

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mary Cristina Hernandez Xavier

Propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia em Cuidados Paliativos  
(SEPC-BR) entre profissionais da saúde

São Carlos, SP

2023



Mary Cristina Hernandez Xavier

Propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia em Cuidados Paliativos  
(SEPC-BR) entre profissionais da saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias do cuidado e educação em saúde

Orientadora: Profa. Dra. Aline H. Appoloni Eduardo

São Carlos, SP

2023



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

### Relatório de Defesa de Dissertação

**Candidata: Mary Cristina Hernandez Xavier**

Aos 01/03/2023, às 14:00, realizou-se na Universidade Federal de São Carlos, nas formas e termos do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a defesa de dissertação de mestrado sob o título: Propriedades Psicométricas da Escala de Auto Eficácia em Cuidados Paliativos (SEPC-Br) entre profissionais da saúde, apresentada pela candidata Mary Cristina Hernandez Xavier. Ao final dos trabalhos, a banca examinadora reuniu-se em sessão reservada para o julgamento, tendo os membros chegado ao seguinte resultado:

Participantes da Banca	Função	Instituição	Resultado	Resultado Final
Profa. Dra. Aline Helena Appoloni Eduardo	Presidente	UFSCar	<u>Aprovada</u>	
Profa. Dra. Angelica Martins de Souza Gonçalves	Titular	UFSCar	<u>Aprovada</u>	<u>Aprovada</u>
Profa. Dra. Ariane Polidoro Dini	Titular	UNICAMP	<u>Aprovada</u>	

#### Parecer da Comissão Julgadora\*:

A temática é relevante para a assistência de Enfermagem e saúde de pessoas em Cuidados Paliativos, a candidata apresentou o trabalho de forma pertinente e segura, foi capaz de responder os questionamentos da banca na arguição. Ao final a banca recomendou aprovação

Encerrada a sessão reservada, o presidente informou ao público presente o resultado. Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada e, para constar, eu, Tiago Silva Corrêa, representante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei o presente relatório, assinado por mim e pelos membros da banca examinadora.

Profa. Dra. Aline Helena Appoloni Eduardo

Representante do PPG: Tiago Silva Corrêa

Profa. Dra. Angelica Martins de Souza Gonçalves

Profa. Dra. Ariane Polidoro Dini

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Angelica Martins de Souza Gonçalves, Ariane Polidoro Dini e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ao) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Documento assinado digitalmente  
ALINE HELENA APOLONI EDUARDO  
Data: 22/03/2023 12:19:27-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Aline Helena Appoloni Eduardo

( X ) Não houve alteração no título ( ) Houve alteração no título. O novo título passa a ser:

#### Observações:

- a) Se o candidato for reprovado por algum dos membros, o preenchimento do parecer é obrigatório.  
b) Para gozar dos direitos do título de Mestre ou Doutor em Enfermagem, o candidato ainda precisa ter sua dissertação ou tese homologada pelo Conselho de Pós-Graduação da UFSCar.

*Ao meu falecido pai, cujos cuidados paliativos me ensinaram sobre a vida.*

## AGRADECIMENTOS

Durante este período, recebi apoio de diversas partes, às quais dedico meus agradecimentos:

**À minha mãe e meu padrasto**, que participaram do processo, sempre me encorajando a continuar seguindo em direção aos meus sonhos, desde o início da minha vida.

**À minha orientadora**, Aline Helena Appoloni Eduardo, que fomentou minha paixão pela pesquisa desde a graduação e manteve este interesse vivo e crescente desde então, com ensinamentos constantes e incrível paciência e doçura ao ensinar.

**Ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**, que foi de suma importância para a pesquisa obter resultados a partir de sua divulgação.

**À Universidade Federal de São Carlos**, minha “morada” acadêmica desde o ano de 2014, onde me formei como profissional e pessoa, e pela qual nutro imenso afeto e gratidão.

