

Educação em saúde e final de vida no hospital*

DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1.86942>

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| 1 Franciele Roberta Cordeiro | 4 Monike Cruz Martins |
| 2 Rayssa dos Santos Marques | 5 Juliana Graciela Vestena Zillmer |
| 3 Kaliana de Oliveira Silva | 6 Fernanda Sant'Ana Tristão |

Resumo

Introdução: ações de educação em saúde são incipientes em alguns hospitais. Quando se trata de realizá-las em situações de final de vida, as equipes apresentam limitações.

Objetivo: identificar ações de educação em saúde direcionadas às pessoas em final da vida e seus cuidadores, informais e formais, no hospital, além de avaliar o nível de evidência de tais ações.

Síntese do conteúdo: o estudo foi realizado entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, nas bases de dados Web of Science, Scopus e MEDLINE. Identificaram-se 6.762 artigos, dos quais 42 integram a análise por serem artigos originais ou de revisão escritos em português, espanhol, inglês ou francês; a amostra dos estudos foi composta por pacientes maiores de 19 anos, com doença avançada e/ou em final de vida ou cuidadores ou profissionais de saúde. Os dados foram agrupados por similaridade do tema das ações, conforme Polit e Beck, e o nível de evidência avaliado segundo Melnyk e Fineout-Overholt. O vídeo foi a ação com maior força de recomendação, seguida por cartilhas. As unidades temáticas foram “Ações para o controle da dor”, “Narrativas sobre o final da vida”, “Planejamento de cuidados”, “Dialogando sobre os cuidados paliativos” e “Comunicação e final de vida”.

Conclusões: ações de educação em saúde no final da vida devem considerar as tecnologias da informação e da comunicação, além das condições socioculturais, clínicas e cognitivas dessa etapa do adoecimento.

Descritores: Educação em Saúde; Cuidados Paliativos; Evolução Fatal; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Hospitais (fonte: DECS, BIREME).

* O estudo faz parte do macroprojeto de pesquisa intitulado “Práticas de cuidado com pacientes adultos em final de vida em um hospital de ensino do Sul do Brasil”.

- 1 Universidade Federal de Pelotas (Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6194-5057>
Correio eletrônico: francielefrc@gmail.com
Contribuição: concepção, planejamento, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.
- 2 Universidade Federal de Pelotas (Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5983-0194>
Correio eletrônico: rayssa-s-m@hotmail.com
Contribuição: coleta, análise e interpretação dos dados, e aprovação da versão final do manuscrito.
- 3 Universidade Federal de Pelotas (Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6525-4656>
Correio eletrônico: kaliana_os@hotmail.com
Contribuição: coleta, análise e interpretação dos dados, e aprovação da versão final do manuscrito.
- 4 Universidade Federal de Pelotas (Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6211-4818>
Correio eletrônico: monike_martinsz@hotmail.com
Contribuição: coleta, análise e interpretação dos dados, e aprovação da versão final do manuscrito.
- 5 Universidade Federal de Pelotas (Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6639-8918>
Correio eletrônico: juzillmer@gmail.com
Contribuição: concepção, planejamento, revisão crítica do conteúdo, e aprovação da versão final do manuscrito.
- 6 Universidade Federal de Pelotas (Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8355-0133>
Correio eletrônico: enfermeirafernanda1@gmail.com
Contribuição: concepção, planejamento, revisão crítica do conteúdo, e aprovação da versão final do manuscrito.

Como citar: Cordeiro FR; Marques RS; Silva KO; Martins MC; Zillmer JGV; Tristão FSA. Educação em saúde e final de vida no hospital. Av Enferm. 2022;40(1):113-133. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1.86942>

Recebido: 02/05/2020
Aceito: 26/01/2021
Publicado: 29/10/2021



Educación en salud y final de la vida en el hospital

Resumen

Introducción: las acciones de educación para la salud son incipientes en algunos hospitales. Cuando se trata de desplegar estas acciones al final de la vida, los equipos encargados tienen ciertas limitaciones.

Objetivo: identificar acciones de educación en salud dirigidas a pacientes intrahospitalarios en el final de la vida y a sus cuidadores (formales e informales), así como evaluar la evidencia de tales acciones.

Síntesis de contenido: el estudio se llevó a cabo entre diciembre de 2019 y enero de 2020 en las bases de datos Web of Science, Scopus y MEDLINE. Se identificaron 6.762 artículos, de los cuales 42 forman parte del análisis por ser artículos originales o de revisión escritos en portugués, español, inglés o francés, cuya muestra estuvo conformada por pacientes mayores de 19 años con enfermedad avanzada o al final de la vida, o sus cuidadores o los profesionales de la salud encargados de su cuidado. Los datos fueron agrupados por similitud de las acciones, siguiendo a Polit y Beck, y el nivel de evidencia evaluado, según Melnyk y Fineout-Overholt. El video fue la acción más recomendada, seguida de los folletos. Las unidades temáticas fueron “Acciones para el control del dolor”, “Narrativas sobre el final de la vida”, “Planificación anticipada de cuidados”, “Diálogo sobre cuidados paliativos” y “Comunicación y final de la vida”.

Conclusiones: las acciones de educación en salud al final de la vida deben considerar las tecnologías de la información y la comunicación, además de las condiciones socioculturales, clínicas y cognitivas durante esta etapa de la enfermedad.

Descriptor: Educación en Salud; Cuidados Paliativos; Resultado Fatal; Cuidados Paliativos al Final de la Vida; Hospitales (fuente: DECS, BIREME).

Health education and end-of-life at a hospital

Abstract

Introduction: Health education actions are incipient in some hospitals. When it comes to performing such actions in the face of end-of-life situations, health teams have some limitations.

Objective: To identify health education actions for in-hospital dying patients and their informal and formal caregivers, and to assess the level of evidence of such actions.

Content synthesis: Study conducted between December 2019 and January 2020, in the databases Web of Science, Scopus and MEDLINE. A total of 6.762 articles were identified. Among these, 42 articles were considered as they met the following

inclusion criteria: original or review article written in Portuguese, Spanish, English, or French, whose sample consisted of patients over 19 years with a terminal disease or at the end of their lives, or their caregivers or health professionals in charge of their care. The data were grouped by similarity of the actions deployed, following Polit and Beck, and the level of evidence evaluated, according to Melnyk and Fin-eout-Overholt. The video was the action with greater force of recommendation, followed by booklets. The thematic units were: "Actions for pain control", "Narratives about the end-of-life", "Advance care planning", "Talking about palliative care", and "Communication and end-of-life".

Conclusions: Health education actions at the end of life should consider information and communication technologies, in addition to the sociocultural, clinical, and cognitive conditions during this stage.

Descriptors: Health Education; Palliative Care; Fatal Outcome; Hospice and Palliative Care; Hospitals (source: DECS, BIREME).

Introdução

Educação em saúde é uma ação que tem por finalidade desenvolver o sentido de responsabilidade no indivíduo e/ou na família que integram uma comunidade. Ela envolve diálogo entre profissionais, pacientes e familiares com vistas à mudança de comportamentos e à qualidade de vida (1).

Em algumas instituições hospitalares, ações de educação em saúde ainda são incipientes, versando especialmente sobre aspectos relacionados à biossegurança (2), às orientações sobre o tratamento oncológico (3, 4), às orientações com a finalidade de evitar reinternações (5) e à prevenção de lesão por pressão (6, 7). Estudo realizado com enfermeiras evidenciou que atividades de educação em saúde no hospital ainda acontecem de forma vertical, impositiva e punitiva. Entre as dificuldades de realizar educação em saúde, nesse cenário, estão a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos humanos, o que resulta em ações centradas na oferta de informações relacionadas à doença (8).

Com relação ao final da vida, o hospital se destaca como o ambiente de escolha da pessoa doente e da família, já que elas tendem a se sentir mais confortáveis nessa instituição pela facilidade de acesso a recursos que controlam sinais e sintomas desagradáveis, como a dor, o delírium e a dispnéia, sobretudo quando existem equipes especializadas em cuidados paliativos (9). Os cuidados paliativos são uma abordagem multidisciplinar e holística direcionada às pessoas (adultos e crianças) com doenças que ameaçam à vida e suas famílias (10). Eles não se restringem ao final da vida, mas, como indica a Internacional Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), pessoas nessa etapa do adoecimento tendem a se beneficiar ainda mais dessa abordagem (11).

É importante ressaltar que, neste estudo, considera-se final de vida o período que compreende desde o momento do estabelecimento de prognóstico de uma doença sem possibilidade de cura até a ocorrência do óbito. Esse período pode variar de três a seis meses. Ele se difere da fase ativa de morte, que compreende as últimas horas de vida (12). Apesar disso, tanto a fase ativa de morte quanto o final da vida fazem parte da terminalidade ou do processo de morrer, momento em que ocorre significativa deterioração física, psíquica, social, emocional e espiritual da pessoa acometida por uma doença (13).

Nesse cenário, a equipe de enfermagem deve atuar como educadora com relação aos cuidados com a higiene, com o conforto, com a alimentação e com dispositivos ou pode realizá-los diretamente. Além do mais, é a equipe de enfermagem que realiza o acompanhamento diante das demandas existenciais e contribui para o preparo espiritual diante da finitude. Assim, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem corroboram com o alívio do sofrimento, o que pode melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças que ameaçam a vida e de suas famílias (11).

