





MATRIZ DE COMPETÊNCIAS DE MEDICINA PALIATIVA PARA O GERIATRA

Competency framework of palliative medicine for geriatricians

Laiane Moraes Dias^{a,b} , Alexandra Mendes Barreto Arantes^b ,
Mirella Rebello Bezerra^{a,b} , Gisele dos Santos^{a,b} , André Filipe Junqueira dos Santos^b ,
Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso^a , Cláudia Burlá^a , Daniel Lima Azevedo^a , Ligia Py^a 

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: Apesar da grande interface entre cuidados paliativos (CPs) e geriatria, ainda não há propostas de currículos de competências de medicina paliativa (MP) para geriatria no Brasil. Diante disso, objetivou-se desenvolver uma matriz de competências de medicina paliativa para o geriatra (MCMPG), especialmente para aquele em formação. **MÉTODO:** A primeira fase consistiu na elaboração da matriz piloto. Para se determinar o consenso, um grupo de geriatras com certificação de área de atuação em MP de todas as regiões do país foi convidado a opinar sobre as competências elencadas na matriz piloto. Foram duas etapas (2ª e 3ª fases) de metodologia Delphi modificada para se obter o consenso (nível de concordância maior que 50 e 80%, respectivamente, na 2ª e 3ª fases). E, por fim, realizada a fase de consulta pública no XXI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia e via site da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **RESULTADOS:** Dezenove *experts* em MP e Geriatria avaliaram a MCMPG. O nível de concordância de todas as áreas temáticas foi maior que o determinado, exceto a sedação paliativa (20% discordância). A MCMPG finalizou com 13 áreas temáticas, 105 competências, sendo 11 de pré-requisitos, 52 essenciais, 24 desejáveis e 18 avançadas. **CONCLUSÃO:** Definiu-se uma matriz de competências de CPs que pode ser integrada à educação médica, especificamente à pós-graduação em Geriatria. Propõe-se que os serviços de residência em Geriatria ofereçam, pelo menos, o treinamento das competências “essenciais”, nas áreas temáticas propostas fortalecendo a educação em CPs de forma homogênea em todo o país.

PALAVRAS-CHAVE: educação baseada em competências; cuidados paliativos; geriatria.

ABSTRACT

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Despite a great interface between palliative care (PC) and geriatrics, there are currently no curriculum proposals of palliative medicine (PM) competencies for geriatricians in Brazil. Thus, the aim was to develop a competency framework of palliative medicine for geriatricians (CFPMG), especially for those under training. **METHOD:** The first phase consisted of preparing a pilot framework. To reach a consensus, geriatricians with expertise in the field of PM from all Brazilian regions were invited to express their opinions on the competencies listed in the pilot framework. A modified Delphi method was used in the 2nd and 3rd phases to obtain a consensus (level of agreement greater than 50% and 80%, respectively). Finally, a public consultation phase was conducted in the 21st Brazilian Congress on Geriatrics and Gerontology, and via Brazilian National Academy of Palliative Care website. **RESULTS:** Nineteen experts in PM and geriatrics evaluated the CFPMG. The level of agreement in all thematic areas was greater than that required, except for palliative sedation (20% of disagreement). The CFPMG concluded with 13 thematic areas and 105 competencies, including 11 prerequisite, 52 core, 24 desirable, and 18 advanced competencies. **CONCLUSION:** The defined competency framework of PC may be integrated into medical education, specifically into geriatric medicine training. Our suggestion is that residency programs in geriatrics provide training at least in the core competencies from the proposed thematic areas, thereby strengthening PC education homogeneously across the country.

KEYWORDS: competency-based education; palliative care; geriatrics.

^aComissão Permanente de Cuidados Paliativos, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^bComitê de Geriatria, Academia Nacional de Cuidados Paliativos – São Paulo (SP), Brasil.

Dados para correspondência

Laiane Moraes Dias – Tv. Dom Romualdo de Seixas, 1.476, sala 2.207 – Umarizal – CEP: 66055-200 – Belém (PA), Brasil –

E-mail: laianemoraes@hotmail.com

Recebido em: 23/12/2018. Aceito em: 26/12/2018

DOI: 10.5327/Z2447-211520181800067

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um problema de saúde de crescente magnitude no Brasil e afetam principalmente a população idosa, a que mais cresce no país. O cuidado adequado ao idoso portador de tais condições crônicas, com necessidade de cuidados de longa duração e de assistência contínua, requer cada vez mais a capacitação de profissionais de saúde também em cuidados paliativos (CPs).¹

Medicina paliativa (MP) e geriatria compartilham uma grande área de intersecção, tendo em comum a ênfase na otimização da qualidade de vida, com efetivo controle de sintomas, priorizando e respeitando a autonomia e a funcionalidade do paciente. No entanto, o CP no idoso requer habilidades que vão além, como: a experiência no diagnóstico e na abordagem das síndromes geriátricas, o manejo complexo de sintomas de doenças de curso prolongado (como as demências, a doença de Parkinson, a própria síndrome da fragilidade) e a multimorbidade, condições que requerem da equipe de saúde uma atenção ímpar, minuciosa e interdisciplinar.²⁻⁴

No Brasil, para os diversos programas de residência médica, são raros os que apresentam diretrizes curriculares nacionais baseadas em competências, tampouco exigências de processos de avaliação para certificação ao final do treinamento do especialista. Sendo a MP reconhecida como área de atuação há pouco tempo no nosso país,⁵ ainda são escassos os estudos envolvendo a educação em CPs, especialmente na sua intersecção com a geriatria.