**Aos pacientes que**, em minha prática profissional, em especial como trabalhadora do Sistema Único de Saúde e linha de frente durante a pandemia de COVID-19 na terapia intensiva e no pronto atendimento, mostraram-me a necessidade e a importância do saber em Cuidados Paliativos.

**Aos meus gatos**, que me acompanharam durante toda esta trajetória me proporcionando uma companhia inigualável nos momentos de escrita e durante a vida.

**Aos meus amigos**, colegas de faculdade e de trabalho, e afetos que me acompanharam durante esses anos, agradeço o incentivo ao meu crescimento profissional e acadêmico.

Por fim, deixo um agradecimento especial *in memoriam* **ao meu falecido pai**. Sua curta batalha contra um câncer, acompanhada de cuidados paliativos, foram a principal motivação da escolha da temática desta dissertação. Tendo em vista a impossibilidade de cuidá-lo como gostaria de ter feito na época, optei por estudar a temática e, se possível, futuramente ensiná-la para que outros possam fazer o que eu não pude. Obrigada por proporcionar esta transformação da minha visão perante a finitude e a morte.

“Se ao paciente é suficiente uma palavra, não ofereça discursos

Se só lhe for necessário um gesto, esqueça-se das palavras

Se ele só lhe pedir um olhar, omita o gesto

E se lhe basta o silêncio, feche os seus olhos e reze com ele e por ele...” (Padre Martin Puerto)

## RESUMO

XAVIER, Mary Cristina Hernandez. Propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia em Cuidados Paliativos (SEPC-BR) entre profissionais da saúde. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023.

**Introdução:** A transição demográfica e epidemiológica dos últimos anos trouxeram a necessidade de adaptação do sistema de saúde a novas demandas, e cuidados paliativos (CP) se mostram como uma alternativa para atender pacientes acometidos por doenças ameaçadoras da vida em sua integralidade, visando sua qualidade de vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Uma das barreiras para o estabelecimento de cuidados paliativos é a falta de educação específica, segundo órgãos especializados. Medidas que exploram aspectos como a competência e conhecimento em CP são imprescindíveis para propor estratégias de formação na área, permitindo a auto avaliação profissional acerca das suas competências. A escala brasileira de auto eficácia em cuidados paliativos (SEPC-BR) busca avaliar a auto eficácia dos estudantes e sua perspectiva relacionada à prática dos CP, sendo traduzida e validada para o português brasileiro em 2020 com estudantes de medicina. O interesse deste estudo foi de explorar suas propriedades psicométricas para que ela possa ser estendida para a equipe multidisciplinar, dado que os CP têm dentre suas premissas a abordagem interprofissional.

**Objetivos:** analisar as propriedades psicométricas da Escala de Auto eficácia em Cuidados Paliativos, versão brasileira, entre profissionais da saúde; avaliar a validade do construto convergente da SEPC-Br correlacionando com os resultados obtidos pela Escala de Necessidades Educacionais de Profissionais de Saúde de Cuidados Paliativos (ESPC-Br); avaliar a validade de construto por análise fatorial confirmatória; avaliar a confiabilidade da SEPC-Br verificando a consistência interna pelo alfa de Cronbach. **Método:** Estudo metodológico, realizado de forma não presencial em ambiente virtual, com 167 profissionais da saúde de diversas áreas. Foram aplicados três formulários, sendo um para caracterização dos participantes, a SEPC-Br e a ESPC-Br. Os dados foram organizados no Excel e processados pelo software estatístico SPSS. Foi realizada estatística descritiva, análise da fidedignidade pelo alfa de Cronbach, validade de construto convergente por meio da análise de correlação de Spearman entre as medidas obtidas pela SEPC-Br e ESPC-Br. **Resultados:** Foram obtidas 181 respostas no formulário, sendo 167 válidas para análise. A maioria (90,4%) dos participantes se declarou formado em enfermagem, as suas idades variaram de 18 a 65 anos, com média de 41,4 anos. 88% declararam não terem formação específica em CP. O escore médio da escala