Este estudo emergiu de atividades extensionistas, baseadas em consultas de enfermagem e orientação às pessoas em final de vida hospitalizadas e suas famílias. Identificou-se, a partir das avaliações de 53 pacientes acompanhados pelo projeto, a necessidade de utilizar ações de educação de modo a facilitar a compreensão dos aspectos que integram os cuidados paliativos, devido ao baixo nível educacional e social e aos sintomas apresentados pelos pacientes acompanhados e seus cuidadores (14). Dessa forma, acredita-se ser relevante conhecer o que profissionais e pesquisadores de diferentes países têm utilizado para facilitar e favorecer o desenvolvimento dessas ações no ambiente hospitalar. Identificar tais ações pode corroborar com o papel educativo e pedagógico de equipes de consultoria em cuidados paliativos e com os profissionais que prestam assistência direta em unidades de internação.

Considerando a necessidade de estratégias educativas capazes de orientar pessoas em final de vida e seus cuidadores, este estudo teve como objetivos identificar ações de educação em saúde direcionadas às pessoas em final da vida e seus cuidadores, informais e formais, no hospital, além de avaliar o nível de evidência de tais ações.

Materiais e método

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura sustentada nas etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (15). A primeira etapa envolve a construção da questão ou das questões de pesquisa. A segunda etapa compreende a busca e a seleção dos estudos. Na terceira etapa, efetua-se a extração dos dados dos artigos. Na quarta etapa, realiza-se a análise crítica dos estudos, a qual pode ser por meio da avaliação do nível de evidência, com formulários padronizados, entre outros. Na quinta etapa, elaboram-se a síntese dos resultados e as recomendações para a prática, indicando-se as limitações do estudo; na sexta etapa, apresenta-se a revisão (15). Destaca-se que foi construído protocolo de revisão pela primeira autora deste estudo, o qual foi avaliado e validado por duas doutoras, *experts* em pesquisa qualitativa.

Assim, seguindo o proposto pelas autoras supracitadas, na primeira etapa, construíram-se as seguintes questões da pesquisa: 1) quais as ações de educação em saúde desenvolvidas internacionalmente por profissionais de saúde a pessoas em final de vida e seus cuidadores, informais e formais, no hospital? e 2) qual o nível de evidência das ações de educação em saúde direcionadas às pessoas em final de vida e seus cuidadores, informais e formais, no hospital? Para formular tais questões, teve-se como base os elementos da estratégia Pico, em que “p” é população/paciente: adultos em final de vida e seus cuidadores; “i” é intervenção: ações de educação em saúde; “c”, comparação: não se aplica; “o”, *outcomes*/desfecho: resultado esperado (12).

O levantamento dos estudos, ou seja, a segunda etapa da revisão, ocorreu entre 1º de dezembro de 2019 e 30 de janeiro de 2020, a partir de descritores indexados como Medical Subject Headings (mesh), nas bases de dados eletrônicas Web of Science (wos), Scopus e Medical Literature and

Retrival System Online (Medline), via PubMed. A wos e a Scopus foram escolhidas por pertencerem à Clarivates e à Elsevier, respectivamente. Essas são instituições que apresentam reputação pelo rigor e pelo controle na indexação de revistas, artigos e produtos na área da saúde. Já a Medline apresenta grande acervo de artigos científicos, contemplando, inclusive, artigos de revistas da América Latina. Além do mais, a Medline integra a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América, um dos países com maior relevância científica no mundo. Por essa razão, a fim de evitar um maior número de repetições dos documentos, e considerando a amplitude e a qualidade dos estudos e das revistas indexados nessas bases, optou-se, no momento da revisão, pelas três. O acesso aos artigos ocorreu via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (mais conhecido pelo acrônimo “Capes”). As estratégias de busca estão descritas no Quadro 1.

A identificação dos estudos foi realizada por três acadêmicas de enfermagem coautoras deste artigo e vinculadas ao projeto de extensão que fomentou o desenvolvimento desta revisão, com supervisão de uma professora doutora com expertise no método (primeira autora do artigo). Cada acadêmica ficou responsável por associar as estratégias de busca a uma base e selecionar os artigos, inicialmente, a partir dos títulos, considerando as questões orientadoras, os objetivos do estudo e os critérios de inclusão e exclusão. A professora fez a revisão de todos os artigos selecionados. Quando houve dúvida e ausência de consenso entre uma acadêmica e a doutora, o terceiro olhar, de uma das acadêmicas, foi solicitado para, finalmente, incluir ou excluir o artigo.

Os critérios de inclusão foram artigos originais (resultados de estudos primários) e artigos de revisão, amostra de estudos composta por pacientes maiores de 19 anos, com doença avançada e/ou em final de vida ou cuidadores ou profissionais de saúde, em português, espanhol, inglês e francês. Não foi estabelecida delimitação temporal. Após a associação dos MESH terms, identificaram-se 2.364 artigos na Medline, 588 na wos e 3.810 na Scopus.

Quadro 1. Estratégias de busca

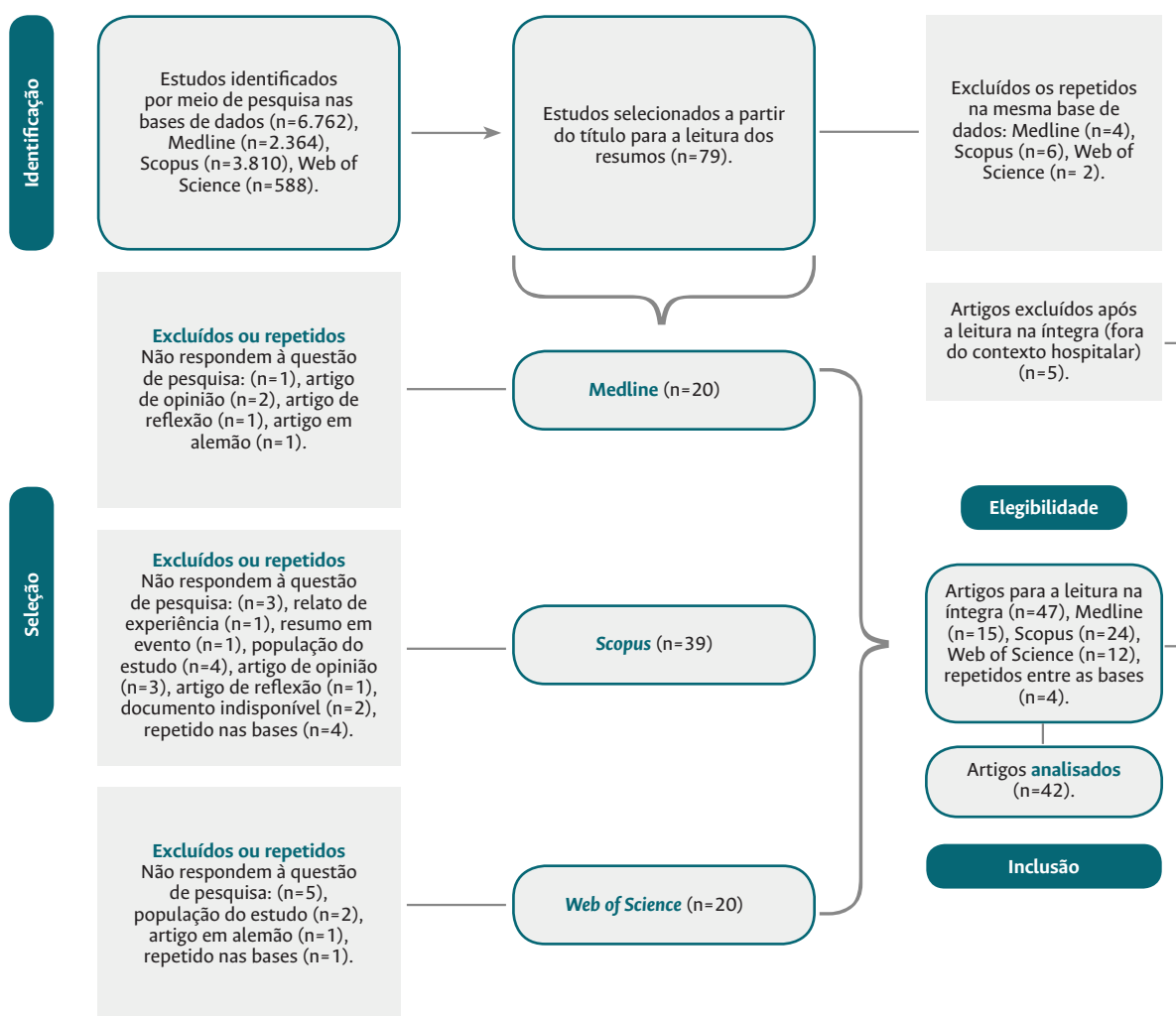
Base de dados	
Medline	(“patient education as topic” [MeSH Terms] OR (“patient” [All Fields] AND “education” [All Fields] AND “topic” [All Fields]) OR “patient education as topic” [All Fields]) AND (“terminal care” [MeSH Terms] OR (“terminal” [All Fields] AND “care” [All Fields]) OR “terminal care” [All Fields]) AND (“patient education as topic” [MeSH Terms] OR (“patient” [All Fields] AND “education” [All Fields] AND “topic” [All Fields]) OR “patient education as topic” [All Fields]) AND (“palliative care” [MeSH Terms] OR (“palliative” [All Fields] AND “care” [All Fields]) OR “palliative care” [All Fields]) AND (“health education” [MeSH Terms] OR (“health” [All Fields] AND “education” [All Fields]) OR “health education” [All Fields]) AND (“terminal care” [MeSH Terms] OR (“terminal” [All Fields] AND “care” [All Fields]) OR “terminal care” [All Fields])) AND (“hospitals” [MeSH Terms] OR “hospitals” [All Fields]) AND (“health education” [MeSH Terms] OR (“health” [All Fields] AND “education” [All Fields]) OR “health education” [All Fields]) AND (“palliative care” [MeSH Terms] OR (“palliative” [All Fields] AND “care” [All Fields]) OR “palliative care” [All Fields])) AND (“hospitals” [MeSH Terms] OR “hospitals” [All Fields])
wos	Tópico: (Patient Education as Topic AND Terminal Care) AND Tópico: (Patient Education as Topic AND Palliative Care) AND Tópico: (Health Education AND Terminal Care AND Hospitals) AND Tópico: (Health Education AND Palliative Care AND Hospitals)
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (patient AND education AND as AND topic) AND TITLE-ABS-KEY (terminal AND care)) AND (TITLE-ABS-KEY (patient AND education AND as AND topic) AND TITLE-ABS-KEY (palliative AND care)) AND (TITLE-ABS-KEY (health AND education) AND TITLE-ABS-KEY (terminal AND care) AND TITLE-ABS-KEY (hospitals)) AND (TITLE-ABS-KEY (health AND education) AND TITLE-ABS-KEY (palliative AND care) AND TITLE-ABS-KEY (hospitals))