Entende-se por competência um agregado de conhecimentos, habilidades e atitudes que afeta uma parte importante de um papel relacionado com desempenho no trabalho, que pode ser medido diante de padrões bem-aceitos e que pode ser aperfeiçoado via formação e desenvolvimento.^{6,7}

Em 2013, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos elaborou, por meio de um consenso, um Guia de Competências Centrais que reflete os domínios considerados importantes para a boa prática profissional. Além disso, elas oferecem estrutura para o desenvolvimento de programas de educação em CPs, o que ainda não se tem estabelecido aqui no Brasil.⁷

O objetivo deste manuscrito é apresentar uma matriz de competências de medicina paliativa para o geriatra (MCMPG), especialmente aquele em formação, para ser usada nos diversos centros formadores de geriatras em todo o país.

MÉTODO

Delineamento do estudo e fontes de dados para a elaboração da matriz

Para a elaboração da MCMPG, buscou-se metodologia capaz de permitir a construção coletiva de um consenso a

partir das matrizes já existentes na literatura⁷⁻¹¹ e da reflexão sobre a experiência prática daqueles que atuam na MP e na geriatria no Brasil. Para isso, utilizou-se a metodologia Delphi modificada.¹²

Trata-se de uma estratégia para estabelecer a validade de conteúdo de instrumentos, permitindo ouvir e analisar, de forma sistemática, opiniões de especialistas com vistas à obtenção de um consenso sobre determinado instrumento ou critérios. São utilizados questionários aplicados por meio de um processo interativo conhecido como rodadas.¹² Neste estudo, foram realizadas duas rodadas de Delphi (2ª e 3ª fases). As respostas que não alcançaram consenso e as sugestões de mudança de critério foram recolhidas e analisadas na etapa seguinte; um questionário revisado com base nos resultados dessa análise foi então submetido aos mesmos especialistas, a fim de convergir para um consenso.

Após avaliação das matrizes já existentes na literatura,⁷⁻¹¹ reuniram-se as competências comuns por áreas temáticas de MP, que incluem adequada avaliação, indicações, controle de sintomas, comunicação, diretivas antecipadas de vontade, até gestão e ensino, entre outras. Em cada uma das áreas temáticas foram elencadas competências específicas e distribuídas na matriz como pré-requisito, competência essencial, desejável e avançada, que devem ser compreendidas da seguinte forma:

- Pré-requisito: competência adquirida na faculdade ou na residência de clínica médica, ou seja, o que se espera que o profissional tenha antes de entrar na residência de geriatria;
- Essencial: o que se espera de competências em MP para todo residente de geriatria ao final de sua formação, sendo o principal foco deste estudo;
- Desejável: o que se espera de um médico residente diferenciado, que avance além do que é essencial;
- Avançada: conhecimento mais específico, muitas vezes adquirido com cursos complementares.

A matriz foi criada em forma de quadro com os itens acima distribuídos horizontalmente e com as competências descritas cada uma por vez; em seu nível correspondente das colunas de competências havia campo para marcar “concorda” ou “discorda”, bem como para sugestões ou comentários.

Critérios de seleção e convite dos especialistas

Inicialmente, um grupo de cinco geriatras com área de atuação em MP, um de cada região do país, estabeleceu a matriz piloto a partir da revisão da literatura. Para as próximas fases (Delphi), foram convidados, por correio eletrônico (*e-mail*), a participar do consenso 16 geriatras com área de atuação em MP, de diferentes regiões do Brasil, com

experiência clínica e acadêmica na área. Durante os ciclos de aplicação dos questionários, os especialistas não tiveram acesso à identificação de seus pares.

Validação de conteúdo

A metodologia Delphi foi aplicada na 2ª e 3ª fases do estudo, e foram validadas da seguinte forma:

- 2ª fase: foi considerado consenso quando as competências tiveram nível de concordância maior que 50%;
- 3ª fase: foi reenviada a matriz aos que responderam na fase anterior, com as sugestões de inclusão ou mudanças de nível de competências. Áreas temáticas com discordância maior ou igual a 20% foram revisadas na etapa seguinte, para ajustes e/ou exclusão.