SEPC-Br foi de 1374,30 e desvio-padrão de 612,84; para a EPCS-Br a média foi de 72,2 e desvio-padrão de 23,7. O Alfa de Cronbach total a SEPC-Br foi de 0,97. A validade convergente da SEPC-Br confirmou a hipótese no estudo, de que as medidas da SEPC-Br e da EPCS-Br eram correlacionadas de moderada a forte intensidade, os coeficientes de correlação entre as escalas variaram de 0,640 a 0,419 ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** A SEPC-BR apresentou altos resultados de fidedignidade e validade de constructo entre os profissionais de saúde investigados neste estudo, mostrando-se adequada para aplicação com a equipe multiprofissional

**Palavras-chave:**

Cuidados paliativos. Práticas interdisciplinares. Autoeficácia. Estudo de validação. Enfermagem.

## ABSTRACT

XAVIER, Mary Cristina Hernandez. Psychometric Properties of Self-Efficacy Palliative Care Scale – Brazilian Version (SEPC-BR) among healthcare workers. 2023. Thesis (Master's Degree in Health Sciences) – Federal University of São Carlos, São Carlos, 2023

**Introduction:** The demographic and epidemiological transition of recent years has brought the need to adapt the health system to new demands, and palliative care (PC) is an alternative for treating patients affected by life-threatening illnesses in their entirety, aiming at their quality of life through the prevention and relief of suffering. One of the barriers to establishing palliative care is the lack of specific education, according to specialized bodies. Measures that explore aspects such as competence and knowledge in CP are essential to propose training strategies in the area, allowing professional self-assessment of their skills. The Brazilian self-efficacy scale in palliative care (SEPC-BR) seeks to assess students' self-efficacy and their perspective related to the practice of PC, being translated and validated into Brazilian Portuguese in 2020 with medical students. The interest of this study was to explore its psychometric properties so that it can be extended to the multidisciplinary team, given that PC has an interprofessional approach among its premises. **Objectives:** to analyze the psychometric properties of the Palliative Care Self-Efficacy Scale, the Brazilian version, among health professionals; evaluate the validity of the SEPC-Br convergent construct by correlating with the results obtained by the Palliative Care Health Professionals Educational Needs Scale (EPC-Br); evaluate construct validity by confirmatory factor analysis; evaluate the reliability of the SEPC-Br by checking internal consistency using Cronbach's alpha. **Method:** Methodological study, carried out non-face-to-face in a virtual environment, with 167 health professionals from different areas. Three forms were applied, one for characterizing the participants, the SEPC-Br, and the EPC-Br. The data were organized in Excel and processed by SPSS statistical software. Descriptive statistics, reliability analysis using Cronbach's alpha, and convergent construct validity using Spearman's correlation analysis were performed between the measurements obtained by SEPC-Br and EPC-Br. **Results:** 181 responses were obtained on the form, 167 of which were valid for analysis. The majority (90.4%) of participants declared themselves trained in nursing, their ages ranged from 18 to 65 years old, with an average of 41.4 years old. 88% declared that they did not have specific training in CP. The mean SEPC-Br scale score was 1374.30 and the standard deviation was 612.84; for EPCS-Br the average was 72.2 and the standard deviation was 23.7. The total Cronbach's Alpha for SEPC-Br was 0.97. The convergent validity of the SEPC-Br

confirmed the hypothesis in the study, that the SEPC-Br and EPCS-Br measures were correlated from moderate to strong intensity, and the correlation coefficients between the scales ranged from 0.640 to 0.419 ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** The SEPC-BR presented high reliability and construct validity results among the health professionals investigated in this study, proving to be suitable for application with the multidisciplinary team.

