PESQUISAS E AÇÕES EM
Saúde Pública
Edição X

Capítulo 8

CAPACITAÇÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO DIRECIONADA A ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA PESQUISA-AÇÃO

GLENDA MARIA SANTOS MOREIRA[1]
ELIANA CAMPELO LAGO[2]
MÁRCIA ASTRÊS FERNANDES[3]
JOÃO PAULO BARROS IBIAPINA[4]
RAFAELA VIANA DO VALE[5]
ROSA JORDANA CARVALHO[6]
GERARDO VASCONCELOS MESQUITA[7]

[1]Pós-graduada em Geriatria e Gerontologia pela Universidade de São Paulo. Mestra em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Médica assistente do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.
[2]Pós-Doutora pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Maranhão.
[3]Pós-Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí.
[4]Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.
[5]Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Piauí.
[6]Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.
[7]Médico. Mestre e Doutor pela Universidade Federal de Pernambuco. Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí.

Palavras-Chave *Saúde do Idoso; Cuidados Paliativos; Educação Continuada.*

doi 10.59290/978-65-81549-97-8.8

INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença tem passado por transformações epidemiológicas ao longo dos anos em decorrência do avanço técnico-científico, de modo que as doenças infectocontagiosas, que eram mais prevalentes, passaram a ser melhor prevenidas e deram lugar às doenças crônico-degenerativas em razão dos novos modos de vida da população e pelos determinantes e condicionantes da saúde. Essa mudança de panorama causou um processo de transição demográfica em que houve um aumento da expectativa de vida e, dessa forma, maior prevalência das doenças crônico-degenerativas que acompanham as pessoas ao longo de sua vida. Portanto, os cuidados ao final da vida precisaram ser repensados e readequados às novas demandas (JUSTINO *et al*., 2020).

Nesse contexto, há de se pensar nas alternativas existentes que podem proporcionar a esses idosos e suas famílias a diminuição do número de perdas e o sofrimento originado não somente pelo envelhecimento, mas também pelas doenças que acometem este público. Uma opção para esses casos são os Cuidados Paliativos (CP), que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam os desafios associados a doenças com risco de vida e graves sofrimentos relacionados à saúde, podendo ser desenvolvidos no contexto ambulatorial, de internação hospitalar e no próprio domicílio do paciente (WHO, 2021).

No Brasil, a normatização para os cuidados paliativos aconteceu a partir das Portarias n° 3.535, de setembro de 1998, e n° 881, de julho de 2001, que cadastrou as instituições que trabalhavam com paliação em oncologia e instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, respectivamente. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Cuidados Paliativos foram normatizados com a publicação da Portaria n° 19, de janeiro de 2002, que instituiu a Assistência à Dor e Cuidados Paliativos e, mais tarde, em julho do mesmo ano, foi publicada a Portaria nº 1, que criou Centros de Referência em Tratamento em Dor (ALVES *et al*., 2015; BRASIL, 2002a; 2002b).

A Constituição Federal (1988) evidencia que nenhum paciente, mesmo em uma situação que ameace a vida, pode ser forçado a aceitar um tratamento médico ou cirúrgico. Alinhado a este pensamento, o Conselho Federal de Medicina (2009), atualizou o seu Código de Ética e descreve que, em casos de doença incurável ou terminal, o médico deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem impor ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Importa ressaltar que, a incumbência deste dever cabe a todos os profissionais médicos e não apenas a uma classe de especialistas. Diante dessa realidade, a formação do profissional médico é falha, pois o contato com os cuidados paliativos durante a formação acadêmica é mínimo e, tradicionalmente, o ensino nas Universidades está fundamentado no treinamento técnico-científico. Dessa forma, os estudantes pouco desenvolvem as habilidades necessárias quando se trabalha na área e formam-se como profissionais pouco dispostos a refletir e a coversar com o paciente e a família (RIBEIRO & POLES, 2019).

