

Identificação de competências necessárias aos médicos da Atenção Primária à Saúde para a entrega de cuidados paliativos ao paciente com insuficiência cardíaca

Identification of competencies needed by primary health care physicians to deliver palliative care to patients with heart failure

Identificación de las competencias que necesitan los médicos de atención primaria de salud para brindar cuidados paliativos a pacientes con insuficiencia cardíaca

Leonardo de Andrade Rodrigues Brito^{1,2} , Mariana de Abreu³ 

¹Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.

²Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

³Instituto Bairral de Psiquiatria – Itapira (SP), Brasil.

RESUMO

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) tem prevalência crescente no mundo e já existe maior proporção de pacientes com essa doença necessitando de cuidados paliativos (CP) em relação a outras patologias, como o câncer. Apesar disso, há uma iniquidade na oferta e no reconhecimento da necessidade de CP nos indivíduos com IC. A identificação das competências necessárias para o médico que ofertará esse cuidado é essencial para a melhoria da atenção prestada a esses pacientes. **Objetivo:** Identificar, por meio de revisão da literatura, as competências requeridas aos médicos da atenção primária para oferecer cuidados paliativos aos pacientes com insuficiência cardíaca. **Métodos:** Foi utilizado o acrônimo SPIDER para a construção da pergunta e, com base nela, buscou-se identificar as competências necessárias para médicos da atenção primária à saúde na atuação em CP na IC. As bases buscadas foram *United States National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), usando descritores e suas variações registradas, guiados pela pergunta. Nos estudos primários relevantes localizados pela estratégia de busca também se procurou por mais estudos elegíveis nos artigos citados. **Resultados:** De 127 estudos encontrados, oito foram selecionados para extração de dados e avaliados pela metodologia de síntese temática. A competência mais valente nos trabalhos selecionados foi a de ofertar CP ao paciente com IC em estágio avançado. Outras competências apontadas foram coordenar o cuidado e ofertar cuidado multidisciplinar ao paciente com IC. **Conclusão:** Esta revisão revelou conhecimentos e habilidades requeridos na formação do médico da APS para atingir as principais competências na promoção dos CP ao paciente com IC.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Insuficiência cardíaca; Educação médica; Atenção primária à saúde.

Como citar: Brito LAR, Abreu M. Identificação de competências necessárias aos médicos da Atenção Primária à Saúde para entrega de cuidados paliativos ao paciente com insuficiência cardíaca. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3194. [https://doi.org/10.5712/rbmf17\(44\)3194](https://doi.org/10.5712/rbmf17(44)3194)

Autor correspondente:

Leonardo de Andrade Rodrigues Brito
E-mail: leonardodearbitro@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 23/08/2021.

Aprovado em: 04/08/2022.

Editora Associada:

Maiara Conzatti



ABSTRACT

Introduction: Heart failure (HF) has an increasing prevalence in the world and there is already a greater proportion of patients with this disease in need of palliative care (PC) in relation to other pathologies, such as cancer. Despite this, there is an inequity in the provision and recognition of the need for PC in individuals with HF. The identification of the necessary competencies for the physician who will offer this care is essential for improving the care provided to these patients. **Objective:** To identify, through a literature review, the necessary competencies to primary care physicians to provide care to patients with heart failure. **Methods:** The acronym SPIDER was used to construct the question and, based on it, we sought to identify the necessary skills for primary health care physicians to work in PC in HF. The bases searched were PubMed, SciELO, Lilacs, and Medline, using descriptors and their registered variations, guided by the question. In the relevant primary studies identified by the search strategy, more eligible studies were also searched in their cited articles. **Results:** Of 127 identified studies, 8 were selected for data extraction and evaluated by the thematic synthesis methodology. The most prevalent competence in the selected studies was to offer PC to patients with advanced stage HF. Other competencies pointed out were coordinating care and offering multidisciplinary care to patients with HF. **Conclusions:** This review evidenced the knowledge and skills required in the training of the PHC physician to achieve the main competencies in the promotion of PC to patients with HF.

Keywords: Palliative care; Heart failure; Medical education; Primary health care.