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Inicialmente, as revisoras realizaram a leitura independente dos títulos e dos resumos; excluindo-se os duplicados nas mesmas bases de dados, obtiveram-se 20 artigos na Medline, 20 na wos e 39 na Scopus (Figura 1). Nesta etapa, quatro artigos da Medline, seis da Scopus e dois da wos foram mantidos somente uma vez por estarem repetidos na própria base. Posteriormente, quatro estudos foram identificados como repetidos entre as diferentes bases de dados, sendo considerados somente uma vez. Após essa pré-seleção, foi realizada novamente – por duas revisoras (uma acadêmica e a primeira autora do artigo) – a leitura dos mesmos resumos, com ênfase nos objetivos, para estabelecer consenso quanto à inclusão ou à exclusão.

Ao final, 47 estudos foram selecionados para a leitura na íntegra. Destes, após a aplicação dos critérios de inclusão, 42 compuseram o *corpus* de análise da revisão. Quatro artigos foram excluídos por terem sido identificados como trabalhos completos publicados em anais de evento, terem sido realizados no domicílio ou em instituições de longa permanência de idosos.

Figura 1. Diagrama das buscas e da seleção dos estudos



Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Na terceira etapa, extração dos dados, construiu-se uma planilha no programa Excel, na qual foram inseridas as seguintes informações: autores, título, ano, país, revista, objetivos, referencial teórico, desenho metodológico, tipo de amostragem, intervenção, participantes, técnica, organização e análise de coleta de dados, aspectos éticos, fator de impacto das revistas, nível de evidência dos estudos, ações de educação em saúde desenvolvidas, principais conclusões e limitações.

Na quarta etapa, avaliação crítica dos estudos, optou-se por avaliar o nível de evidência, uma das estratégias possíveis nesta etapa (15). Para tal, utilizou-se a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (16). Esse sistema classifica os estudos entre os níveis 1 e 7. A fim de exemplificar, as evidências de nível 1 apresentam maior força de recomendação, por serem oriundas de revisões sistemáticas ou metanálise de ensaios clínicos randomizados. Já as evidências de nível 7 têm menor força de recomendação, por derivarem de opiniões de especialistas ou instituições.

Além disso, a fim de contemplar a quinta e a sexta etapa da revisão, síntese dos resultados e apresentação da revisão, foi realizada a formação de unidades temáticas (17) conforme a similaridade do tema envolvido nas ações de educação em saúde identificadas. Neste estudo, as unidades temáticas foram construídas em planilha do Excel, após a leitura e a releitura do método e dos resultados dos artigos, a partir do entendimento do tema e da proposta de Polit e Beck (17). Tema foi considerado como entidade ou aspecto abstrato comum e relacional nos estudos analisados. A proposta de análise por temas envolve não apenas descobrir aspectos comuns entre participantes, mas também investigar variações, padronização e repetição sobre o aspecto explorado em contextos específicos (17).

Resultados

Os resultados foram organizados a partir de dois grandes temas: caracterização dos estudos e síntese temática (Tabela 1).

Quanto ao tipo de amostragem, nem todos os estudos dispuseram tal informação. Entre os que informaram, evidenciou-se predominância da amostragem intencional (33-35, 49, 52, 56) e da randomizada (29, 38, 39, 48, 50, 54). Igualmente, apenas dois estudos mencionaram o referencial teórico, dos quais um utilizou a fenomenologia (35) e um, o modelo de demência avançada (34). O período das publicações variou entre 1998 e 2019, sendo o ano de 2018 o que apresentou mais estudos (51-58).

Com relação às ações para efetivar a educação em saúde, destacaram-se o uso da avaliação formal e da orientação por meio de consulta, a utilização de CD ou DVD, cartilha, criação de site, elaboração de vídeo, abordagem em grupo, leitura de artigo e intervenções por telefone. No Quadro 2, encontra-se a síntese dos estudos primários. Quanto ao nível de evidência, predominou N6, que corresponde às evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Tabela 1. Características gerais dos estudos

Informação	Total	Referência
Tipo de artigo		
Artigos de revisão	11	18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
Artigos originais	31	29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59
Desenho metodológico		
Quantitativo	18	18, 19, 20, 21, 27, 30, 34, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 48, 53, 54, 55
Qualitativo	18	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 43, 49, 51, 52, 56
Métodos mistos	5	29, 47, 50, 57, 58
Quanti-qualitativo	1	59
Países com mais publicações		
Estados Unidos da América	16	19, 22, 23, 25, 29, 30, 34, 36, 37, 39, 44, 48, 50, 51, 54, 55
Reino Unido	9	18, 21, 26, 31, 33, 35, 38, 49, 58
Austrália	5	32, 43, 46, 52, 57
Canadá	4	24, 40, 41, 45
Revistas com mais publicações		
<i>Palliative Medicine</i> (Sociedade Europeia de Cuidados Paliativos)	8	19, 20, 35, 38, 40, 43, 53, 58
<i>Journal of Pain and Symptom Management</i> (Estados Unidos da América)	5	21, 26, 33, 42, 56
<i>Journal of Palliative Medicine</i> (Estados Unidos da América)	3	34, 47, 54

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Quadro 2. Síntese de estudos primários

Autor	Ação educativa	Objetivo	Principal resultado	Nível de evidência
Desbiens, Wu, Yasui, Lynn, Alzola, Wenger (29)	Consulta para avaliar e educar pacientes com doença avançada sobre o controle da dor, além de encorajá-los a dialogar com o médico sobre o sintoma.	Testar a intervenção (ação educativa) mediada por enfermeiras clínicas para aliviar a dor em um grupo de adultos hospitalizados gravemente enfermos em três hospitais universitários dos Estados Unidos da América.	A educação do paciente para avaliar e controlar a própria dor não demonstrou melhora no sintoma.	N2
Lambing, Markey, Neslund-Dudas, Bricker (30)	Desenvolvimento do CD <i>Completing life (Completing a vida)</i> .	Avaliar o uso do CD entre pacientes diagnosticados com uma doença avançada com relação ao nível de conforto, conteúdo e facilidade no uso de computador.	O CD <i>Completing a vida</i> pode ser usado com pacientes que enfrentam doenças graves ou que limitam a vida como uma ferramenta de recurso adicional para obter informações, incentivando-os a participar na tomada de decisão sobre questões médicas.	N6
Sanders, Seymour, Clarke, Gott, Welton (31)	Desenvolvimento da cartilha educativa.	Desenvolver e avaliar um programa de educação que resultou na elaboração de uma cartilha para auxiliar pessoas idosas a conhecer sobre as opções terapêuticas e os cuidados no final da vida.	Cartilhas podem ser eficazes na educação de pacientes, mas nem todos se sentem confortáveis com os conteúdos abordados.	N6
Street, Swift, Annells, Woodruff, Gliddon, Oakley (32)	Criação do website.	Descrever os benefícios e os desafios de uma abordagem colaborativa que envolveu usuários e especialistas que avaliaram a primeira etapa do desenvolvimento de um site de cuidados paliativos com seções separadas para os profissionais de saúde e para o público em geral. Este site continha informações sobre definições em cuidados paliativos, controle de sintomas, planejamento de cuidados e luto.	Considerar a linguagem, o público-alvo, focar em informações-chave e objetivas, que contemplem preferências do público podem facilitar a adesão ao website.	N6
Harding, Selman, Beynon, Hodson, Coody, Read (33)	Orientações por meio de consulta.	Foram realizadas entrevistas com equipe de cardiologia, equipe de cuidados paliativos, pacientes e famílias em um hospital terciário em Londres. Isto com a finalidade de gerar recomendações para melhorar a forma de abordar informações sobre o final da vida com pacientes e famílias.	Recomenda-se a oferta de informações precoces sobre cuidados paliativos e de maneira objetiva aos pacientes cardiológicos. Indica-se a formação das equipes de cardiologia quanto às noções básicas de cuidados paliativos e a integração e a comunicação com equipes especializadas.	N6
Volandes, Ariza, Abbo, Paasche-Orlow (34)	Elaboração de um vídeo.	Explorar as preferências de cuidados no final da vida de pacientes latinos. Os autores utilizaram o modelo de demência avançada para estudar se as preferências de cuidados estiveram relacionadas ao nível educacional.	Após assistir a um vídeo, as preferências de final de vida dos pacientes latinos foram independentes do nível educacional e mais propensas a cuidados com vistas ao conforto.	N6
Johnson, Nelson (35)	Desenvolvimento da cartilha educativa.	Determinar a aceitabilidade e o entendimento de uma cartilha sobre a reanimação cardiopulmonar para pacientes internados e pacientes ambulatoriais de um hospice.	Cartilha educativa mobiliza pacientes para a tomada de decisão sobre a reanimação cardiopulmonar.	N6