Nos cuidados paliativos, médicos e pacientes se encontram inseridos em um contexto de forte conteúdo afetivo emocional, desencadeado pelas situações limítrofes de vida e morte comumente enfrentadas e essas experiências podem trazer à tona questões de difícil manejo para o médico, evidenciando suas dificuldades

para lidar com a morte. O limite que a morte revela ao médico, enquanto impossibilidade terapêutica para a manutenção da vida, gera um sentimento de impotência e medo do fracasso (PEREIRA *et al.*, 2019).

Assim, diante dessa perspectiva de mudança no perfil de adoecimento, das demandas emergentes dos pacientes e das orientações de conduta estabelecidas por órgãos nacionais e internacionais, torna-se de suma importância a exposição do graduando de medicina a este contexto durante a sua formação profissional, uma vez que irá se deparar constantemente com a exigência do exercício de habilidades e competências relacionadas aos cuidados paliativos.

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo promover a capacitação para estudantes de medicina sobre a atenção à pessoa idosa sobre a técnica de cuidados paliativos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo pesquisa-ação com abordagem qualitativa (GIL, 2022). Para Minayo (2013), a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, num espaço mais profundo das relações considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencentes a determinadas condições sociais, com suas crenças, valores e significados, sendo esta forma de abordagem relevante para o alcance dos objetivos propostos.

A pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa social que tem como objetivo resolver ou, no mínimo, esclarecer os problemas da situação observada, não se limitando apenas a uma forma de ação, mas contribuindo para elevar o conhecimento dos pesquisadores ou o nível de consciência crítica dos participantes se constituindo de três fases: exploratória, na qual são realizados o levantamento da situação-problema e a negociação com os sujeitos da pesquisa; desenvolvimento, constituída dos seminários; e conclusão, na qual é realizada a análise, argumentação, interpretação e a divulgação interna e externa dos resultados (THIOLLENT, 2011).

O estudo foi realizado em uma Instituição de Ensino Privada, credenciada pela Portaria MEC 1592/2000 e localizada em uma capital do nordeste brasileiro. Participaram da pesquisa dezenove graduandos do oitavo período de medicina, selecionados de acordo com o interesse em participar da pesquisa e disponibilidade para fazer parte da capacitação que foi realizada através de seminários temáticos, não se opondo aos dias e horários pré-estabelecidos.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: graduandos de ambos os sexos regularmente matriculados, que estivessem frequentando o oitavo período do curso de medicina. Aqueles que eram transferidos de outra Instituição de Ensino Superior (IES), que estavam afastados por licença médica ou licença gestante foram excluídos da pesquisa.

Os discentes foram convidados a participar da investigação através de um convite feito pessoalmente pela pesquisadora na IES de desenvolvimento da pesquisa. Na mesma ocasião, foram prestados os esclarecimentos sobre o estudo, realizada a leitura do Termo de Comsentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posteriormente entregue o cronograma com as datas e horários dos seminários da capacitação.

Os participantes foram informados que os encontros seriam filmados, as falas gravadas, para posterior transcrição e análise, e as cenas fotografadas para que se obtivesse uma apreensão efetiva dos dados. No intuito de preservar o anonimato dos participantes foi estabelecido que os seus nomes fossem substituídos pelo número da frequência assinada no início de cada seminário temático, assegurando-se assim o sigilo dos envolvidos e o rigor ético da pesquisa.

Os dados coletados foram submetidos à análise temática que consiste em agrupar elementos, ideias ou expressões em volta de um conceito que permita abranger elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionem entre si. Esta análise tem por objetivo descobrir os núcleos de sentido das falas dos participantes que fazem parte de uma comunicação cuja frequência ou presença tenham significado para o objetivo analítico visado (MINAYO & GUERREIRO, 2014).

Quanto aos aspectos éticos e legais, o estudo obedeceu a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). A coleta de dados se iniciou somente após a autorização da Instituição cenário do estudo e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do UNINOVAFAPI, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de n° 54963316.4.0000.5210, obtendo parecer favorável em 11 de maio de 2016 sob n° 1.541.096.

Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que constavam os objetivos do estudo, a garantia de sigilo e anonimato, assim como a garantia do direito de, a qualquer momento, retirar-se da pesquisa, sem qualquer tipo de dano.