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) tiene una prevalencia creciente en el mundo y ya existe una mayor proporción de pacientes con esta enfermedad que necesitan cuidados paliativos (CP) en relación con otras patologías, como el cáncer. A pesar de eso, existe una inequidad en la provisión y reconocimiento de la necesidad de CP en individuos con IC y la identificación de las habilidades necesarias del médico que ofrecerá esa atención es fundamental para mejorar la atención brindada a esos pacientes. **Objetivo:** Identificar, a través de una revisión de la literatura, las competencias requeridas por los médicos de atención primaria para brindar atención a pacientes con insuficiencia cardíaca. **Métodos:** Se utilizó la sigla SPIDER para construir la pregunta y, con base en ella, se buscó identificar las competencias necesarias para que los médicos de atención primaria de salud actúen en CP en IC. Las bases buscadas fueron PubMed, SciELO, Lilacs y Medline utilizando descriptores y sus variaciones registradas, guiados por la pregunta. En los estudios primarios relevantes identificados por la estrategia de búsqueda, también se buscaron estudios más elegibles en los artículos citados. **Resultados:** De los 127 estudios identificados, 8 fueron seleccionados para la extracción de datos y evaluados por la metodología de síntesis temática. La competencia más prevalente en los estudios seleccionados fue ofrecer CP a pacientes con IC en estadio avanzado. Otras competencias señaladas fueron coordinar la atención y ofrecer atención multidisciplinaria a los pacientes con IC. **Conclusiones:** Esta revisión evidenció los conocimientos y habilidades requeridas en la formación del médico de AP para alcanzar las principales competencias en la promoción de CP a pacientes con IC.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Insuficiencia cardíaca; Educación médica; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre as principais causas de morte nos países pobres e em desenvolvimento, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Os principais fatores que contribuem para isso são o envelhecimento da população, a urbanização rápida e não planejada e a globalização do estilo de vida pouco saudável.^{1,2} Entre essas doenças crônicas, tem lugar destacado a insuficiência cardíaca (IC), que afeta mais de 26 milhões de pessoas no mundo e é o estágio final da maioria das doenças crônicas do aparelho cardiovascular.¹⁻³ Sua prevalência crescente é devida, entre outros motivos, ao avanço nos tratamentos de condições cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio, com aumento da sobrevivência dos pacientes, e à maior prevalência de doenças como hipertensão arterial e diabetes.^{2,3} O envelhecimento da população, somado ao consequente aumento da prevalência de DCNT, faz com que os cuidados paliativos (CP) estejam cada vez mais incorporados na prática médica.⁴ Estima-se que, da população que necessita de CP, os pacientes com doenças do aparelho cardiovascular correspondam a 38,47% do total, enquanto os pacientes com câncer correspondam a 34,01% do total.⁵ Além da maior proporção, os pacientes com IC apresentam grande demanda com relação aos cuidados paliativos, frequentemente por período mais prolongado que os pacientes com câncer. Entretanto, ainda há inequidade na oferta e no reconhecimento da necessidade dos CP na IC.⁶ Os resultados de dois estudos clínicos randomizados

recentes (CASA e PAL-HF)^{7,8} indicam a importância dos CP na IC para a melhoria da qualidade de vida, da depressão, da fadiga, do bem-estar espiritual e a redução da ansiedade nos pacientes. O Médico de Família e Comunidade (MFC) tem a função essencial, definida pelo currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC),⁹ de reconhecer as necessidades dos pacientes com doenças crônicas, incluindo IC, que precisam de CP. Outras referências consideram também que os médicos da atenção primária devem acompanhar seus pacientes na trajetória da doença, podendo atuar no alívio de sintomas físicos e emocionais, assim como auxiliar precocemente no estabelecimento de planos de cuidado e diretivas antecipadas de vontade em conjunto com os pacientes e suas famílias, além de manejar situações de terminalidade.¹⁰ O médico de família tem habilidades importantes para o manejo de doenças crônicas e está inserido em um cenário que oferece maior acessibilidade ao paciente e é o primeiro contato com o sistema de saúde. Além de esse profissional ter como princípios centrais a longitudinalidade do cuidado e a coordenação da linha de cuidado, ele possui competências para a avaliação dos impactos da doença em cada indivíduo e a experiência que o indivíduo tem com a dor, assim como aprofundada avaliação de sua rede familiar e social, por meio de ferramentas como o método clínico centrado na pessoa.^{11,12} Embora parte dos médicos da atenção primária à saúde (APS) se sintam pouco preparados para a realização dos CP no paciente com IC, a maioria, incluindo referências brasileiras, reconhece que esses cuidados são de sua responsabilidade.¹³⁻¹⁵ Considerando-se o princípio da integralidade do cuidado, o reconhecimento e o fortalecimento dos CP no contexto da IC no cenário da APS é de grande relevância.¹⁶