Autor	Ação educativa	Objetivo	Principal resultado	Nível de evidência
Cagle, Kovacs (36)	Orientações por meio de consulta.	Conceituar a educação sobre direitos como uma intervenção fundamental do serviço social.	A educação de paciente e cuidadores pode ocorrer com teorias de sistemas, família e grupo.	N6
Thomas, O'Leary JR, Fried (37)	Orientações por meio de consulta.	Identificar os fatores determinantes das discussões entre médicos e pacientes sobre os cuidados paliativos e o impacto de tais discussões.	A discussão de médicos sobre os cuidados paliativos depende da situação clínica, da expectativa de vida e da previsibilidade do curso da doença.	N6
Capewell, Gregory, Closs, Bennett (38)	Desenvolvimento do DVD e da cartilha educativa.	Desenvolver um DVD educacional e uma cartilha sobre os aspectos que envolvem a dor e o uso de opioides fortes, para pacientes com câncer avançado e dor, testar a viabilidade e avaliar essa intervenção.	Intervenção com DVD e cartilha é viável e eficaz entre 7 e 30 dias de acompanhamento.	N2
Cooke, Gemmill, Grant (39)	Abordagem em grupo.	Aplicar os princípios de conteúdo do Consórcio de educação em enfermagem em fim de vida (<i>End-of-Life Nursing Education Consortium – Elnecc</i>) para adaptar uma sessão de educação com pacientes diante de recidiva após o transplante de células-tronco hematopoiéticas e familiares.	Abordagem em grupo contribui para orientações sobre recidiva da doença hematológica.	N2
Kitamura et al. (40)	Desenvolvimento da cartilha educativa.	Desenvolver e avaliar o impacto de uma cartilha educacional baseado em fatos e histórias, para pacientes com múltiplas metástases cerebrais e cuidadores. A cartilha abordou quatro tópicos: radioterapia, efeitos colaterais do tratamento, redução da dexametasona e cuidados paliativos.	Cartilha pode melhorar a resposta de paciente/cuidador aos efeitos da metástase cerebral na vida cotidiana.	N6
McKim et al. (41)	Abordagem em grupo.	Avaliar um programa de treinamento prático e de sessão única sobre a ventilação mecânica para pacientes com esclerose lateral amiotrófica e cuidadores, em termos de conhecimento, mudança de afeto e determinar se as decisões sobre o ventilador, tomadas após as sessões de educação, predizem aquelas feitas mais tarde na vida.	Experiências lúdicas em grupo ajudam na tomada de decisões sobre a ventilação mecânica em final de vida.	N6
Borreani, Brunelli, Bianchi, Piva, Moro, Miccinesi (42)	Orientações por meio de consulta.	Avaliar entrevistas com médicos e pacientes com câncer avançado sobre a preferência de fim de vida e comparar a viabilidade de cuidados domiciliares com a interface de cuidados paliativos com relação aos cuidados ambulatoriais.	Recomenda-se discutir preferências de fim de vida nas fases iniciais da doença.	N6
Bruge et al. (43)	Abordagem em grupo.	Avaliar a abordagem em grupo com sessões de informações sobre o planejamento avançado de cuidados na perspectiva dos participantes de programas de reabilitação e manutenção pulmonar.	O formato de educação em grupo é bem aceito e percebido como tendo vantagens sobre sessões individuais de orientação.	N6

Autor	Ação educativa	Objetivo	Principal resultado	Nível de evidência
Shaw, Davidson, Smilde, Sondoozi, Agan (44)	Orientação por meio de consulta.	Capacitar equipes multidisciplinares de profissionais de Unidade de terapia intensiva (UTI) na comunicação com as famílias de pacientes com doenças críticas para melhorar a confiança do pessoal na comunicação com as famílias, bem como a satisfação da família com suas experiências na UTI.	Instrumento padronizado melhora a comunicação dos profissionais de saúde.	N6
Borneman <i>et al.</i> (45)	Orientação por meio de consulta.	Testar a eficácia de orientações sobre os cuidados paliativos elaboradas em um plano interdisciplinar, mas ofertadas por enfermeiras aos pacientes com câncer de pulmão e seus familiares.	Orientações de enfermeiras contribuem para o controle de situações esperadas no final da vida (controle de sintomas, sobrecarga do cuidador e preparo para o cuidar).	N6
Thomas, Moore (46)	Desenvolvimento do DVD.	Desenvolver e avaliar um recurso multimídia (DVD) para cuidadores familiares de alguém que recebe cuidados paliativos de acordo com as necessidades de informação e suporte.	O uso do DVD é recomendado durante orientações para cuidadores sobre o papel de um cuidador, os cuidados consigo mesmo, rede social e de apoio, cuidados ofertados por equipes de cuidados paliativos, preparo para o cuidado, decisões em final de vida, busca de apoio.	N6
Hjelmfors, Van Der Wal, Friedrichsen, Mårtensson, Strömberg, Jaarsma (47)	Orientação por meio de consulta.	Explorar com que frequência e por que os enfermeiros especialistas em insuficiência cardíaca em clínicas ambulatoriais discutem prognósticos e cuidados de fim de vida no contexto da educação do paciente.	Apoio psicossocial auxilia na compreensão da doença e no estabelecimento de metas de cuidados a serem desenvolvidas em cada etapa da doença.	N6
El-Jawahri <i>et al.</i> (48)	Apresentação de um vídeo.	Examinar o impacto de um vídeo de apoio à decisão do paciente com insuficiência cardíaca no planejamento de cuidados.	Vídeo é mais esclarecedor que diálogo para abordar reanimação cardiopulmonar.	N2
Farquhar <i>et al.</i> (49)	Orientação por meio de consulta.	Identificar as necessidades educacionais de cuidadores de pacientes com falta de ar devido à doença avançada.	Orientações auxiliam cuidadores familiares a intervir na dispneia.	N6
Kozlov, Reid, Carpenter (50)	Vídeo.	Determinar se o conhecimento de pacientes leigos sobre os cuidados paliativos pode melhorar com um vídeo educativo (que aborda um médico explicando o que são, em que situação são indicados e onde é possível ofertar cuidados paliativos).	Vídeo contribui para difundir os cuidados paliativos.	N2
Kloeppel <i>et al.</i> (51)	Carta de referência.	Avaliar os benefícios da utilização de carta de referência com pacientes com câncer avançado.	Pacientes preferem receber uma carta ou um cartão, por escrito, com informações concisas sobre o plano de tratamento e dados sobre o prognóstico e de contato. Essa carta pode abordar dados clínicos, mas com traduções e linguagem próxima da dos pacientes.	N6

Autor	Ação educativa	Objetivo	Principal resultado	Nível de evidência
Collins, McLachlan, Philip (52)	Orientação por meio de consulta.	Explorar perspectivas de cuidadores acerca da comunicação sobre a morte, o morrer e a introdução aos cuidados paliativos, com vistas a gerar recomendações para o uso na prática clínica.	Cuidadores preferem comunicação simples e sem eufemismo.	N6
Fishman, Greenberg, Bagga, Casarett, Probert (53)	Leitura de artigo.	Testar se o uso dos termos “paliativa”, “de suporte” ou “hospitalar” pode melhorar a disseminação das informações entre pacientes com câncer de mama.	Artigos sobre “cuidados de suporte” são compreensíveis a pacientes oncológicos.	N6
Wells <i>et al.</i> (54)	Intervenção por telefone.	Testar a eficácia de orientações sobre insuficiência cardíaca por telefone, associada a cuidados usuais, comparando com a utilização única de cuidados usuais.	Intervenções por telefone e cuidados específicos em cardiologia auxiliam na tomada de decisões por pacientes com insuficiência cardíaca congestiva e seus cuidadores.	N2
Nguyen, Alexander, Yates (55)	Orientação por meio de consulta e cartilha.	Avaliar a viabilidade de uma intervenção psicoeducativa e um folheto para o tratamento de sintomas, como fadiga, dor e distúrbio do sono; proceder a uma avaliação preliminar do impacto da intervenção em nível individual e dos agregados e da melhoria dos resultados de saúde; avaliar a aceitabilidade da intervenção entre pacientes com câncer.	Abordar a autogestão de sintomas como fadiga, dor e distúrbio do sono; melhorar a qualidade de vida. Estratégias tais como a conservação de energia e atividades de reparação para a gestão de fadiga, higiene do sono para distúrbios do sono e aderência à terapia prescrita para a gestão da dor foram exploradas. Comportamentos de autogestão comum relevantes para todos os sintomas também foram abordados, tais como assegurar o equilíbrio entre exercício e descanso, relaxamento, distração e terapias com a imaginação. Ao mesmo tempo, comportamentos de autogestão, que podem ter impactos negativos (por exemplo, a relutância em tomar analgesia, diminuição da mobilidade ou distúrbio nutricional), foram explorados e discutidos para reduzi-los.	N3
Ansari, Rassouli, Akbari, Abbaszadeh, Sari (56)	Orientação por meio de consulta.	Explorar as necessidades educacionais de cuidados paliativos para pacientes com câncer e seus cuidadores.	Há necessidade de educação sobre os planos de cuidados paliativos tanto para profissionais quanto para pacientes e cuidadores.	N6