**Keywords:**

Palliative care. Interdisciplinary Placement. Self Efficacy. Validation Study. Nursing.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Resultados das pesquisas nas bases de dados em saúde acerca de autoeficácia e cuidados paliativos.....	30
TABELA 2 - Valores mínimos, máximos, de média e desvio padrão por item da SEPC-Br. São Carlos, 2022 (n=167) .....	43
TABELA 3 - Média por item da EPCS-Br. São Carlos, 2022 (n=167)	45
TABELA 4 - Resultados da análise da consistência interna da SEPC-Br e da EPCS-Br. São Carlos, SP (n=167) .....	48
TABELA 5 - Resultados do teste de correlações não paramétricas (Rô de Spearman) entre a SEPC-BR e a EPCS-Br. São Carlos, SP (n=167) .....	49
TABELA 6 - Distribuição dos resultados dos índices de ajuste utilizados para a AFC da SEPC-Br e os respectivos valores de referência. São Carlos, SP. (n=167) .....	49
TABELA 7 - Matriz de covariância residual entre os itens da SEPC-Br. São Carlos, SP. (n=167) .....	51
TABELA 8 - Distribuição das cargas fatoriais dos itens da SEPC-Br. São Carlos, SP. (n=167) .....	54
TABELA 9 - Distribuição da proporção da variância explicada e da variância residual dos itens nos respectivos domínios da SEPC-Br. São Carlos, SP. (n=167) .....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AE</b>	Autoeficácia
<b>ANCP</b>	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
<b>CM</b>	Comunicação (domínio da SEPC-Br)
<b>CP</b>	Cuidados paliativos
<b>EPCS</b>	Escala de Necessidades Educacionais de Profissionais de Saúde de Cuidados Paliativos
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PM</b>	Manejo do paciente (domínio da SEPC-Br)
<b>SEPC</b>	<i>Self-efficacy in Palliative Care</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TM</b>	Trabalho Multiprofissional (Domínio da SEPC-Br)
<b>TSC</b>	Teoria Social Cognitiva
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>
<b>WHPCA</b>	<i>Worldwide Hospice Palliative Care Alliance</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>19</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>20</b>
3.1 HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	20
3.2 PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS E DA EDUCAÇÃO NA TEMÁTICA .	21
3.3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM CP .....	23
3.4 EPIDEMIOLOGIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL E NO MUNDO.....	25
3.5 TEORIA SOCIAL COGNITIVA .....	27
3.6 AUTO EFICÁCIA E AUTO EFICÁCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	28
<b>3.6.1 Estado da Arte na Pesquisa de Autoeficácia e Cuidados Paliativos</b>	<b>30</b>
3.7 A ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS ( <i>SELF-EFFICACY IN PALLIATIVE CARE – SEPC</i> ).....	31
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>33</b>
4.1 OBJETIVO GERAL .....	33
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	33
<b>5 MÉTODO</b>	<b>34</b>
5.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	34
5.1.1 Avaliação das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos	34
<b>5.1.2 Confiabilidade</b>	<b>35</b>
<b>5.1.3 Validade</b>	<b>36</b>
5.2 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA SEPC-BR .....	36
<b>5.2.1 Delineamento do Estudo</b>	<b>36</b>
<b>5.2.2 Local do Estudo e Recrutamento dos Participantes</b>	<b>37</b>
<b>5.2.3 População e Amostra do Estudo</b>	<b>37</b>
<b>5.2.4 Procedimentos para Coleta de Dados</b>	<b>38</b>
5.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
5.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	40
<b>6 RESULTADOS</b>	<b>42</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	42

