s. l.], v. 50, n. 6, p. 786–792, dez. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392415004108?via%3Dihub>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MESSICK, S. Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. **ETS Research Report Series**, v. 1994, n. 2, p. i–28, set. 1994. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2333-8504.1994.tb01618.x>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MOREIRA, M. A.; SALZANO, F. **Aprendizagem significativa**: a teoria de David Ausubel. São Paulo (Sp): Centauro, 2002.

OWEN, G. T. *et al.* Evidence-based pain medicine for primary care physicians. **Proceedings (Baylor University Medical Center)**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 37–47, 8 jan. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29686550/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

RYAN, K. *et al.* Health Service Executive Palliative Care Competence Framework, 2014. Dublin: Health Service Executive, 2014. Disponível em: <https://aiihpc.org/wp-content/uploads/2015/02/Palliative-Care-Competence-Framework.pdf>. Acesso em 23 set. 2023.

PERUSINGHE, M.; CHEN, K. Y.; MCDERMOTT, B. Evidence-Based Management of Depression in Palliative Care: A Systematic Review. **Journal of Palliative Medicine**, [s. l.] v. 24, n. 5, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33720758/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, [s. l.] v. 60, n. 4, p. 754–764, maio 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302475>. Acesso em: 10 mar. 2024.

RADBRUCH, L. *et al.* White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. **European Journal of Palliative Care**, Vol. 16, No. 6, p. 278–289, 2009. Disponível em: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1439369/FULLTEXT01.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

RADBRUCH, L. *et al.* **White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2**. **European Journal of Palliative Care**, [s. l.] v. 17, n. 1, p. 22–33, 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/237614456\\_STANDARDS\\_AND\\_NORMS\\_FOR\\_HOSPICE\\_AND\\_PALLIATIVE\\_CARE\\_IN\\_EUROPE\\_-\\_THE\\_EAPC\\_WHITE\\_PAPER](https://www.researchgate.net/publication/237614456_STANDARDS_AND_NORMS_FOR_HOSPICE_AND_PALLIATIVE_CARE_IN_EUROPE_-_THE_EAPC_WHITE_PAPER). Acesso em: 10 mar. 2024.

REVILLE, B.; AXELROD, D.; MAURY, R. Palliative Care for the Cancer Patient. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, [s. l.] v. 36, n. 4, p. 781–810, dez. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19913186/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

SANTOS, W. S. DOS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.] v. 35, n. 1, p. 86–92, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/c9KBjLv9py5gmFW78Q9HMdv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2024.

SHAH, R. *et al.* Impact of ambulatory palliative care on symptoms and service outcomes in cancer patients: a retrospective cohort study. **BMC Palliative Care**, [s. l.] v. 21, n. 1, 4 mar. 2022. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-00924-5>. Acesso em: 10 mar. 2024.

SHAW, K. *et al.* Review: Improving end-of-life care: a critical review of the Gold Standards Framework in primary care. **Palliative medicine**, [s. l.] v. 24, n. 3, p. 317–329, 15 fev. 2010. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20156934/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

STRAND, J. J.; KAMDAR, M. M.; CAREY, E. C. Top 10 Things Palliative Care Clinicians Wished Everyone Knew About Palliative Care. **Mayo Clinic Proceedings**, [s. l.], v. 88, n. 8, p. 859-865, ago. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23910412/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

SUIKKALA, A. *et al.* Future palliative competence needs – a qualitative study of physicians’ and registered nurses’ views. **BMC Medical Education**, [s. l.] v. 21, n. 1, 17 nov. 2021. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-021-02949-5>. Acesso em: 10 mar. 2024.

TUMA, F.; NASSAR, A. K. Applying Bloom’s taxonomy in clinical surgery: Practical examples. **Annals of Medicine and Surgery**, [s. l.], v. 69, p. 102656, set. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8371225/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

VAN MELLE, E. *et al.* A Core Components Framework for Evaluating Implementation of Competency-Based Medical Education Programs. **Academic Medicine**, [s. l.], v. 94, n. 7, p. 1002-1009, jul. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30973365/>. Acesso em: 10 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Definition of palliative care/WHO Definition of palliative care for children**. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em 25 jun.2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Regional Office for the Eastern Mediterranean Health education: theoretical concepts, effective strategies, and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators**. Regional Office for the Eastern Mediterranean, Who, 2012. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/119953>. Acesso em 23 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers**. Genebra: Who, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care>. Acesso em 23 set. 2023.



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).