Autor	Ação educativa	Objetivo	Principal resultado	Nível de evidência
Forbat, Robinson, Bilton-Simek, Francois, Lewis, Haraldsdottir (57)	Ferramenta de educação a distância.	Desenvolver e testar um pacote educacional inovador a distância (PRECEPT: Palliative Caregivers Education Package). Foram desenvolvidos materiais para compor uma plataforma de acesso online. Os materiais escritos incorporaram breves noções de anatomia/fisiologia, apoio psicológico. O nível da linguagem dos materiais escritos foi o equivalente à compreensão de crianças de 11-12 anos. O módulo de dor apresentou 42 páginas, e o de nutrição e hidratação, 35 páginas. Além de materiais escritos, seis vídeos foram desenvolvidos e abordavam cenários de cuidado. Ilustravam dúvidas práticas de problemas e soluções potenciais. Os vídeos variaram entre 2 e 6 minutos.	Ferramenta de educação a distância facilita o esclarecimento de dúvidas de cuidadores familiares.	N6
Taubert, Norris, Edwards, Snow, Finlay (58)	Desenvolvimento de vídeos e website.	Produzir vídeos e um site para pacientes, cuidadores e profissionais de saúde. Os vídeos foram planejados, roteirizados e produzidos com profissionais de saúde e representantes do paciente/cuidador. Os materiais incentivaram e promoveram a discussão sobre a ressuscitação cardiopulmonar e a ordem de não reanimar em situações de cuidados paliativos.	A compreensão de informações é melhor por vídeo do que por website, especialmente pela dificuldade de acesso e navegação destes últimos.	N6
Korn, Bailey-Scanlan, Ribeiro, Broderick (59)	Orientação por meio de consulta.	Investigar a prática de planejamento de cuidados antecipados em programas de reabilitação pulmonar.	É necessário capacitar profissionais de saúde quanto à comunicação e ao desenvolvimento de planejamento de cuidados.	N6

Fonte: elaboração própria, 2020.

As cinco unidades temáticas construídas foram “Ações para o controle da dor”, “Narrativas sobre o final da vida”, “Planejamento de cuidados”, “Dialogando sobre os cuidados paliativos” e “Comunicação e final de vida”.

Ações para o controle da dor

A dor, sintoma prevalente em cuidados paliativos, teve ênfase nas ações de educação em saúde. Foram abordados a forma de avaliação, o ajuste farmacológico de acordo com a necessidade e a comunicação dos profissionais de saúde com pacientes e familiares (29). Além disso, a importância de esclarecer para pacientes oncológicos sobre opioides, especialmente os fortes, e do registro por escrito das intervenções, das percepções e das avaliações da dor (38). Também, destacou-se a indicação, durante as consultas, do uso de ferramentas tecnológicas para que os pacientes registrem o sintoma, com vistas a aprimorar a avaliação clínica. Dessa forma, a abordagem e o tratamento da dor tornam-se mais eficientes, de maneira menos onerosa e com maior eficiência terapêutica (55).

Narrativas sobre o final da vida

Nesta unidade temática, as narrativas foram construídas sob a forma de site, cartas, livros, vídeos, DVD. A ferramenta *Completing a life (Completando a vida)*, por meio de história de vida e indicação de sites e documentos confiáveis, estimula a participação dos pacientes nas decisões sobre cuidados de saúde, na busca pelo conforto e pelo desenvolvimento espiritual. Além disso, são exploradas trajetórias de vida, a partir de entrevistas, indicando como é possível enfrentar uma doença limitante da vida junto aos cuidadores familiares (30).

A elaboração de cartas foi a base para materiais tipo cartilha (39). A partir disso, foi possível oportunizar aos pacientes uma revisão da vida, transmitir aos filhos, aos cônjuges e aos amigos valores, desejos e agradecimentos que julgassem necessários. Algumas foram lidas nos funerais dos pacientes. Uma semana após o óbito, cada membro da família recebeu uma nota elaborada por uma enfermeira e uma cartilha com informações para auxiliar a família a enfrentar o luto (39).

Narrativas também foram apresentadas em livro. Elas foram relatadas a partir de situações experienciadas por pacientes com metástases cerebrais e tratavam acerca da radioterapia, dos efeitos colaterais do tratamento, da redução de corticosteroide e da inclusão em cuidados paliativos (40). Igualmente, por meio de narrativas de cuidadores familiares, registradas em DVD, relatou-se sobre como se tornaram cuidadores e se adaptaram para cuidar da pessoa em final de vida, além de como enfrentar o óbito e o luto (46).

Planejamento de cuidados

O planejamento de cuidados, conhecido como “*advance care planning*”, promove a oferta de conhecimento sobre a doença, sobre as estratégias de cuidado e as diretivas antecipadas de vontade. Estudos elaboraram cartilhas educativas e websites com informações sobre os aspectos éticos e legais em torno do final da vida, do luto e da reanimação cardiopulmonar (31, 35).

Ações de educação sobre diretivas antecipadas de vontade, trajetória e progressão da demência, além de informações sobre a doença oncológica foram desenvolvidas tendo como educadores médicos e enfermeiros (18, 25, 34, 48, 58). Vídeos tinham como população-alvo pacientes com doenças cardíacas e pacientes com demência avançada (34, 48). Nos vídeos foram apresentadas informações sobre os riscos e os benefícios dos tratamentos, além da descrição de experiências de pessoas que vivenciaram a doença.

A decisão pelo tipo de tratamento ventilatório, podendo ser ventilação invasiva ou ventilação não invasiva, também foi abordada (41, 43). No estudo que utilizou sessão educativa com consulta e atividade prática (41), o componente interativo proporcionou aos participantes ver, examinar e manusear ventiladores, máscaras não invasivas (nasal e facial total) e cânulas de traqueostomia. Dialogar com o médico sobre as preferências em torno dos cuidados e do preparo para a morte também foi abordado através de instrumento com questões direcionadas para a temática (42, 59).

Dialogando sobre os cuidados paliativos

O controle de sintomas, a abordagem ao luto e os cuidados de suporte destacaram-se quanto aos cuidados paliativos (32, 45). Estudo (23) desenvolveu cartilha educativa para esclarecer conceitos de *hospice*, cuidados paliativos e qualidade de vida a pacientes acometidos por doença cardíaca, a fim de difundir essa filosofia de cuidados para além da oncologia.

As práticas integrativas e complementares foram abordadas com vistas ao alívio de sintomas por meio de medidas não farmacológicas (24). Outra forma de divulgação se deu pela criação de vídeos explicativos, em que um profissional *expert* explica os princípios e os fundamentos e responde às principais dúvidas de pacientes sobre cuidados paliativos (50).

Aplicativos para celular voltaram-se para as orientações acerca do controle de sintomas, favorecendo o controle por parte dos pacientes e o acompanhamento pelos profissionais de saúde (54, 45). Orientações por meio de consulta também foram identificadas em hospital no Irã, junto a cuidadores de pacientes com câncer (56).

Comunicação e final de vida

Famílias propuseram a criação de reuniões da família com a equipe para as orientações em relação aos cuidados, uma linha telefônica para o contato direto e/ou um grupo de suporte (28). Instrumentos padronizados como forma de otimizar a comunicação dos profissionais para os familiares de pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (44) e carta de encaminhamento foram utilizados para suprir as necessidades de informação dos pacientes (51).

Estudo (21) apontou que pessoas idosas com doenças crônicas são potencialmente excluídas da comunicação ideal com os profissionais de saúde. Ao se explorarem as perspectivas de comunicação dos cuidadores sobre a morte, morrer e cuidados paliativos, os resultados de outro estudo (52) indicam que, apesar das conhecidas dificuldades e das hesitações de profissionais de saúde em abordar o assunto, há cuidadores que desejam essas conversas.