Sobre o percurso e etapas do processo metodológico da pesquisa-ação aplicada ao estudo, destaca-se que para a operacionalização da pesquisa foi realizada com os graduandos uma negociação; dois seminários temáticos e uma reunião de conclusão ou divulgação interna dos dados. Vale ressaltar que, o seminário con-siste na principal técnica de coleta de dados do método da pesquisa-ação, pois centraliza todas as informações coletadas, discute as interpretações, além de nortear decisões acerca do processo de investigação (THIOLLENT, 2011).

Os temas de debate para os seminários foram eleitos conforme o foco principal da investigação, visando obter resposta à questão norteadora deste estudo e facilitar a produção de dados capazes de atingir os objetivos propostos. Para o alcance desses objetivos foram escolhidos os seguintes temas para os seminários: Envelhecimento: uma realidade contemporânea; Cuidados paliativos: bases conceituais, comunicação de más notícias e controle de sintomas desagradáveis.

Antes de iniciar a coleta de dados foi apresentada aos participantes do estudo a equipe de pesquisa, ação necessária a participação de outras pessoas que prestarão auxílio à pesquisadora (MINAYO,2010).

A equipe de pesquisa desta investigação foi composta pelos seguintes membros: mêstranda; monitores (um graduando da Universidade Federal do Piauí- UFPI; dois graduandos do quinto período de Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPI e duas enfermeiras estudantes do curso de Especialização em Terapia Intensiva do UNINOVAFAPI), que foram responsáveis por auxiliar os discentes de medicina durante os seminários, bem como pelos registros fotográficos e as filmagens de toda a coleta de dados; uma secretária administrativa, enfermeira docente do Curso de Enfermagem do UNINOVAFAPI, responsável por registrar em atas as reuniões e seminários.

Os dados que foram produzidos pelos participantes tiveram seus registros da seguinte forma: as falas e as dinâmicas foram gravadas e filmadas e, posteriormente transcritas para análise, procedeu-se aos registros em atas e os materiais utilizados nas dinâmicas foram fotografados, digitalizados e apresentados neste estudo, sendo que primeiramente foi realizada uma divulgação interna onde se daria o retorno aos discentes participantes do estudo sobre o resultado da pesquisa e, posteriormente, ocorreu a divulgação externa que, segundo Thiollent (2011), pode ser feita através de apresentação em eventos científicos, publicação de artigos em periódicos científicos e, ainda, através de variados meios de comunicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram descritos de acordo com cada etapa proposta na metodologia.

Etapa introdutória ou reunião de negociação

A etapa introdutória ou de negociação é a primeira etapa operacional da pesquisa-ação momento em que são apresentados o objeto e objetivos do estudo, o planejamento e as estratégias da pesquisa, bem como o cronograma com as datas dos seminários temáticos que irão acontecer posteriormente (THIOLLENT, 2011; MINAYO,2013).

A negociação foi realizada por meio de memorando encaminhado à Coordenação de Medicina, no qual foram apresentados o objeto e objetivos do estudo, o planejamento e as estratégias da pesquisa, bem como o cronograma com as datas dos seminários temáticos que iriam acontecer posteriormente. Após envio do memorando houve o primeiro contato com os discentes onde obteve-se a aprovação de alguns que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. Nesta oportunidade ficou sugerido como local para realização dos Seminários Temáticos a Sala 01 do Bloco E, do Curso de Medicina do UNINOVAFAPI.

Os seminários tiveram duração de (04) quatro horas e aconteceram nas seguintes datas: 07/11/18 e 14/11/18. Eles foram previamente agendados e comunicados aos participantes do estudo.

Desenvolvimento

Nessa fase, foram realizados dois seminários temáticos que ocorreram às quartas-feiras, nas datas previamente estabelecidas, no turno da manhã, no horário de 09 às 13 horas e comtaram com a participação dos discentes e da equipe de pesquisa. Os trabalhos foram coordenados pela mestranda com auxílio da equipe de pesquisa.