Após a reavaliação e ajustes sugeridos nas duas etapas do Delphi pelos coordenadores do estudo (4ª fase), houve ainda a fase de consulta pública da matriz (5ª fase), realizada durante o XXI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia ocorrido na cidade do Rio de Janeiro (RJ), Brasil; em um simpósio proposto sobre educação de CPs em Geriatria, a matriz de competências foi apresentada aos participantes que se dispuseram a colaborar. E a consulta pública se estendeu ainda aos associados da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), por meio de seu site no período de 15 dias em outubro de 2018, no qual os associados da ANCP com formação em geriatria e MP puderam opinar sobre as competências da matriz.

RESULTADOS

Primeira fase

Foi realizado levantamento bibliográfico e construída a matriz piloto, com um total de 13 áreas temáticas, 60 competências, sendo 5 pré-requisitos, 27 competências essenciais, 22 desejáveis e 8 avançadas, por um grupo de cinco geriatras com expertise em MP.

Segunda fase

A matriz piloto foi enviada a outros 16 *experts*, sendo respondida por 13 (81,25%). Uma área temática foi sugerida como inclusão — autocuidado da equipe —, totalizando 14 áreas temáticas, com 120 competências: 11 pré-requisitos, 57 essenciais, 32 desejáveis e 20 avançadas.

Todas as áreas temáticas e suas competências tiveram nível de concordância maior que 50%. As sugestões e modificações desta fase foram incorporadas à matriz piloto e foi construída então a matriz estruturada.

Terceira fase

A matriz estruturada foi reencaminhada aos 13 colaboradores que responderam na fase anterior. Dez participantes (76,9%) responderam. Nesta fase foram consideradas 20 inclusões, oito modificações de nível de competências e sete exclusões, por serem consideradas competências atribuídas ao especialista em MP e outras por redundância. A fase finalizou com 14 áreas temáticas com 115 competências assim distribuídas: 10 pré-requisitos, 54 essenciais, 27 desejáveis e 24 avançadas.

Quarta fase

Foram avaliadas as sugestões de modificações de 10 especialistas que responderam à terceira fase. Uma área temática foi retirada — a sedação paliativa —, pois apresentou discordância de 20% (duas repostas discordantes). E sugeriu-se sua inclusão na área temática “controle de sintomas”.

Três competências foram excluídas nesta fase, pois foram julgadas como específicas do médico paliativista, e não do geriatra (por exemplo: “maneja extubação paliativa”).

Quinta fase

Realizada consulta pública em dois momentos:

- No Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 28 responderam ao questionário da MCMPG. Apenas quatro participantes sugeriram algumas mudanças de nível de competências, sendo duas de comunicação, que foram incluídas após análise do comitê responsável pela MCMPG;
- No site da Academia Nacional de Cuidados Paliativos a MCMPG recebeu sugestões de 12 associados com apenas 3 sugestões de mudanças.

Assim, a MCMPG finalizou com 13 áreas temáticas e 105 competências (11 pré-requisitos, 52 essenciais, 24 desejáveis e 18 avançadas). A Figura 1 indica as fases da elaboração da matriz de competências. As Tabelas 1 e 2 mostram as competências esperadas antes e após a residência de geriatria, respectivamente.

As áreas com mais sugestões e modificações foram: avaliação do paciente em CPs e indicações, controle de sintomas, aspectos éticos, comunicação, planejamento de cuidados. Sedação paliativa foi incluída na área temática controle de sintomas.

Reunião familiar, diretivas antecipadas de vontade e uso da via subcutânea em CPs foram as áreas com menos modificações nas cinco fases do estudo.

Autocuidado foi uma área de competências incluída durante a pesquisa, após sugestões de colaboradores.