Em outra pesquisa (53), foram oferecidos artigos aos pacientes sobre os cuidados paliativos, o cuidado de suporte e o cuidado hospitalar, de forma a identificar a preferência deles pela terminologia. A expressão “cuidado de suporte” foi considerada, a partir da sua avaliação, de melhor entendimento. Ferramenta de ensino a distância para cuidadores foi elaborada para superar as deficiências do diálogo face a face (57).

Discussão

Nesta revisão, as ações de educação em saúde que tiveram maior nível de evidência foram as que utilizaram vídeo (48, 50), seguido de orientações por meio de consulta (29, 43), grupo (55), chamada telefônica (52) e DVD associado com material educativo (54). Na unidade temática “Ações para o controle da dor”, entre as três ações identificadas, o uso de DVD sobre os aspectos que envolvem a dor e os opioides fortes, associado à cartilha em que são reforçadas as informações (38), foi a estratégia com o maior nível de evidência (N2). Embora na mesma unidade outro trabalho apresentasse N2 como nível de evidência (29) para a realização de consultas, a atividade não modificou o nível de dor percebido pelos participantes.

Já na unidade “Narrativas sobre o final da vida”, a abordagem em grupo, aplicando princípios de conteúdo do Elnec para pacientes diante de recidiva após o transplante de células-tronco hematopoiéticas e seus familiares (39) teve a maior força de recomendação (N2). Com relação à unidade “Planejamento antecipado de cuidados”, um vídeo sobre a ressuscitação cardiopulmonar, direcionado a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (48) foi a estratégia com maior nível de evidência (N2). A unidade “Dialogando sobre os cuidados paliativos” teve um vídeo com orientações

sobre o que são, quando são indicados e quais serviços podem ofertar cuidados paliativos (50) e intervenções por telefone direcionadas a pacientes com insuficiência cardíaca (54) com maior força de recomendação (N2). E, finalmente, em “Comunicação e final de vida”, todas as estratégias apresentaram nível fraco de recomendação, tendo sido classificadas como N6.

Os estudos classificados como N1 (evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados) apontaram o uso do vídeo com maior possibilidade de modificação dos pacientes com relação aos tratamentos e às decisões sobre cuidados (18) e indicaram que intervenções psicoeducativas para os cuidadores familiares não demonstram efetividade comprovada (20). Também concluíram que a capacitação de profissionais de saúde para o uso de ferramentas que facilitem a comunicação com os pacientes melhora a empatia em ambiente de simulação, mas não tem efetividade comprovada em situações reais (26).

Embora as ações de educação por meio de consulta dialogada e materiais impressos tenham sido identificadas como mais frequentes, nem sempre têm maior significância e impacto na prática clínica, se comparadas ao uso do vídeo. Especialmente as cartilhas e os materiais impressos que, em muitos casos, apresentaram linguagem em desacordo com o nível educacional e o letramento da maioria da população. Assim, o uso de vídeo como ação de educação em saúde, conforme corroboram outros estudos (60, 61), é viável e indicado para o uso no ambiente hospitalar, pois qualifica as discussões sobre os objetivos de cuidados, a tomada de decisões, as atitudes e o humor de pacientes e cuidadores, tendo boa aceitabilidade.

Os países com maior número de publicações, incluindo aquelas com maior impacto científico e para a prática clínica, foram Estados Unidos da América, Reino Unido, Austrália e Canadá. Esses países, historicamente, apresentam os cuidados paliativos reconhecidos, organizados e consolidados nos sistemas de saúde (62). Dessa forma, verifica-se a necessidade de olhar para tais cenários, a fim de traduzir e transladar o conhecimento para países em que a filosofia dos cuidados paliativos ainda é emergente, como nos países latino-americanos.

Quanto ao controle de sintomas, as ações educativas sobre a dor tiveram destaque. As crises de dor são comuns em pessoas em final de vida hospitalizadas e podem ser influenciadas por fatores cognitivos, comportamentais e emocionais (63). Ao encontro dos achados deste estudo, em que foi possível identificar ações que favorecem o registro e o controle da dor (29, 38), na literatura, verifica-se o crescimento no desenvolvimento de ferramentas lúdicas e aplicativos com enfoque no tema. No Brasil, um grupo desenvolveu um jogo de tabuleiro, intitulado “ConhecedOR”. Nesse jogo, são apresentados os caminhos pelos quais transitam os pacientes com doenças musculoesqueléticas ao sentirem dor, desde os fatores que estimulam seu aparecimento e piora a sensação desagradável até a total eliminação e controle do sintoma (64).

Nos Estados Unidos da América, um estudo (65) demonstrou a construção e a validação de uma ferramenta online para o autogerenciamento da dor crônica, denominada “PainTracker”. Essa ferramenta, elaborada com base na Terapia de Aceitação e Compromisso, teve como objetivo conscientizar o paciente sobre as experiências de dor, aumentar a percepção e o conhecimento sobre essa experiência e promover a participação do paciente no controle e no gerenciamento da dor, a partir de atividades em módulos interativos.

Em ambos os estudos supracitados, identificou-se empoderamento dos pacientes e maior participação no autocuidado, especialmente entre aqueles que apresentam melhores condições físicas e

cognitivas. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de explorar alternativas educativas, as quais sejam mais atrativas e compreensivas, como jogos, aplicativos e sites, os quais são de fácil acesso e favorecem a interação e a participação dos pacientes no controle da dor.

Com relação às narrativas de vida para educar pessoas sobre problemas de saúde, verifica-se que tal estratégia se baseia na mobilização de emoções, sentimentos e na identificação com histórias de vida que despertam reconhecimento e pertencimento. Aprender com a experiência do outro foi estratégia identificada em estudo brasileiro (66), que avaliou o modo como a mídia impressa produz um “currículo do final da vida”, ensinando as pessoas sobre os elementos que constituem a “boa morte” na contemporaneidade, ou seja, um final de vida acompanhado sob a filosofia dos cuidados paliativos, que transcorre – inclusive o óbito – preferencialmente no domicílio, junto da família e com sintomas controlados.

O planejamento antecipado de cuidados, outro tema evidenciado no presente estudo, tem tido cada vez mais destaque no que tange à (des)continuidade de tratamentos e/ou abordagens de cuidado. Uma das formas de realizar esse planejamento se dá por meio da elaboração de diretivas antecipadas de cuidado e do testamento vital.

No Brasil, em 2012, a Resolução 1.995 do Conselho Federal de Medicina, regulamentou a elaboração de diretivas antecipadas de vontade. Seu uso no cotidiano dos serviços de saúde ainda é incipiente e muitos profissionais de saúde, pacientes e cuidadores desconhecem sua existência e modo de funcionamento (67). A finalidade desse documento é promover a autonomia dos pacientes com relação às condutas a serem tomadas no final de vida, principalmente quando ele não consegue manifestar seus desejos.

Estudo brasileiro realizado com médicos, enfermeiros e cuidadores (68) concluiu que os principais desafios para a implementação desse documento são a insegurança quanto às implicações jurídicas, a possibilidade de mudança de opinião do paciente quando este estiver vivenciando efetivamente a situação de terminalidade e a cultura de não se falar sobre o final da vida e a morte na sociedade Ocidental.

Assim, mostra-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde sobre os cuidados paliativos e os aspectos inerentes ao final da vida com pacientes e familiares. Com a compreensão e a aceitação dos cuidados paliativos pelo paciente, pode-se aliviar os diferentes tipos de sofrimentos, melhorando a qualidade de vida. A falta de conhecimento dos cuidadores e dos pacientes com relação a essa filosofia de cuidados está atrelada, principalmente, à falta de comunicação com a equipe que aplica os cuidados (69, 70).

Nesse sentido, destaca-se a importância da difusão dos cuidados paliativos, que se tornou ainda mais evidente considerando o cenário decorrente da pandemia causada pelo vírus Sars-cov-2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*). Profissionais de saúde se depararam com incertezas quanto ao tipo de cuidado a ser prestado em cada situação, à falta de infraestrutura e à sobrecarga laboral. Evidenciou-se, dessa forma, a urgente discussão, desenvolvimento e implementação de diretrizes específicas em cuidados paliativos, considerando as faixas etárias, os grupos populacionais e as situações de urgência e emergência (71).

A criação de cartilhas, vídeos e grupos podem ser disseminadores dos cuidados paliativos. Além disso, orientações por meio de consultas ou sala de espera com profissionais de programas consultores é uma forma de potencializar a divulgação dos cuidados paliativos (72). No contexto da pandemia da covid-19, mesmo diante de um cenário de dor e sofrimento, foi possível apreender

a potencialidade do uso de ações educativas mediadas por tecnologias. O uso de dispositivos eletrônicos, vídeos, aplicativos e mesmo as ligações telefônicas foram elementos incorporados aos cuidados em situações agudas e em cuidados paliativos nos serviços de saúde que precisaram se adaptar diante das medidas sanitárias adotadas para minimizar o risco de contágio (73).

Por fim, a comunicação é competência imprescindível aos cuidados em final de vida e aos cuidados paliativos. Assume grande importância por reduzir o grau de ansiedade, propiciando a tomada de decisões e a participação da pessoa. Apesar de haver progresso no contexto da comunicação com familiares e pacientes em final de vida, dificuldades ainda são perceptíveis, especialmente no que se refere à prática e à competência dos profissionais da saúde em informar uma má notícia (74). Tendo em vista a necessidade do suporte através da comunicação, sugere-se que essa temática seja abordada durante os períodos de graduação, pós-graduação e como reforço na prática da educação permanente e continuada no hospital.