O objetivo desta revisão é identificar na literatura as competências,¹⁷ o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que servirão de guia para a prática do MFC em CP, buscando a melhoria da qualidade da atenção integral prestada ao paciente com IC e de forma que se possa orientar o ensino dessas competências nos currículos da graduação em Medicina e da residência de Medicina de Família e Comunidade.

MÉTODOS

Foi usado para formulação da pergunta do estudo o acrônimo SPIDER, indicado para revisões qualitativas. O significado desse acrônimo é: amostra ou população avaliada (do inglês *sample*), fenômeno de interesse (do inglês *phenomenon of interest*), desenho do estudo (do inglês *design*), avaliações ou desfechos (do inglês *evaluation*) e tipos de pesquisa incluídas (do inglês *research type*). Originalmente, a metodologia para a formulação de perguntas SPIDER permite a inclusão de estudos de metodologia qualitativa e metodologia mista.¹⁸ A população avaliada foi de médicos atuantes na APS. O fenômeno de interesse foram as competências avaliadas como necessárias para oferecer CP ao indivíduo que vive com IC, no cenário da APS. Não foi estabelecido critério para desenho de estudo analisado e foram incluídas pesquisas qualitativas e de metodologia mista. Como objeto de avaliação, considerou-se a indicação de competências, habilidades, conhecimentos e atitudes recomendados nos estudos.

As bases buscadas foram *United States National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), usando descritores e suas variações registradas, guiados pela pergunta (Anexo 1). Nos estudos primários relevantes identificados pela estratégia de busca, procurou-se por mais estudos elegíveis nos artigos citados. Os idiomas incluídos foram português, inglês e espanhol. Não foi definido limite inicial de data e o limite final foi 27 de janeiro de 2022.

Foram considerados nos critérios de inclusão pesquisas que tratavam de médicos atuantes na atenção primária não especialistas em CP ou cardiologia. Foram consideradas as recomendações de competências

para a oferta de CP na APS aos pacientes com IC. Incluíram-se também, para compor as competências, dados de autoavaliação de médicos incluídos nos estudos qualitativos com relação a pontos fracos, potencialidades e necessidades no tema. Nos trabalhos que abordaram dados de médicos da APS e de médicos especialistas, foi feita análise separada e inclusão apenas dos dados dos primeiros. Excluíram-se os estudos realizados em hospitais e ambulatórios especializados. Não foram discriminados o desenho do estudo nem o tipo de pesquisa para a inclusão.

A seleção foi feita por dois revisores independentes, usando a ferramenta Rayyan® para a seleção em revisões, e foram incluídos os concordantes. Os dados foram extraídos de maneira independente pelos revisores e posteriormente discutidos. As informações extraídas foram debatidas entre os dois revisores para a realização da síntese. A metodologia de escolha para síntese neste estudo foi a síntese temática.

RESULTADOS

Foram identificados 127 artigos com o uso do mecanismo de busca, restando 125 após a remoção de duplicatas. Foram selecionados 67 trabalhos para a leitura do resumo e, deles, selecionaram-se 16 para a leitura na íntegra. Ao fim, oito artigos foram incluídos para compor a revisão. O fluxograma de seleção dos textos incluídos está ilustrado na Figura 1.