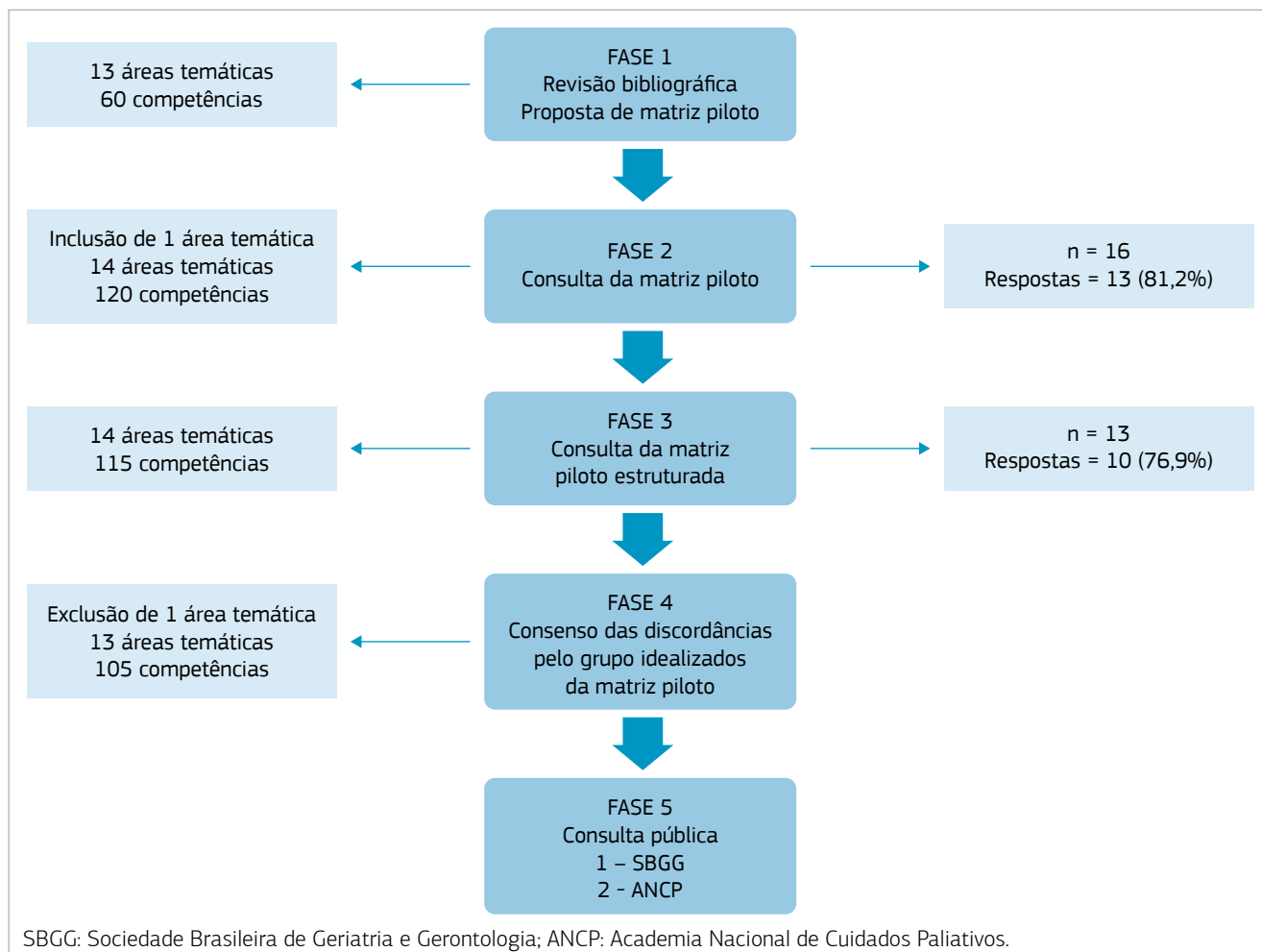


Figura 1 Fases de elaboração da matriz de competências de cuidados paliativos para o geriatra.

Tabela 1 Competências esperadas antes da residência de geriatria.

Pré-requisitos	
1.	Reúne e sintetiza informações essenciais e precisas para definir o(s) problema (s) clínico(s) de cada paciente.
2.	Conhece a definição e os princípios de CP.
3.	Compreende que os CP devem ser ofertados aos pacientes em diferentes fases da doença grave potencialmente irreversível: do diagnóstico até a fase final de vida.
4.	Avalia adequadamente sintomas físicos prevalentes, com conhecimento de farmacologia para uso adequado dos medicamentos, considerando a farmacocinética, farmacodinâmica, posologia e interações medicamentosas.
5.	Exibe integridade e comportamento ético na conduta profissional
6.	Conhece estratégias para comunicação adequada
7.	Estrutura adequadamente prontuário, colocando de forma detalhada evolução, planejamento de cuidados e condutas adotadas.
8.	Desenvolve competências interpessoais comunicacionais adequadas:
	Apresenta comportamento empático e compassivo;
	Apresenta linguagem verbal e não verbal adequadas.
9.	Compreende a necessidade de interconsulta de equipe de CP e a solicita quando necessário.
10.	Reconhece o luto como processo e como possibilidade de adoecimento.
11.	Conhece os fundamentos da hipodermoclise

CP: cuidado paliativo.

Tabela 2 Competências esperadas ao final da residência de geriatria.