Conclusões

Esta revisão identificou ações de educação em saúde realizadas com vídeos, cartilhas, ligações por telefone, websites e orientações por meio de consultas. Os estudos que recorreram a tais recursos apresentaram bons níveis de evidência – especialmente aqueles que utilizaram vídeos – e, conseqüentemente, potencial de recomendação para serem utilizados por profissionais de saúde em serviços hospitalares que acolhem pessoas em final de vida e suas famílias. Ao utilizar esses recursos, é preciso apropriar-se de frases objetivas, atentar ao nível educacional e à linguagem utilizados, além de considerar o contexto sociocultural e o comprometimento cognitivo e psíquico que, nesses casos, deteriora-se progressivamente. Dessa forma, será possível aprimorar a comunicação sobre condutas, favorecer o conhecimento e a aceitação dos cuidados paliativos e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Destaca-se como limitação deste estudo o fato de não terem sido avaliados relatos de experiência, os quais poderiam ter indicado ações desenvolvidas de maneira mais empírica, com menos rigor metodológico, mas que podem ser igualmente efetivas na prática dos cuidados paliativos hospitalares. Recomenda-se a realização de estudos comparativos sobre as ações de educação entre distintas regiões ou no interior dos países, a fim de validar aquelas que mais se adaptam a contextos específicos, além da incorporação de tais ações na formação de estudantes de graduação e pós-graduação de enfermagem e da área da saúde, para o cuidado diante da terminalidade da vida.

Apoio financeiro

O estudo não recebeu apoio financeiro.

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter conflito de interesses.

Referências

- (1) Arнемann CT; Lavich CRP; Terra MG; Mello AL; Raddatz M. Educação em saúde e educação permanente: ações que integram o processo educativo da enfermagem. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32:e24719. <http://doi.org/10.18471/rbe.v32.24719>
- (2) Azevedo AP; Cristino JS; Viana MF; Medeiros FP; Azevedo LS. Educação em saúde para acompanhantes de pacientes internados. *Rev enferm UFPE on line.* 2018;12(4):1168-1173. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230649p1168-1173-2018>
- (3) Captein KM; Simão DAS; Aguiar ANA; Pena ED; Souza RS; Mendoza IYQ. Ações educativas no cotidiano da enfermagem oncológica: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line.* 2017;11(Supl 2):999-1007. <https://bit.ly/3e2QzQE>
- (4) Cetkin HE; Tuna A. How does health education given to lung cancer patients before thoracotomy affect pain, anxiety, and respiratory functions? *J Cancer Educ.* 2019;34:966-972. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1401-1>
- (5) Shah B; Forsythe L; Murray C. Effectiveness of interprofessional care teams on reducing hospital readmissions in patients with heart failure: A systematic review. *Med Surg Nursing.* 2018;27(3):177-185. <http://bit.ly/309aYfs>
- (6) Stamm B; Ponse CEM; Santos KM. A educação em saúde no ambiente hospitalar: relato de experiência sobre prevenção de lesões por pressão. *R. Eletr. de Extensão.* 2019;16(32):133-140. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2019v16n32p133>
- (7) Team V; Bouguettaya A; Richards C; Turnour L; Jones A; Teede H; Weller CD. Patient education materials on pressure injury prevention in hospitals and health services in Victoria, Australia: Availability and content analysis. *Int Wound J.* 2019;17(2):370-379. <https://doi.org/10.1111/iwj.13281>
- (8) Figueira AB; Amestoy SC; Cecagno D; Tristão FS; Trindade LL; Correa VA. Visão do enfermeiro frente à prática da educação em saúde no ambiente hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2013;18(2):310-316. <http://doi.org/10.5380/ce.v18i2.32580>
- (9) Cordeiro FR; Kruse MHL. (End of) Life spaces: An ethnographic study in Brazilian and French homes and medical-social institutions. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20190065. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190065>
- (10) World Health Organization (WHO). Palliative Care for noncommunicable diseases. *Geneva: WHO;* 2020. <https://bit.ly/3aldroN>
- (11) International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). Global Consensus based palliative care definition. *Houston: IAHPC;* 2018. <https://bit.ly/3lnRP1i>
- (12) Hui D; Nooruddin Z; Didwaniya N; Dev R; de La Cruz M; Kim SH et al. Concepts and definitions for "Actively Dying," "End of Life," "Terminally Ill", "Terminal Care", and "Transition of Care": a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47(1):77-89. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021>
- (13) Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer.* 10a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2017.
- (14) Medeiros JB. Caracterização clínica e sociodemográfica de pacientes acompanhados pelo projeto de extensão "A consulta de enfermagem como instrumento de cuidado às pessoas com doenças que ameaçam a vida e suas famílias". Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2020.
- (15) Mendes KS; Silveira RCCP; Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28: e20170204. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0204>
- (16) Melnyk BM; Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editores. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 35-62.
- (17) Polit DF; Cheryl TB. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.* 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- (18) Gysels M; Higginson IJ. Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: Systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Support Care Cancer.* 2007;15(1):7-20. <https://doi.org/10.1007/s00520-006-0112-z>
- (19) Ache KA; Wallace LS. Are end-of-life patient education materials readable? *Palliat Med.* 2009;23(6):545-548. <https://doi.org/10.1177/0269216309106313>
- (20) Schildmann EK; Higginson IJ. Evaluating psycho-educational interventions for informal carers of patients receiving cancer care or palliative care: Strengths and limitations of different study designs. *Palliat Med.* 2011;25(4):345-356. <https://doi.org/10.1177/0269216310389223>
- (21) Barnes S; Gardiner C; Gott M; Payne S; Chady B; Small N et al. Enhancing patient-professional communication about end-of-life issues in life-limiting conditions: A critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage.* 2012;44(6):866-879. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.11.009>
- (22) Zanni G. Locating useful patient brochures and handouts. *Consult Pharm.* 2012;5:366-370. <https://doi.org/10.4140/tcp.n.2012.366>
- (23) Iacovetto MC; Matlock DD; McIlvenna CK; Thompson JS; Bradley W; LaRue SJ et al. Educational resources for patients considering a left ventricular assist device: A cross-sectional review of internet, print, and multimedia materials. *Cir Cardiovasc Qual Outcomes.* 2014;7(6):905-911. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.114.000892>
- (24) Vargas-Schaffer G; Cogan J. Patient therapeutic education: placing the patient at the centre of the WHO analgesic ladder. *Can Fam Physician.* 2014;60(3):235-241. <https://www.cfp.ca/content/60/3/235.long>
- (25) Woollen J; Bakken S. Engaging patients with advance directives using an information visualization approach. *J Gerontol Nurs.* 2015;42(1):16-20. <https://doi.org/10.3928/00989134-20150804-63>
- (26) Selman LE; Brighton LJ; Hawkins A; McDonald C; O'Brien S; Robinson V et al. The effect of communication skills training for generalist palliative care providers on patient-reported outcomes and clinician behaviors: A systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54(3):404-416. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.007>
- (27) Hansberry DR; Agarwal N; John ES; John AM; Agarwal P; Reynolds JC et al. Evaluation of internet-based patient education materials from internal medicine subspecialty organizations: Will patients understand them? *Intern Emerg Med.* 2017;12:535-543. <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1611-2>