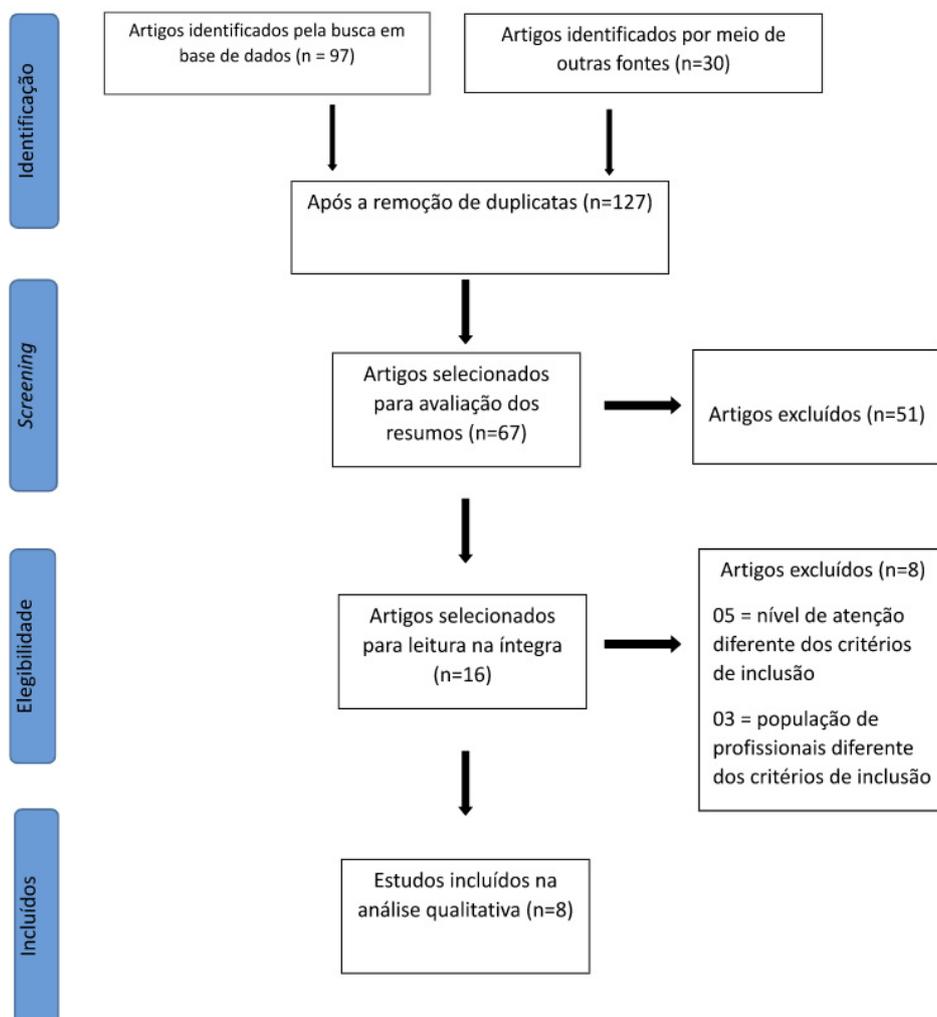


Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos incluídos na revisão.

Dos estudos incluídos, dois eram pesquisas clínicas qualitativas,^{13,16} um era um *guideline* de recomendações,¹⁹ um era revisão integrativa,²⁰ um era revisão de literatura,²¹ dois eram revisões sistemáticas qualitativas^{22,24} e um era a descrição de módulo de curso.²³ As características de cada trabalho incluído individualmente, assim como as informações nucleares extraídas, são relatadas no Quadro 1.^{13,16,19-24}

Quadro 1. Características dos estudos incluídos.