Thiollent (2011) destaca que o seminário se constitui em uma reunião de membros da equipe de pesquisadores e membros significativos do grupo que implicam no problema em observação. Dessa forma, assume a função de agregar as informações que serão coletadas e posteriormente interpretadas, sendo imprescindível que todas essas ações sejam devidamente registradas em atas. Reitera ainda que o mesmo se constitui na principal técnica de coleta de dados utilizada na estratégia da pesquisa-ação (MINAYO, 2013; MINAYO & GUERREIRO, 2014).

Com o objetivo de uma maior interação com os participantes do estudo e melhor apreensão dos dados, foram desenvolvidas dinâmicas de sensibilidade e criatividade e a dinâmica *brainstorming*, específicas para cada seminário. Vale ressaltar que as dinâmicas foram programadas com a finalidade de responder aos objetivos do estudo e valorizaram a expressão verbal e não verbal com a oportunização de produções artísticas de cartazes pela técnica de recorte e colagem.

Mapeamento e categorização dos dados

Após a produção dos dados obtidos pela técnica dos seminários temáticos, gravações audiovisuais, registros fotográficos, transcrições em atas, leitura e interpretação do material produzido, partiu-se para o agrupamento dos achados em quadros sistematizadores, nos quais foram registrados os dados produzidos no estudo.

A utilização de quadros sistematizadores visa favorecer objetivamente o registro dos dados, conduzindo o agrupamento dos achados em categorias de análise. Minayo e Guerreiro (2014), afirmam que essas categorias têm por finalidade estabelecer a classificação de elementos ou aspectos com características comuns entre si em um determinado grupo. As categorias formuladas a partir dos dados que emergiram dos participantes foram as seguin-

tes: “Concepções dos acadêmicos de medicina sobre atenção ao idoso e cuidados paliativos ao idoso” e “A atuação dos Médicos em Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família”.

Análise e interpretação dos dados

Posteriormente à etapa de mapeamento e categorização foi iniciada a análise, interpretação e discussão dos dados, articulando com o referencial temático delimitado.

Etapa de conclusão

A etapa de conclusão da pesquisa-ação foi realizada em dois momentos: o da implantação do plano de ação e o da divulgação interna e externa dos achados da pesquisa, o que corresponde ao que precisa ser feito ou transformado para a solução do problema estudado (THIOLLENT, 2011).

Dessa forma, procedeu-se a realização de um plano de ação que teve início a partir das estratégias educativas e informativas desenvolvidas durante os seminários temáticos por meio de dinâmicas de criatividade e sensibilidade, palestras com especialistas, textos complementares, os quais consolidaram os debates entre os participantes e a equipe de pesquisa, estimulando o aprendizado e a incorporação de práticas paliativistas à pessoa idosa.

A continuidade da ação educativa desse estudo se deu no momento da divulgação externa dos achados produzidos na defesa final da dissertação, para a qual os discentes participantes foram previamente convidados. Outra forma de divulgação externa se deu na apresentação de trabalhos em eventos científicos, publicação de artigos em periódicos, além dos mais variados meios de comunicação.

Depois de descritos os principais resultados de cada etapa proposta, passaremos a discutir os achados mais relevantes desta pesquisa-ação.

Nessa perspectiva, convém destacar que a filosofia dos cuidados paliativos aborda a morte como um processo normal do viver, não a antecipa e nem a adia, busca sanar a dor e outros sintomas angustiantes, integra os fatores psicológicos, sociais e espirituais no cuidado, assegura uma rede de apoio para auxiliar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até sua morte, e possibilita um sistema de apoio para a família do paciente na vivência do processo de luto (COSTA *et al.*, 2016). Ademais, o foco dos cuidados paliativos não é a cura, assim, a equipe paliativista necessita de aptidão para lidar com os vários momentos de instabilidade do paciente que lida com a ameaça da vida por uma doença. E, ao ofertar um cuidado integral e uma atenção individual é possível prover um maior conforto perante os incômodos que acometem o enfermo, reconhecendo que eles são pessoais e intransferíveis, ou seja, paliar é uma experiência única para cada pessoa (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a paliação pode simbolizar algo difícil de ser considerado devido a, geralmente, estar relacionado à morte do paciente. Haja vista que frente a um diagnóstico terminal, a primeira atitude planejada ainda é o tratamento com finalidade terapêutica, que pode não ser efetivo. Com os cuidados paliativos, o enfermo vai, então, assumindo a sua condição e compreendendo suas possibilidades e seus sentimentos, baseados a partir de sua história e cultura, fazendo com que seu processo de adoecimento prossiga de forma mais confortável (FURTADO & LEITE, 2017).