Áreas temáticas	Essencial	Desejável
1. Indicações e avaliação do paciente em cuidados paliativos	<p>1.2.1 Conhece as doenças crônicas prevalentes em idosos: Demências, Acidente vascular encefálico, neoplasias, Insuficiência Cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, Insuficiência renal, síndrome da fragilidade, etc.</p> <p>1.2.2 Reconhece a fragilidade e a multimorbidade como importantes fatores prognósticos</p> <p>1.2.3 Reconhece que a tomada de decisões deve levar em conta a expectativa de vida do idoso</p> <p>1.2.4 Avalia a capacidade funcional e usa a Avaliação Geriátrica Ampla, sempre que possível, como importante ferramenta na priorização do atendimento e na elaboração prognóstica</p> <p>1.2.5 Aplica a base de evidências e o conhecimento da trajetória de doença para estimar o prognóstico em cada paciente</p> <p>1.2.6 Integra achados de avaliação clínica, de capacidade funcional e resultados de exames complementares para a avaliação prognóstica</p> <p>1.2.7 Reconhece a utilidade da tecnologia médica nas condições apropriadas, cientes das limitações da intervenção médica e da sua obrigação de cuidar do idoso cronicamente doente e/ou com doença terminal</p>	<p>1.3.1 Assiste ao paciente com doença potencialmente grave sem perspectiva de cura, indicando e estabelecendo plano de CP e coordenando o atendimento com outras especialidades médicas e a equipe multiprofissional</p>
2. Controle de sintomas	<p>2.2.1 Utiliza adequadamente escada analgésica da OMS e escalas para avaliação de dor e outros sintomas</p> <p>2.2.2 Conhece indicações principais e é capaz de manejar uso de analgésicos, desde os simples aos opioides, além dos adjuvantes</p> <p>2.2.3 Define e aplica os princípios da prescrição de opioides, incluindo a dosagem equianalgésica e efeitos adversos comuns; compreende que o uso adequado de opioides raramente leva a depressão respiratória ou dependência ao tratar qualquer síndrome dolorosa oncológica e/ou não oncológica, como por exemplo as doenças osteoarticulares degenerativas</p> <p>2.2.4 Identifica e aborda adequadamente efeitos adversos dos opioides e sabe intervir na intoxicação por opioides</p> <p>2.2.5 Maneja outros sintomas mais prevalentes além da dor (náusea, dispneia, delirium/agitação, obstipação, diarreia...)</p> <p>2.2.6 Identifica sofrimento e dificuldades psicológicas, sociais espirituais e existenciais em pacientes e familiares; oferece apoio e referência apropriada</p> <p>2.2.7 Sabe quando solicitar interconsulta de equipe de CP</p> <p>2.2.8 Reconhece a necessidade de abordagem multiprofissional</p> <p>2.2.9-Reconhece Sintoma Refratário e Sofrimento, como diferente de sintoma difícil, e nas primeiras condições (sintoma refratário e intolerável) sabe indicar a Sedação paliativa</p> <p>2.2.10 Maneja sedação (medicamentos indicados para cada sintoma, doses, tipos de sedação, avaliação da sedação, monitorização)</p> <p>2.2.11 Discute com equipe interdisciplinar a indicação da sedação paliativa</p>	<p>2.3.1 Avalia e aborda sintomas refratários</p> <p>2.3.2 Aborda a dor total do paciente bem como outros sintomas totais (ex.: dispneia)</p>
3. Aspectos éticos	<p>3.2.1 Conhece a legislação brasileira, o Código de Ética Médica, e as Resoluções do CFM em relação à terminalidade da vida e CP</p> <p>3.2.2 Aplica os princípios de bioética relacionados aos CP</p>	<p>3.3.1 Aborda com paciente, familiares e equipe, aspectos éticos como não progressão e/ou suspensão de tratamento (dieta e hidratação artificiais, diálise, droga vasoativa, antibióticos, quimioterápicos, suporte ventilatório etc.)</p> <p>3.3.2 Auxilia a equipe na discussão de dilemas éticos.</p>

Continua...

Tabela 2 Continuação.