Estudo	Metodologia	Número de participantes	Extração de informações
Dunlay et al. ¹³	Pesquisa clínica qualitativa multicêntrica	95	Autorrelato dos participantes incluídos sobre as práticas de CP na IC, potencialidades, pontos fracos e necessidades no tema.
Allen et al. ¹⁹	Posicionamento científico da Associação Americana de Cardiologia	-	Processo de tomada de decisão nos CP na IC; compartilhamento de decisões; compreensão do prognóstico.
Crimmins et al. ²⁰	Revisão integrativa da literatura	-	Exploração das principais barreiras para CP na IC no contexto da APS: dificuldades de comunicação, conceitos inadequados sobre a doença e CP, dificuldade no manejo do tempo, trajetória imprevisível da doença, pouco suporte de especialistas.
Gelfman et al. ²¹	Revisão de literatura	-	Discussão de domínios necessários para a entrega de CP primários aos pacientes com IC e seus familiares baseado em discussão de casos; proposição de modelos de treinamento para CP primários na IC.
Oishi e Murtagh ²²	Revisão sistemática	326	Papéis dos profissionais de saúde nos CP primários no contexto de doenças crônicas incluindo IC; barreiras e expectativas identificadas pelos médicos para implementação dos CP na APS.
Zehm et al. ²³	Descrição de módulo de curso	46	Descrição de aspectos importantes nos CP na IC (fazer prognóstico, comunicação adequada, plano avançado de cuidados).
Schichtel et al. ²⁴	Revisão sistemática com síntese qualitativa	264	Conhecimentos, habilidades, barreiras e facilidades percebidas pelos profissionais de saúde para oferta de CP na IC.
Schichtel et al. ¹⁶	Pesquisa clínica qualitativa	24	Dados qualitativos obtidos de entrevistas que exploravam a autoavaliação de barreiras, potencialidades e de como melhorar a oferta de CP na IC na APS.

CP: cuidados paliativos; IC: insuficiência cardíaca; APS: atenção primária à saúde.

Após a discussão sobre os dados obtidos dos estudos selecionados, confeccionou-se o Quadro 2^{13,16,19-24} com as competências, em sua integralidade, que foram identificadas em cada estudo incluído na revisão.

DISCUSSÃO

O conceito de competências mais utilizado na literatura de educação médica é o de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que pode ser medido e avaliado.¹⁷ Parte dos currículos médicos atualmente é baseada em competências, como o da SBMFC, de 2015.⁹ Esse currículo afirma que uma competência essencial ao médico de família seria a de reconhecer e manejar situações

Quadro 2. Competências identificadas nos estudos selecionados para a oferta de cuidados paliativos aos pacientes com insuficiência cardíaca pelo médico da Atenção Primária à Saúde.

Referência	Competências	Habilidades	Conhecimentos	Atitudes
Dunlay et al. ¹³	Ofertar CP ao paciente com IC avançada e prognóstico reservado.	Discutir planos de cuidados com paciente e sua família.	Saber avaliar prognóstico do paciente com IC; saber quando abordar o paciente com IC quanto à CP.	-
Allen et al. ¹⁹	Ofertar cuidado paliativo ao paciente com IC avançada e prognóstico reservado.	Reavaliação anual da funcionalidade e prognóstico do paciente com IC anual.	Conhecer a fisiopatologia da IC, tratamentos e intervenções; saber realizar a avaliação de prognóstico da IC.	-
Crimmins et al. ²⁰	Ofertar CP ao paciente com IC avançada e com prognóstico reservado.	Ser capaz de se comunicar com pacientes e familiares sobre proposta de CP; utilizar ferramentas de avaliação para encaminhar ao especialista em CP.	Saber quando indicar CP na IC; saber a evolução da IC.	-
Gelfman et al. ²¹	Ofertar CP ao paciente com IC avançada e prognóstico reservado; ofertar coordenação do cuidado ao paciente com IC grave.	Realizar diretrizes antecipadas de vontade com paciente e família; ser capaz de encaminhar adequadamente para CP especializado; ser capaz de manejar sintomas como dispneia, ansiedade, depressão e fadiga; ser capaz de avaliar a necessidade de suporte psicossocial.	Saber sobre o prognóstico da IC; compreender o que são cuidados paliativos.	-
Oishi e Murtagh ²²	Ofertar coordenação do cuidado ao paciente com IC grave.	Ser capaz de realizar trabalho multiprofissional.	Saber o prognóstico da IC.	-
Zehm et al. ²³	Ofertar CP ao paciente com IC e sua família.	Ser capaz de se comunicar com pacientes e familiares sobre proposta de CP.	Saber o prognóstico da IC.	-
Schichtel et al. ²⁴	Ofertar CP ao paciente com IC grave de forma multidisciplinar.	Ser capaz de identificar o quanto o paciente deseja saber sobre seu prognóstico; ser capaz de envolver o paciente na tomada de decisões compartilhadas.	Saber sobre fisiopatologia e farmacoterapia da doença.	-
Schichtel et al. ¹⁶	Ofertar CP ao paciente com IC avançada.	Ser capaz de iniciar e conduzir conversas sobre prognóstico, plano de cuidados e final de vida; ser capaz de realizar decisões compartilhadas.	Conhecer a fisiopatologia e prognóstico da IC; compreender o que são CP.	-

CP: cuidados paliativos; IC: insuficiência cardíaca; APS: atenção primária à saúde.

terminais de doenças crônicas como a IC. Apesar disso, não há definição de quais as competências, em sua integralidade, são esperadas do médico de família ao lidar com os pacientes com IC que têm necessidade de CP.