Seguindo essa linha de raciocínio, os cuidados paliativos devem ser iniciados não apenas na fase terminal da doença, mas logo no seu diagnóstico, passando pelas modificações e terapias que prorrogam a vida, até o processo de luto encerrado, pois a paliação é responsável por fornecer um sistema de apoio para ajudar o paciente e sua família a lidar com a situação no decorrer da doença e, também, no processo de luto, carecendo de uma abordagem em equipe (RODRIGUES *et al.*, 2015).

No Brasil, apesar das tentativas de integrar esse conceito e essa abordagem, mesmo fundamentado em bases legais, ainda não existe uma política que promova uma implementação e organização dos cuidados paliativos nos três níveis de complexidade do sistema de saúde. Há a carência de discussões mais aprofundadas, formação especializada de profissionais, fomento de uma política específica e de uma organização onde seja preconizada a assistência em cuidados paliativos em todos os seus âmbitos, ou seja, na atenção básica, na média e na alta complexidade (DANTAS & AMAZONAS, 2016).

Geralmente, o foco da atuação médica é a cura de doenças ou tratamento daquelas que não podem ser curadas, mas podem ser acompanhadas por décadas (doenças crônicas) sem causar grandes danos à saúde do paciente. Diante desse contexto, a quantidade de médicos que não sabem oferecer conforto ao paciente e família supera os que se preocupam, quase que exclusivamente, com o processo de cura. Isso é uma falha séria no processo de formação do médico e que as instituições de ensino são diretamente responsáveis pelo produto formado em seus espaços de aprendizagem (MARQUES, 2018).

Para entender os sentidos que são atribuídos aos cuidados paliativos pelos pacientes é imprescindível olhar para o contexto em que estes se inserem, atentando-se ao momento de vida em que estão, as perspectivas futuras que tinham para si, os desdobramentos de sua doença, e as possibilidades que envolvem tanto o tratamento da enfermidade como a paliação (FURTADO & LEITE, 2017).

Na contemporaneidade, a paliação organiza-se em níveis de complexidade que se unem em um cuidado ativo e integral. Os cuidados paliativos gerais referem-se a abordagem do paciente a partir do diagnóstico de doença em progressão, atuando em todas as dimensões dos sintomas que vierem a se apresentar, e os específicos são aplicados para o paciente nas últimas semanas ou nos últimos seis meses de vida, desde o momento em que se torna evidente que o enfermo se encontra em estado crescente de piora clínica. Ademais, todo o esforço é realizado objetivando uma autonomia do paciente, com manutenção de seu autocuidado e proximidade de seus entes queridos (MENDES & VASCONCELOS, 2015).

Conforme a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida na Portaria nº 874/2013, a paliação se enquadra em todos os graus de atenção na área de saúde, seguindo o conceito de hierarquização da assistência na esfera do SUS, garantindo com isso, o direito integral, equânime e universal à saúde do cidadão (DANTAS & AMAZONAS, 2016).

Em suma, o principal objetivo do tratamento paliativo é preparar paciente e seu entorno para a morte. Entretanto, esse propósito nem sempre é atingido, devido principalmente ao desconhecimento do comportamento a ser adotado, gerando despesas terapêuticas, sem razoabilidade e bom julgamento clínico, e seguindo um tratamento desproporcional em relação ao benefício esperado (GOMES & OTHERO, 2016).