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS (SEPC-BR).....	43
6.3 CARACTERIZAÇÃO DA ESCALA DE NECESSIDADES EDUCACIONAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE CUIDADOS PALIATIVOS (EPSC-BR).....	45
6.4 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA SEPC-BR .....	48
<b>7 DISCUSSÃO</b>	<b>57</b>
7.1 LIMITAÇÕES .....	60
7.2 CONTRIBUIÇÕES.....	60
<b>8 CONCLUSÕES</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>68</b>
Apêndice A. Texto utilizado para realizar o convite do estudo nas redes sociais e recrutamento dos participantes .....	68
Apêndice B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	69
Apêndice C. Formulário de caracterização dos participantes do estudo.....	73
<b>ANEXO</b>	<b>75</b>
Anexo I. Escala de Auto Eficácia em Cuidados Paliativos (SEPC-Br).....	75
I. Escala de Necessidades Educacionais de Profissionais de Saúde de Cuidados Paliativos	76

## 1 INTRODUÇÃO

As principais doenças que acometem a população sofreram mudanças nos últimos anos, passando de maior prevalência de doenças infecciosas e parasitárias para doenças crônicas e degenerativas, sendo necessária uma importante adaptação do sistema de saúde a essa nova demanda (Oliveira, 2019). Patologias que em outras épocas eram mortais deixaram de ser mediante o avanço tecnológico do século XX, e o aumento da longevidade daqueles acometidos por elas acompanhou essa evolução. Todavia, junto a essa mudança de quadro, vieram mais intervenções com métodos invasivos, ignorando o sofrimento do doente, em especial a sua dor, e sintomas importantes deixaram de ser tratados em prol da cura (ANCP, 2012).

Neste panorama os cuidados paliativos (CP) surgem como uma forma inovadora de assistência à saúde, melhorando a qualidade de vida de pacientes adultos e pediátricos e suas famílias defrontados por uma doença ameaçadora da vida, com enfoque no alívio de sofrimento espiritual, físico e social (WHPCA, 2020). A prática foi idealizada por Cicely Saunders na década de 1960, no Reino Unido, e levada à América por Elizabeth Kübler-Ross, disseminando-se a partir de 1975 em diversos países. Sua primeira definição pela Organização Mundial da Saúde (OMS ou WHO, da sigla em inglês) foi em 1990 e era focada nos portadores de câncer, visando sua assistência integral; em 2002 o conceito foi revisto e passaram a ser incluídas doenças cardíacas, renais, degenerativas, neurológicas e também a AIDS (Gomes; Othero, 2016). Atualmente, a definição dos Cuidados Paliativos pela OMS é a seguinte:

[...] abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam problemas relacionados a doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce e avaliação e tratamento corretos da dor e outros problemas, sejam físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2021).

Pacientes recebendo cuidados paliativos têm direito de escolha de seus tratamentos e também podem receber tratamentos curativos ou intervenções juntamente ao tratamento paliativo. Profissionais de CP devem monitorar sintomas e aconselhar o paciente caso tratamentos curativos possam aumentar o sofrimento, permitindo que exista um direito de escolha informada de acordo com a progressão ou recuo da doença (WHPCA, 2020).

Em 2014, durante a 67<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde promovida pela OMS, foi publicada a resolução WHA67.19: “Fortalecendo os Cuidados Paliativos como componente de cuidado compreensivo durante o curso de vida”. Neste documento, foi reafirmado que a falta de conhecimento sobre CP é perpetuadora de sofrimento e sintomas tratáveis, além da ênfase

na importância da educação continuada e treinamento adequados para vários níveis de atenção à saúde, seja para profissionais ou outros cuidadores (WHO, 2014).

Já em 2018, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 41 pelo Ministério da Saúde, que estrutura a assistência em CP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que CP devem ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde e também apresenta alguns de seus objetivos, que incluem a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde, bem como a oferta de educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS (Ministério da Saúde, 2018).