Áreas temáticas	Essencial	Desejável
4. Interdisciplinaridade	<p>4.2.1 Reconhece habilidades de cada área em CP (enfermagem, fisioterapia, serviço social, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, capelania, farmácia, nutrição, odontologia, educação física, musicoterapia etc.) e as ações em comum entre as diversas áreas do saber.</p> <p>4.2.2 Desenvolve interesse pela prática de discussões em equipe Multidisciplinar.</p> <p>4.2.3 Trabalha efetivamente dentro de uma equipe interprofissional de modo assertivo</p> <p>4.2.4 Integra adequadamente as recomendações de outros consultores.</p>	4.3.1 Reconhece a angústia da equipe ao cuidar de pacientes em processo de morte e de seus familiares
5. Comunicação	<p>5.2.1 Comunica efetivamente com equipe interdisciplinar</p> <p>5.2.2 Explora a compreensão do paciente e familiar sobre doenças, preocupações, metas e valores, e planeja tratamento que se adequa a essas prioridades</p> <p>5.2.3 Reconhece o cerco do silêncio instalado</p> <p>5.2.4 Demonstra uma comunicação efetiva centrada no paciente ao dar más notícias ou informações prognósticas, discutindo as preferências crenças e valores</p> <p>5.2.5 Descreve e executa tarefas de comunicação efetivamente no momento da morte, incluindo o pronunciamento, notificação familiar e suporte e pedido de autópsia</p> <p>5.2.6 Orienta os pacientes e familiares sobre o processo de morrer</p> <p>5.2.7 Esclarece as preocupações do paciente e seus familiares relativas aos cuidados paliativos e cuidados no fim de vida</p>	<p>5.3.1 Evita e intervém adequadamente na “conspiração do silêncio”</p> <p>5.3.2 Intervém em conflitos de comunicação entre familiares, equipe e diferentes equipes</p> <p>5.3.3 Tem habilidade para realizar interface com outras especialidades médicas (ex.: intensivistas, oncologistas, hematologistas etc.)</p>
6. Planejamento de cuidados	<p>6.2.1 Desenvolve e atinge um plano de gestão abrangente para cada paciente</p> <p>6.2.2 Sabe iniciar abordagem sobre indicação de cuidados paliativos</p> <p>6.2.3 Implementa o cuidado ao idoso que está morrendo</p> <p>6.2.4 Reconhece os princípios da alta responsável</p> <p>6.2.5 Planeja o cuidado do idoso que está morrendo, considerando valores, crenças e desejos do paciente, incluindo decisão de suspensão ou não introdução de suporte artificial de vida</p>	<p>6.3.1 Modifica adequadamente os planos de cuidados com base no curso clínico, preferências dos pacientes e princípios de custo-benefício</p> <p>6.3.2 Estabelece um plano de cuidados com metas realistas, seja no hospital, domicílio ou ILPI, levando em consideração também suas diretivas antecipadas, se tiver</p> <p>6.3.3 Organiza o cuidado do idoso que está morrendo</p>
7. Reunião familiar	<p>7.2.1 Sabe a importância da reunião familiar e o momento para realizá-la</p> <p>7.2.2 Responde às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar em curto, médio e longo prazo</p> <p>7.2.3 Reconhece e respeita os aspectos socioculturais, éticos e religiosos do paciente e seus familiares relativo aos objetivos de cuidado no fim de vida</p>	<p>7.3.1 Conduz e documenta adequadamente em prontuário a reunião familiar</p> <p>7.3.2 Reconhece situações de conflito com equipe assistente e entre familiares</p> <p>7.3.3 Integra os aspectos socioculturais, éticos e religiosos do paciente e seus familiares relativo aos objetivos de cuidado no fim de vida</p>
8. Diretivas antecipadas de vontade (DAV)	<p>8.2.1 Comunica adequadamente ao paciente sobre como elaborar as diretivas antecipadas, baseando-se nos princípios bioéticos e legais, como o Código de Ética Médica – Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina</p> <p>8.2.2 Conhece estratégias para realizar DAV</p> <p>8.2.3 Incentiva seus pacientes a fazerem suas diretivas antecipadas</p> <p>8.2.4 Reconhece a necessidade de indicar e definir diretivas em situações críticas de internamento</p>	<p>8.3.1 Auxilia outras equipes médicas a elaborar e interpretar diretivas antecipadas</p> <p>8.3.2 Elabora diretivas antecipadas em conjunto com paciente e/ou representante</p> <p>8.3.3 Interpreta e realiza as diretivas antecipadas, com adequada formalização em prontuário</p>

Continua...

Tabela 2 Continuação.

Áreas temáticas	Essencial	Desejável
9. Transição de cuidados (UTI x Enfermaria x Assistência domiciliar x ILPI)	9.2.1 Reconhece necessidade de transição de cuidados de pacientes dentre os diferentes níveis de assistência — Reconhece melhor local de cuidados considerando necessidades do paciente.	9.3.1 Realiza a Transferência de cuidados de pacientes e monitora o seguimento da linha assistencial dentre os diferentes níveis de assistência 9.3.2 Orienta sobre medicações, cuidados com o paciente e óbito em domicílio — O que a família deve fazer, quem acionar? 9.3.3 Indica para o paciente e familiares as estruturas de apoio disponíveis
10. Luto	10.2.1 Reconhece familiares em risco de luto complicado 10.2.2 Reconhece o sofrimento do luto complicado 10.2.3 Aciona auxílio da psicologia ou encaminha para acompanhamento de forma preventiva.	
11. Gestão e ensino	11.2.1 Entende necessidade de equipe de CP integrada	11.3.1 Aplica os resultados de estudos científicos sobre cuidados paliativos na prática de geriatria 11.3.2 Identifica fatores que afetam o custo dos cuidados de saúde e prioriza custo-benefício de procedimentos/ medicamentos
12. Uso da via subcutânea em CP	12.2.1 Explica os fundamentos da hipodermóclise 12.2.2 Sabe a técnica e as medicações indicadas 12.2.3 Realiza efetivamente a hipodermóclise	
13. Autocuidado da equipe	13.2.1 Reflete sobre suas próprias reações emocionais (autorreflexão) e reconhece sua angústia ao cuidar de pacientes que estão morrendo, buscando a prática responsável de seu autocuidado	13.3.1 Reconhece a angústia da equipe ao cuidar de pacientes em processo de morte e de seus familiares e aciona suporte da psicologia quando necessário

CFM: Conselho Federal de Medicina; CP: cuidados paliativos; MCMPG: matriz de competências em medicina paliativa para o geriatra; DAV: diretivas antecipadas de vontade; ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idoso; UTI: unidade de terapia intensiva.