- (28) Noordman J; van Vliet L; Kaunang M; van den Muijsenbergh M; Boland G; van Dulmen S. Towards appropriate information provision for and decision-making with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care in Western countries: A scoping review into available communication strategies and tools for healthcare providers. *BMC Palliat Care*. 2019;18:37. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0421-x>
- (29) Desbiens NA; Wu AW; Yasui Y; Lynn J; Alzola C; Wenger NS et al. Patient empowerment and feedback did not decrease pain in seriously ill hospitalized adults. *Pain*. 1998;75(2-3):237-246. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(97\)00225-x](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(97)00225-x)
- (30) Lambing A; Markey CA; Neslund-Dudas CM; Bricker LJ. Completing a life: Comfort level and ease of use of a CD-ROM among seriously ill patients. *Oncol Nurs Forum*. 2007;33(5):999-1006. <https://doi.org/10.1188/06.ONF.999-1006>
- (31) Sanders C; Seymour J; Clarke A; Gott M; Welton M. Development of a peer education programme for advance end-of-life care planning. *Int J Palliat Nurs*. 2006;12(5):216-223. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.5.21174>
- (32) Street AF; Swift K; Anells M; Woodruff R; Gliddon T; Oakley A et al. Developing a web-based information resource for palliative care: An action-research inspired approach. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2007;7:26. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-7-26>
- (33) Harding R; Selman L; Beynon T; Hodson F; Coody E; Read C et al. Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36(2):149-156. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.09.012>
- (34) Volandes AE; Ariza M; Abbo ED; Paasche-Orlow M. Overcoming educational barriers for advance care planning in Latinos with video images. *J Palliat Med*. 2008;11(5):700-706. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0172>
- (35) Johnson HM; Nelson A. The acceptability of an information leaflet explaining cardiopulmonary resuscitation policy in the hospice setting: A qualitative study exploring patients' views. *Palliat Med*. 2008;22(5):647-652. <https://doi.org/10.1177/0269216308088690>
- (36) Cagle JG; Kovacs PJ. Education: A complex and empowering social work intervention at the end of life. *Health Soc Work*. 2009;34(1):17-27. <https://doi.org/10.1093/hsw/34.1.17>
- (37) Thomas JM; O'Leary JR; Fried TR. Understanding their options: Determinants of hospice discussion for older persons with advanced illness. *J Gen Intern Med*. 2009;24:923-928. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1030-9>
- (38) Capewell CMR; Gregory W; Closs SJ; Bennett MI. Brief DVD-based educational intervention for patients with cancer pain: Feasibility study. *Palliat Med*. 2010;24(6):616-622. <https://doi.org/10.1177/0269216310371704>
- (39) Cooke LD; Gemmill R; Grant ML. Creating a palliative educational session for hematopoietic stem cell transplantation recipients at relapse. *Clin J Oncol Nurs*. 2011;15(4):411-417. <https://doi.org/10.1188/11.CJON.411-417>
- (40) Kitamura C; Ng D; Chung A; Bezjak A; Garraway C; McLean M; Nyhof-Young J et al. Development and evaluation of a combined story and fact-based educational booklet for patients with multiple brain metastases and their caregivers. *Palliat Med*. 2011;25(6):642-649. <https://doi.org/10.1177/0269216310395647>
- (41) McKim DA; King J; Walker K; Leblanc C; Timpson D; Wilson KG et al. Formal ventilation patient education for ALS predicts real-life choices. *Amyotroph Lateral Scler*. 2012;13(1):59-65. <https://doi.org/10.3109/17482968.2011.626053>
- (42) Borreani C; Brunelli C; Bianchi E; Piva L; Moro C; Miccinesi G. Talking about end-of-life preferences with advanced cancer patients: Factors influencing feasibility. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(4):739-746. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.05.011>
- (43) Bruge AT; Lee A; Nicholes M; Purcell S; Miller B; Norris N et al. Advance care planning education in pulmonary rehabilitation: A qualitative study exploring participant perspectives. *Palliat Med*. 2013;27(6):508-515. <https://doi.org/10.1177/0269216313478448>
- (44) Shaw DJ; Davidson JE; Smilde RI; Sondoozi T; Agan T. Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42(2):265-271. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a26ea5>
- (45) Borneman T; Sun V; Williamns AC; Fujinami R; del Ferraro C; Burhenn PS et al. Support for patients and family caregivers in lung cancer: Educational components of an interdisciplinary palliative care intervention. *J Hosp Palliat Nurs*. 2015;17(4):309-318. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000165>
- (46) Thomas K; Moore G. The development and evaluation of a multimedia resource for family carers of patients receiving palliative care: A consumer-led project. *Palliat Support Care*. 2015;13(3): 417-423. <https://doi.org/10.1017/S1478951513001090>
- (47) Hjelmfors L; van der Wal MHL; Friedrichsen MJ; Mårtensson J; Strömberg A; Jaarsma T. Patient-Nurse communication about prognosis and end-of-life care. *J Palliat Med*. 2015;18(10):865-871. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0037>
- (48) El-Jawhri A; Paasche-Orlow MK; Matlock D; Stevenson LW; Lewis EF; Stewart G et al. Randomized, controlled trial of an advance care planning video decision support tool for patients with advanced heart failure. *Circulation*. 2016;134(1):52-60. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021937>
- (49) Farquhar M; Penfold C; Benson J; Lovick R; Mahadeva R; Howson S et al. Six key topics informal carers of patients with breathlessness in advanced disease want to learn about and why: MRC phase I study to inform an educational intervention. *PLOS ONE*. 2017;12(5):e0177081. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177081>
- (50) Kozlov E; Reid MC; Carpenter BD. Improving patient knowledge of palliative care: A randomized controlled intervention study. *Patient Educ Couns*. 2017;100(5):1007-1011. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.022>
- (51) Kloepfel EM; Hanaya H; Seilacher E; Schroth S; Liebl P; Keinki C et al. Utility of a referral letter to improve comprehensibility of cancer patients in palliative care: A single-center study. *J Cancer Educ*. 2018;33:487-492. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1062-x>
- (52) Collins A; McLachlan SA; Philip J. How should we talk about palliative care, death and dying? A qualitative study exploring perspectives from caregivers of people with advanced cancer. *Palliat Med*. 2018;32(4):861-869. <https://doi.org/10.1177/0269216317746584>
- (53) Fishman JM; Greenberg P; Bagga MB; Casarett D; Propert K. Increasing information dissemination in cancer communication: Effects of using "palliative", "supportive", or "hospice" care terminology. *J Palliat Med*. 2018;21(6):820-824. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0650>

- (54) Wells R; Stockdill ML; Dionne-Odom JN; Ejem D; Burgio KL; Durant RW *et al.* Educate, nurture, advise, before life ends comprehensive heartcare for patients and caregivers (ENABLE CHF-PC): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19:422. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2770-9>
- (55) Nguyen LT; Alexander K; Yates P. Psychoeducational intervention for symptom management of fatigue, pain, and sleep disturbance cluster among cancer patients: A pilot quasi-experimental study. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(6):1459-1472. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.02.019>
- (56) Ansari M; Rassouli M; Akbari ME; Abbaszadeh A; Sari AA. Educational needs on palliative care for cancer patients in Iran: A SWOT analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2018;6(2):111-124. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5845115/>
- (57) Forbat L; Robinson R; Bilton-Simek R; Francois K; Lewis M; Haraldsdottir E. Distance education methods are useful for delivering education to palliative caregivers: A single-arm trial of an education package (Palliative Caregivers Education Package). *Palliat Med*. 2018;32(2):581-588. <https://doi.org/10.1177/0269216317712849>
- (58) Taubert M; Norris J; Edwards S; Snow V; Finlay IG. Talk CPR - a technology project to improve communication in do not attempt cardiopulmonary resuscitation decisions in palliative illness. *BMC Palliat Care*. 2018;17:118. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0370-9>
- (59) Korn B; Bailey-Scanlan M; Ribeiro LH; Broderick J. Advance care planning education sessions during pulmonary rehabilitation in Ireland. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2019;39(1):8-10. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000349>
- (60) Cruz-Oliver DM; Pacheco-Rueda A; Viera-Ortiz L; Washington KT; Oliver DP. The evidence supporting educational videos for patients and caregivers receiving hospice and palliative care: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020;103(9):1677-1691. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.014>
- (61) Denny MC; Vahidy F; Vu KYT; Sharrief AZ; Savitz SI. Video-based educational intervention associated with improved stroke literacy, self-efficacy, and patient satisfaction. *PLOS ONE*. 2017;12(3):e0171952. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171952>
- (62) The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. London: The Economist Intelligence Unit Limited; 2015. <https://bit.ly/3Bx9M3q>
- (63) Kittelson SM; Elie MC; Pennypacker L. Palliative care symptom management. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2015;27(3):315-339. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.010>
- (64) Valentim JCP; Meziat-Filho NA; Nogueira LC; Reis FJJ. Conhecendo: The development of a board game for modern pain education for patients with musculoskeletal pain. *Br J Pain*. 2019;2(2):166-175. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190030>
- (65) Sullivan M; Langford DJ; Davies PS; Tran C; Vilardaga R; Cheung G *et al.* A controlled pilot trial of paintracker self-manager, a web-based platform combined with patient coaching, to support patients' self-management of chronic pain. *J Pain*. 2018;19(9):996-1005. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.03.009>
- (66) Cordeiro FR; Kruse MHL. A produção do currículo do final da vida por meio do dispositivo pedagógico da mídia. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(55):1193-1205. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0199>
- (67) Cogo SB; Lunardi VL; Quintana AM; Girardon-Perlini NMO; Silveira RS. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1031-1038. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0085>
- (68) Cogo SB; Badke MR; Malheiros LCS; Araújo D; Ilha AG. Concepções médicas e dos cuidadores familiares diante das diretivas antecipadas de vontade. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(34):1-20. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33083>
- (69) Furtado MEMF; Leite DMC. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(63):969-980. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0582>
- (70) Cezar VS; Castilho RK; Reys KZ; Rabin EG; Waterkemper R. Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma proposta de pesquisa-ação. *R Pesq Cuid Fundam Online*. 2019;11(n.esp):324-332. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.324-332>
- (71) Florêncio RS; Cestari VRF; Souza LC; Flor AC; Nogueira VP; Moreira TMM *et al.* Cuidados paliativos no contexto da pandemia de covid-19: desafios e contribuições. *Acta Paul Enferm*. 2020;33: eAPE20200188. <http://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01886>
- (72) Aldridge MD; Hasselaar J; Garralda E; van der Eerden M; Stevenson D; McKendrick K; Centeno C; Meier DE. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliat Med*. 2015;30(3):224-239. <https://doi.org/10.1177/0269216315606645>
- (73) Tavares DH; Gabatz RIB; Cordeiro FR; Laroque MF; Perboni JS. Aplicabilidade da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale na pandemia do novo Coronavírus. *J Nurs Health*. 2020;10(n.esp):e20104037. <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.19942>
- (74) Bastos BR; Fonseca ACG; Pereira AKS; Silva LCS. Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bras Cancerol*. 2016;62(3):263-266. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.342>