Apesar de estarem previstos em políticas públicas, como supracitado, o Brasil tem oferta de serviços de saúde desigual, sendo desafiadora a expansão de serviços a nível nacional, em especial pela dimensão territorial e diversidade do país. Os profissionais de saúde ainda tendem a associar os CP aos cuidados prestados na fase final de vida, destacando-se os cuidados prestados a pacientes oncológicos, vistos erroneamente como candidatos exclusivos a esse tipo de cuidado, já que os CP visam a qualidade de vida mediante doenças sem perspectiva de cura, não somente a qualidade de vida de pacientes com câncer. Um exemplo disso é a aplicação de CP em casos de pacientes com comorbidades que sofrem de sobrecarga de sintomas diversos e que são beneficiados pelo estabelecimento de CP. Assim sendo, a oferta de CP acaba por ser excessivamente adiada, acontecendo no momento em que a doença já está avançada ou o paciente já se encontra no final de sua vida (Almeida *et. al.*, 2019).

A fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2005, no Brasil, permitiu o avanço de estudos na área e divulgação da temática, além da regularização do profissional paliativista no país, estabelecimento de critérios de qualidade para serviços de CP e extensão da discussão acerca do assunto para Ministérios da Saúde, da Educação, Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira, resultando em duas resoluções para regulação da atividade médica nesta área. A ANCP prevê aumento de demanda por serviços de CP e especialistas nos próximos anos, e também reforça a questão da oferta insuficiente de CP no Brasil e necessidade de regularização em forma de lei (ANCP, 2022).

Costa, Poles e Silva (2016) desenvolveram estudo descritivo de abordagem qualitativa com o objetivo de conhecer a experiência dos estudantes de medicina e enfermagem no atendimento aos pacientes em cuidados paliativos. Estudantes desses cursos foram entrevistados e foram feitas perguntas como “Quais são as suas dificuldades enfrentadas por você no atendimento aos pacientes em CP?”, “Como tem sido a sua formação com relação aos CP?”, “O que você acha que deveria ser aprimorado na sua formação em CP?”. A partir destas

entrevistas foi observado: a percepção de que cuidados paliativos iniciam quando “não se tem mais o que fazer pelo paciente”, influência do estado emocional do paciente no cuidador, abordagem insuficiente da grade curricular dos cursos de medicina em enfermagem e importância da interdisciplinaridade para o bem-estar do paciente (Costa; Poles; Silva; 2016)

Há importante fragilidade formativa relacionada aos cuidados paliativos em diversos cursos de graduação, o que vai no mesmo sentido do crescimento da demanda por esse tipo de cuidado pela população (Volpin *et. al.*, 2022). Dentre os desafios para a implementação do ensino em cursos da área da saúde estão a falta de especialização do corpo docente, resistência a mudanças, burocracia e falta de recursos para o investimento no ensino (Ibid., 2022).

A formação profissional e a experiência aproximam os profissionais da saúde da oferta de CP de qualidade, desta forma permitem que sejam capazes em captar as verdadeiras necessidades do paciente, identificando-as verbal ou não verbalmente, e, para isso, esse profissional deve entender o motivo de fazer cuidados paliativos, transacionando sua prática de curativismo e intervencionismo (Franco *et. al.*, 2017).

Rapanos, Oliveira e Ferreira (2020) realizaram estudo transversal qualitativo e descritivo, com 29 acadêmicos do curso de graduação em enfermagem, todos com experiência técnica, a fim de evidenciar percepções assistenciais sobre CP nessa amostra. Foram observadas dificuldades dos acadêmicos em relação ao entendimento do conceito de cuidados paliativos proposto pela OMS, sendo lidos de forma genérica como busca pelo conforto pela maioria em detrimento do entendimento da melhora de qualidade de vida. Não obstante, entende-se o “conforto” em cuidados paliativos relacionado aos procedimentos técnicos, tornando a problemática de volta ao modelo biomédico de assistência, em que a cura é o foco. O ensino prestado aos acadêmicos no estudo não necessariamente abriu espaços para a reflexão acerca da morte e do morrer, conforme evidenciado em outros estudos citados nesta dissertação.