No contexto da Estratégia Saúde da Família, o cuidado paliativo é frequentemente desempenhado por um cuidador. A ideia de cuidar de um paciente terminal em seu ambiente familiar parece se aproximar de uma assistência mais humanizada, pois une a família e pode gerar mais conforto, além de despertar uma sensação de segurança pelo fato de estar em casa. Todavia, o cuidado no ambiente familiar deve ser bem planejado, e quando delegado a um cuidador familiar, é necessário que a equipe de saúde forneça as informações e capacitações necessárias para o cuidar (MENDOZA, 2019).

Além das falhas na formação profissional, dependendo do contexto histórico e social, a

morte é encarada como um momento de fracasso tanto para o paciente, quanto para família e para o profissional de saúde. Essas razões permeiam o imaginário dos profissionais de saúde e causam, de certa forma, medo de atuar em contextos de cuidados paliativos com risco iminente de morte. Nestes casos, quando o cuidado passa para o ambiente familiar geralmente é um membro da família que assume todas as funções do cuidado, dentro das limitações legais, constituindo-se como o cuidador principal (MENDOZA, 2019).

CONCLUSÃO

Nota-se uma evidente falha na formação dos profissionais de saúde no que tange à temática de cuidados paliativos. Tal falha se manifesta no desconhecimento e na incapacidade do profissional de realizar o manejo correto diante de um contexto em que a paliação seria a abordagem a ser considerada, seja diante de um diagnóstico com uma terapêutica difícil, seja já na fase terminal de uma doença.

Nesse contexto, a promoção de capacitação para discentes de medicina na atenção à pessoa idosa sob cuidados paliativos, propiciou momentos que foram analisados sob a ótica da literatura atual sobre cuidados paliativos e trouxe achados que corroboram a literatura e apontam para a existência de lacunas na formação desses profissionais.

Espera-se que o estudo em tela incite a abertura de espaços para debates com discentes e profissionais sobre o tema em questão, e estimule práticas sistemáticas e contínuas. E a educação continuada pode ser uma ferramenta útil neste processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. F. *et al*. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, n. 20, p. 165-176, 2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.319 de 23 de julho de 2002. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2002b.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA- CFM. Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1931, Brasília, DF, 17 set, 2009.

COSTA, R. S. D.; SANTOS, A. G. B.; YARID, S. D. *et al*. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. Saúde debate, v. 40, n. 108, p.170-177, 2016.

DANTAS, M. M. F.; AMAZONAS, M. C. L. A. A Experiência do Adoecer: Os Cuidados Paliativos diante da Impossibilidade da Cura. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. spe, p. 47-53, 2016.

FURTADO, M. E. M. F.; LEITE, D. M. C. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2017.

GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. Cuidados paliati-vos. Estudos avançados. v. 30, n. 88, 2016.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

JUSTINO, E. T. *et al*. Palliative care in primary health care: *scoping review*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 28, p. e3324, 2020.

MARQUES, A. Cuidados Paliativos em Pacientes Oncológicos. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 06, v. 05, p. 79-94, 2018.

MENDES, E.C; VASCONCELLOS, L.C.F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. Saúde em Debate, v. 39, p. 881-892, 2015.

MENDOZA, L. E. F. Cuidados paliativos y la mirada de los directivos en la Atención Primaria de Salud. Infodir, v. 15, n. 28, p. 120-126, 2019.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Rio de Janeiro – RJ - Vozes, 2010.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S; GUERREIRO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014.

PEREIRA, E. A. L.; RANGEL, A. B.; GIFFONI, J. C. G. Identificação do Nível de Conhecimento em Cui-dados Paliativos na Formação Médica em uma Escola de Medicina de Goiás. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 4, p. 65-71, 2019.

RIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 3, p. 62-72, 2019.

RODRIGUES, L. A; LIGEIRO, C.; SILVA, M. Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de paliação. CuidArte. Enferm. v. 9, n. 1, p. 26-35, 2015.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. ed. 18. São Paulo: Cortez; 2011.

WHO takes steps to address glaring shortage of quality palliative care service. World Health Organization, [*s. l.*], 5 out. 2021..