Os artigos avaliados neste estudo apontam uma competência em comum, que é a capacidade de oferecer CP ao paciente com IC em estágio avançado.^{13,16,19-24} Para compor essa competência, são elencados diferentes conhecimentos e habilidades. Entre os conhecimentos necessários, foram identificados: saber avaliar adequadamente o prognóstico do paciente com IC,^{13,19,21-23} saber abordar precocemente o tema de CP com o paciente com IC,^{13,20} conhecer a fisiopatologia, evolução da doença, tratamentos e intervenções sintomáticas na IC^{16,19,20,24} e compreender o que são CP.^{16,21} Entre as habilidades necessárias, é citada a capacidade de acessar o quanto o paciente deseja saber sobre seu prognóstico e saber se comunicar de maneira efetiva com os pacientes e seus familiares sobre o início dos CP, sobre diretivas antecipadas de vontade e sobre planos e metas no cuidado, baseando-se em decisões compartilhadas.^{16,20,21,24} Além disso, outras habilidades identificadas foram conseguir manejar sintomas como dispneia, ansiedade, depressão e fadiga na atenção primária²¹ e saber utilizar ferramentas de avaliação da necessidade de encaminhamento para especialista em CP, bem como realizar esses encaminhamentos de maneira adequada e oportuna.^{20,21} A habilidade de avaliar o suporte psicossocial e familiar dos pacientes também foi considerada importante para atingir a competência de oferecer CP ao paciente com IC.²¹

Outras competências foram identificadas, como a capacidade de realizar a coordenação do cuidado do paciente com IC grave^{21,22} e oferecer atenção de forma multidisciplinar.²⁴ Com base nessas diferentes competências, foram elencadas também outras habilidades como saber se comunicar e trabalhar com a equipe multiprofissional e ser capaz de se atualizar sobre o cuidado do paciente por meio do contato com diferentes níveis do cuidado em que ele está inserido.^{21,22,24} Notou-se que, entre os estudos avaliados, não houve referência às atitudes, que dizem respeito a valores e crenças que podem ser aprendidas e que influenciam no comportamento e nas reações do profissional,²⁵ compondo também, em conjunto com conhecimentos e habilidades, a formação de uma competência. Em grande parte dos currículos médicos há, de forma geral, maior valorização dos conhecimentos a serem transmitidos e aprendidos e pouca ênfase nas competências em sua forma completa e, principalmente, pouco destaque às atitudes. Essa falha pode ser justificada pela crença equivocada de que as atitudes não poderiam ser ensinadas.²⁶

Os autores propõem, com base na análise e discussão dos artigos incluídos na revisão, competências a serem incorporadas ao currículo da Medicina de Família e Comunidade acerca da oferta de CP aos pacientes com IC. Essa proposta é ilustrada no Quadro 3. O currículo da SBMFC⁹ traz como competência essencial, de forma ampla, saber manejar situações terminais de doenças crônicas. Os autores sugerem contribuições mais específicas para compor o currículo, dando maior clareza aos CP que devem ser prestados ao paciente com IC. Os autores julgam que essas competências deveriam ser incorporadas como essenciais, de acordo com o modelo do currículo da SBMFC,⁹ considerando-se que essa enfermidade tem alta prevalência e grande demanda de CP no contexto da APS.

Limitações

Esta pesquisa apresenta limitações, entre elas a inclusão apenas de trabalhos internacionais que não necessariamente refletem a realidade da atenção primária e da rede de cuidado ao paciente com IC no Brasil. Além disso, muitos dos estudos avaliados não traziam explicitamente as competências esperadas do médico da atenção primária para suprir as necessidades de CP aos pacientes com IC, e a identificação de quais seriam essas competências, habilidades e conhecimentos foi realizada pela avaliação dos autores e pode estar sujeita a vieses.