A participação dos especialistas de diferentes regiões do Brasil no trabalho foi de 81,25% na segunda fase e de 76,9% na terceira.

DISCUSSÃO

Este estudo, baseado em uma pesquisa nacional com geriatras com *expertise* em MP, estabeleceu competências abrangentes e essenciais, especificamente para residentes de geriatria. Elas poderão ser aplicadas para padronizar o conteúdo e a avaliação dos currículos de CPs em geriatria, bem como podem ser de base para pesquisas futuras validarem novas ferramentas de avaliação.

O estudo Delphi foi escolhido para se alcançar o consenso sobre a definição das competências de MP para idosos, da

mesma forma que outras matrizes curriculares foram desenvolvidas em outras especialidades, como medicina da família e comunidade e endocrinologia.^{13,14}

A estrutura inicial se baseou em áreas temáticas e competências que emergiram da literatura internacional,⁷⁻¹¹ visto que ainda não há publicação nacional sobre tais competências, e na *expertise* dos colaboradores que prepararam a matriz piloto e adaptaram às competências já existentes em outros países à nossa realidade.

Matrizes de conhecimentos já foram apresentadas em outros países com os mesmos objetivos na Europa⁷ bem como nos Estados Unidos (Academia Americana de Hospice e Medicina Paliativa — AAHPM).⁸ No Brasil, ainda não havia consenso nacional enfatizando as competências centrais em CPs.

Para preparar academicamente os profissionais, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) advogou uma estrutura de três fases para CPs:⁷

- Abordagem de CPs: concebida como uma forma de integrar CPs em contextos de cuidados gerais, como na clínica médica, considerado na matriz como níveis de competências de pré-requisito;
- CPs gerais: concebidos para profissionais frequentemente envolvidos com o cuidado de doentes com necessidade de CPs, mas esta abordagem não é o foco principal e exclusivo da sua prática clínica (por exemplo, oncologistas, geriatras, médicos de família e comunidade etc.), e considerados nessa matriz como nível de competência essencial e desejável;
- CPs especializados: concebidos para profissionais que trabalham na maior parte do tempo ou exclusivamente com CPs e cuja principal atividade é dedicada a lidar com problemas complexos, exigindo habilidades e competências específicas alcançadas por intermédio de treinamento e capacitações, considerados na matriz como nível de competência avançada.

Na primeira fase — desenvolvimento da matriz piloto —, algumas áreas temáticas, como avaliação do paciente em CPs, controle de sintomas, comunicação, interdisciplinaridade, planejamento de cuidados, luto gestão e ensino, foram adaptadas de matrizes curriculares norte-americanas, como o *Hospice and Palliative Medicine Milestones: ACGME report*⁹ e do *Raising the Bar for the Care of Seriously Ill Patients*,¹⁰ o primeiro realizado por uma força-tarefa de várias sociedades de especialidades médicas relacionadas com CPs, para médicos residentes, e o segundo elaborado por 70 educadores de MP que estabeleceram consenso de competências tanto para médicos residentes como para alunos da graduação.

Assim, a matriz piloto formou-se com 13 áreas temáticas — avaliação do paciente/indicações, controle de sintomas, aspectos éticos,¹⁵ interdisciplinaridade, comunicação, reunião familiar, planejamento de cuidados, diretivas antecipadas de vontade,¹⁶ transição de cuidados, gestão e ensino, luto, uso da via subcutânea¹⁷ e sedação paliativa.

A matriz sugere uma sequência de desenvolvimento para ensinar e avaliar as competências de CPs ao longo da residência de geriatria, pautada em princípios básicos, como ética médica e adequada comunicação, passando pelo conhecimento técnico e científico para manejo adequado das doenças crônicas prevalentes em idosos, incluindo controle de sintomas físicos ou não, e o planejamento de cuidados na

multimorbidade, muitas vezes só alcançado com a interdisciplinaridade. Espera-se ainda que o geriatra consiga integrar suas experiências clínicas e o significado desse trabalho em sua identidade como médico.^{10,18}

No mais, sugere-se que os residentes revisem e aprofundem-se em conhecimentos, habilidades e atitudes definidas nas competências. Por exemplo: além de saber explicar o conceito de CPs, que saiba também efetivamente controlar a dor e os outros sintomas, indicando adequadamente o melhor local para assistência (domicílio, hospice, hospital).; Não só reconhecer sofrimento psicossocial, mas avaliar e encaminhar adequadamente paciente e família com tal angústia; não apenas identificar sobre suas próprias reações emocionais ao cuidar de pacientes no final da vida, mas também ser capaz de estimular a autorreflexão da equipe, compartilhando dilemas e fortalecendo seu autocuidado.¹⁰

Considerando que o objetivo deste trabalho foi desenvolver uma MCMPG, optou-se por apresentar os resultados finais das competências essenciais e desejáveis, podendo as demais competências serem apresentadas em trabalhos futuros.