Quadro 3. Competências essenciais em cuidados paliativos no paciente com insuficiência cardíaca.

Competências	Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
Ofertar os cuidados paliativos ao paciente com insuficiência cardíaca avançada.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o prognóstico do paciente com IC adequadamente. - Saber abordar o tema de cuidados paliativos com o paciente com IC precocemente. - Conhecer a fisiopatologia, evolução da doença, tratamentos e intervenções sintomáticas na IC. - Compreender o que são cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acessar o quanto o paciente deseja saber sobre seu prognóstico. - Saber se comunicar de maneira efetiva com os pacientes e seus familiares sobre o início dos cuidados paliativos, sobre diretivas antecipadas de vontade e sobre planos e metas no cuidado, baseando-se em decisões compartilhadas. - Manejar sintomas como dispneia, ansiedade, depressão e fadiga na atenção primária. - Saber utilizar ferramentas de avaliação da necessidade de encaminhamento para especialista em cuidados paliativos e realizar esses encaminhamentos de maneira adequada e oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar disponível à escuta empática do paciente e dos familiares. - Respeitar e não julgar as decisões dos pacientes e familiares. - Estar aberto ao diálogo, respeitando as crenças e valores do paciente e dos familiares. - Utilizar linguagem acessível de acordo com o contexto sociocultural. - Saber lidar emocionalmente com a morte do outro.
Coordenar o cuidado do paciente com insuficiência cardíaca.	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os equipamentos da rede de atenção à saúde em que está inserido para oferecê-los adequadamente ao paciente. - Conhecer o papel dos médicos especialistas em cuidados paliativos e cardiologia no cuidado ao paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de se atualizar sobre o cuidado do paciente pelo contato com diferentes níveis de cuidado em que ele está inserido. - Ser capaz de centralizar o cuidado do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar aberto ao diálogo com especialistas de outras áreas, mantendo o respeito, e promover trocas construtivas. - Comunicar-se de forma clara com outros profissionais da saúde.
Ofertar cuidado multidisciplinar ao paciente com insuficiência cardíaca.	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender o papel dos profissionais de saúde que participarão do cuidado do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Saber se comunicar e trabalhar com a equipe multiprofissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar aberto ao diálogo com outros profissionais, mantendo o respeito e promovendo trocas. - Interesse e respeito pelo trabalho da equipe multiprofissional.

IC: insuficiência cardíaca.

CONCLUSÃO

As principais competências identificadas neste estudo são: ofertar os CP ao paciente com IC avançada, coordenar seu cuidado e ofertar cuidado multidisciplinar. Notou-se que entre os estudos não foram relatadas atitudes, que, somadas aos conhecimentos e habilidades, formam uma competência, o que aponta um possível déficit no ensino integral das competências destacadas nesta revisão.

Este trabalho revelou conhecimentos e habilidades requeridos na formação do médico da APS para atingir as principais competências na promoção dos CP ao paciente com IC e sugeriu atitudes para compor essas competências.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LARB: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Validação, Visualização. **MA:** Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization. NCDs at a glance. Noncommunicable disease mortality and risk factor prevalence in the Americas. Washington: PAHO; 2019.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Switzerland: World Health Organization; 2014.
3. Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure. *Card Fail* ver 2017;3(1):7-11. <https://doi.org/10.15420/cfr.2016:25:2>
4. Jacob G. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2014.
5. McIlvennan CK, Allen LA. Palliative care in patients with heart failure *BMJ* 2016;353:i1010. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1010>
6. Gadoud A, Kane E, Macleod U, Ansell P, Oliver S, Johnson M. Palliative care among heart failure patients in primary care: a comparison to cancer patients using English family practice data. *PLoS One* 2014;9(11):e113188. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113188>
7. Bekelman DB, Allen LA, McBryde CF, Hattler B, Fairclough DL, Havranek EP, et al. Effect of a collaborative care intervention vs usual care on health status of patients with chronic heart failure. *JAMA Intern Med* 2018;178(4):511-9. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.8667>
8. Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M, et al. Palliative care in heart failure: the PAL-HF randomized, controlled clinical trial. *J Am Coll Cardiol* 2017;70(3):331-41. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.030>
9. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade; 2015.
10. Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ, et al. Palliative care in heart failure: rationale, evidence, and future priorities. *J Am Coll Cardiol* 2017;70(15):1919-30. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.08.036>
11. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam, Freeman TR, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. Porto Alegre. Artmed, 2017.
12. Freeman TR, Lopes JMC, Curra LCD, Islabão AG, Burmeister AT. Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney. 4ª ed. Porto Alegre. Artmed; 2018.
13. Dunlay SM, Foxen JL, Cole T, Feely MA, Loth AR, Strand JJ, et al. A survey of clinician attitudes and self-reported practices regarding end-of-life care in heart failure. *Palliat Med* 2015;29(3):260-7. <https://doi.org/10.1177/0269216314556565>
14. Shah AB, Morrissey RP, Baraghoush A, Bharadwaj P, Phan A, Hamilton M, et al. Failing the failing heart: a review of palliative care in heart failure. *Rev Cardiovasc Med*. 2013;14(1):41-8. <https://doi.org/10.3909/ricm0635>
15. Mattos CW, Derech RD. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020;15(42):2094. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2094)
16. Schichtel M, MacArtney JI, Wee B, Boylan AM. Implementing advance care planning in heart failure: a qualitative study of primary healthcare professionals. *Br J Gen Pract* 2021;71(708):e550-e560. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0973>
17. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach* 2010;32(8):638-45. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>
18. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res* 2012;22(10):1435-43. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
19. Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, Goldstein NE, Matlock DD, Arnold RM, et al. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125(15):1928-52. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31824f2173>
20. Crimmins RM, Elliott L, Absher DT. Palliative care in a death-denying culture: exploring barriers to timely palliative efforts for heart failure patients in the primary care setting. *Am J Hosp Palliat Care* 2021;38(1):77-83. <https://doi.org/10.1177/1049909120920545>
21. Gelfman LP, Kavalieratos D, Teuteberg WG, Lala A, Goldstein NE. Primary palliative care for heart failure: what is it? How do we implement it? *Heart Fail Rev* 2017;22(5):611-20. <https://doi.org/10.1007/s10741-017-9604-9>
22. Oishi A, Murtagh FEM. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med* 2014;28(9):1081-98. <https://doi.org/10.1177/0269216314531999>

23. Zehm A, Lindvall C, Parks K, Schaefer KG, Chittenden E. Prognosis, communication, and advance care planning in heart failure: a module for students, residents, fellows, and practicing clinicians. *MedEdPORTAL* 2017;13:10596. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10596
24. Schichtel M, Wee B, MacArtney JI, Collins S. Clinician barriers and facilitators to heart failure advance care plans: a systematic literature review and qualitative evidence synthesis. *BMJ Support Palliat Care* 2019;bmjpcare-2018-001747. <https://doi.org/10.1136/bmjpcare-2018-001747>
25. Dent AD, Harden RM, Hunt D, Hodges BD. *A practical guide for medical teachers*, 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
26. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. *Competency-based medical education: theory to practice*. *Med Teach* 2010;32(8):638-45. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>

Anexo 1 - Mecanismo de busca

PUBMED:

#1 “Physicians, Primary Care”[Mesh] OR “Primary Health Care”[Mesh] OR “General Practice”[Mesh]
OR “General Practitioners”[Mesh]

#2 “Palliative Care”[Mesh] OR “Palliative Medicine”[Mesh]

#3 “Heart Failure”[Mesh]

#1 AND #2 AND #3

BVS:

#1 MH Primary health care N04.590.233.727 or SP2.001.002 or SP2.122.107 or SP4.002.130;
MH Physician Primary care: M01.526.485.810.800 or N02.360.810.795; MH General Practitioners:
M01.526.485.810.485 or N02.360.810.485; MH General Practice: H02.403.340

#2 MH Palliative care: E02.760.666 or N02.421.585.666; MH Palliative medicina: H02.403.645

#3: MH Heart Failure: C14.280.434; MH heart failure diastolic: C14.280.434.611; MH Heart Failure
systolic: C14.280.434.676

#1 AND #2 AND #3