CONCLUSÃO

Por meio de uma revisão de consensos e matrizes de competências internacionais, e uma pesquisa com especialistas de todas as regiões do Brasil, definiram-se competências de CPs gerais e essenciais e relevantes em geriatria, que podem ser integradas à educação médica, especificamente à pós-graduação em geriatria. É recomendável que cada serviço de residência em geriatria revise seu conteúdo programático, adequando-o para que seja capaz de oferecer, ao menos, o treinamento das competências “essenciais”, e idealmente as “desejáveis” e/ou até mesmo as avançadas nas 13 áreas temáticas propostas nesta pesquisa. A introdução dessas competências precocemente e um plano de ensino adequado podem melhorar a capacitação do geriatra para atender ao idoso com necessidade de CPs.

Estudos futuros abordando metodologias de ensino e aprendizado são necessários no sentido de aprimorar as ferramentas de avaliação para que as competências da matriz sejam mensuráveis e práticas.

Como perspectivas, os autores visam encaminhar esta proposta de matriz curricular à Comissão Nacional de Residência Médica, objetivando que ela se torne base para o ensino de MP em todas as residências de Geriatria, estimulando e fortalecendo a educação em CPs de forma homogênea em todo o país.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os especialistas que aceitaram o convite para participar deste projeto, dedicando seu tempo para análise e compartilhando seu conhecimento e suas experiências para a elaboração da MCMPPG: Ana Cláudia Quintana Arantes; Erika Satomi; Keite Priscila Paia; Leonardo de Oliveira Consolim; Luciana Louzada Farias; Manuela

Vasconcelos de Castro Sales; Mayra de Almeida Frutig; Ricardo Borges da Silva; Tania Vannucci Vaz Guimaraes; Tiago Pugliese Branco; Toshio Chiba.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Santos CE, Caldas JMP, Serafim JA, Barros N, Pereira AC, Capra MEZ, et al. Palliative Care in Brazil: With a View to Future Needs? *Int Arch Med* [Internet]. 2017 [acessado em 5 ago. 2018];10. Disponível em: <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2440>
- Kapo J, Morrison LJ, Liao S. Palliative care for the older adult. *J Palliat Med*. 2007;10(1):185-209. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9989>
- Kapo J, Morrison LJ, Liao S. Palliative Care for the Older Adult. *J Palliat Med*. 2007;10(1):185-209. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9989>
- Report of the geriatrics - Hospice and palliative medicine work group: American geriatrics society and american academy of hospice and palliative medicine leadership collaboration. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(3):583-7. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03864.x>
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM No. 1973/2011. *Diário Oficial da União*. 2011;Seção I:144-7.
- Fernandes CR, Farias Filho A, Gomes JMA, Pinto Filho WA, Cunha GKF, Maia FL. Currículo Baseado em Competências. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):129-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000100018>
- Gamondi C, Larkin P, Payne S. Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos – parte 1. *Eur J Palliat Care*. 2013;20(3):140-5.
- American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Hospice and Palliative Medicine Core Competencies [Version 2.3] [Internet]. 2009 [acessado em 3 set. 2017]. Disponível em: <http://aahpm.org/uploads/education/competencies/Competencie%20%202.3.pdf>
- The Hospice and Palliative Medicine Milestones Project. ACGME Report Worksheet, version 2 [Internet]. 2014 [acessado em 2 ago. 2017]. Disponível em: <https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/HospiceandPalliativeMedicineMilestones.pdf>
- Schaefer KG, Chittenden EH, Sullivan AM, Periyakoil VS, Morrison LJ, Carey EC, et al. Raising the Bar for the Care of Seriously Ill Patients: Results of a National Survey to Define Essential Palliative Care Competencies for Medical Students and Residents. *Acad Med*. 2014;89(7):1024-31. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000271>
- A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality: A Consensus Report. National Quality Forum [Internet]. Washington, D.C.; 2006 [acessado em 13 nov. 2017]. Disponível em: https://www.qualityforum.org/Publications/2006/12/A_National_Framework_and_PREFERRED_Practices_for_Palliative_and_Hospice_Care_Quality.aspx
- McMillan S, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(3):655-62. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x>
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. [acessado em 6 ago. 2017]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
- Oliveira AAM. Matriz de competências para programas de residência médica em endocrinologia e metabologia [dissertação]. Belém: Centro Universitário do Estado do Pará; 2017.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM No. 1805/2006. *Diário Oficial da União*. 2006;Seção 1:169.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM No. 1995/2012. *Diário Oficial da União*. 2012;Seção I:269-70.
- Azevedo D (Ed.). O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBBG e da ANCP para profissionais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2017. Disponível em sbbg.org.br.
- Rabow MW, Remen RN, Parmelee DX, Inui TS. Professional formation: extending medicine's lineage of service into the next century. *Acad Med*. 2010;85(2):310-7. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c887f7>