Existe uma relação sólida entre competência, conhecimento e resultados dos cuidados ofertados pelos profissionais, o conhecimento e competência do profissional sobre os CP influenciam na sua percepção em cuidar dos pacientes gravemente enfermos (Davis *et. al.*, 2020). Portanto, o estabelecimento de medidas que explorem estes aspectos, pela perspectiva do profissional, é importante, para propor estratégias de formação em CP e possibilitar a auto avaliação do profissional acerca das suas competências.

A Autoeficácia (AE) é um conceito construído por Bandura, sendo sua primeira citação em 1977, e, segundo o autor, se refere à “crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado desejado” (Bandura, 1977). Ela tem princípio no conjunto de experiências pessoais do sujeito e representa

suas expectativas em relação a uma tarefa a ser realizada, sendo capaz de aferir até que ponto a pessoa em questão acredita ser capaz de alcançar um objetivo específico, sem relação com a capacidade de outrem de alcançarem ou não este mesmo objetivo (Neves; Faria, 2009).

Quando se fala sobre mudança de comportamento, “autoeficácia” e “expectativa de resultado” são conceitos centrais. A AE corresponde ao conhecimento, habilidades, experiência prévia e observação do desempenho alheio, enquanto a expectativa de resultado se trata da percepção do próprio desempenho e como ele se relaciona com o valor que esse desempenho específico tem para aquela pessoa. Quanto mais alta a AE e expectativa de resultado, mais alta é a chance de mudanças de comportamento relacionadas ao assunto (Artino, 2012; Gryscek *et. al.*, 2020; Mason; Ellershaw, 2004).

A escala de Autoeficácia em Cuidados Paliativos (SEPC-Br, sigla do nome em inglês *Self-Efficacy in Palliative Care*) foi desenvolvida para avaliar a autoeficácia de estudantes e suas expectativas de resultado, composta por 23 itens distribuídos em três categorias: comunicação efetiva com o paciente e sua família, avaliação e manejo dos sintomas e necessidades do paciente, e trabalho multiprofissional (Gryscek *et. al.*, 2020; Mason; Ellershaw, 2004). Ela foi traduzida para o português brasileiro e validada no Brasil por Gryscek *et. al.* em julho de 2017, com estudantes de medicina, apresentando boas propriedades psicométricas na amostra estudada.

O ensino adequado deve ser capaz de fortalecer a confiança do indivíduo nas suas habilidades para chegar a um objetivo específico (AE) e enfatizar a importância do desenvolvimento daquele comportamento específico (expectativa de resultado). Quando se trata do ensino em saúde, os educadores da área podem usar o conceito de AE para melhorar o seu *feedback* e moldar seu ensino às necessidades dos estudantes (Artino, 2012; Gryscek *et. al.*, 2020; Mason; Ellershaw, 2004).

Ainda no âmbito da educação para profissionais de saúde, é possível utilizar escalas para que sejam mensuradas as necessidades educacionais desses profissionais, como, por exemplo, a *End-of-Life Professional Caregiver Survey* (EPCS) (Garcia *et. al.*, 2019) ou Escala de Necessidades Educacionais de Profissionais de Saúde de Cuidados Paliativos. Ela foi originalmente desenvolvida e validada em inglês e utilizada no contexto norte-americano, identificando quais necessidades educacionais os profissionais de cuidados paliativos identificavam em sua atuação (Lazenby *et. al.*, 2012). É composta por 28 itens em três fatores: comunicação centrada no paciente e família, valores culturais e éticos, e cuidado efetivo ao paciente. O escore total é calculado por soma simples, com pontuação máxima possível de 112, sendo que valores mais altos são proporcionais ao nível de conhecimento (Ibid., 2012). Em

estudo, Garcia *et. al.* traduziram adaptaram a EPCS ao território brasileiro, sendo confiável e válida para investigação do nível educacional de profissionais da equipe multidisciplinar que trabalham com cuidados paliativos (Garcia *et. al.*, 2019).

Tendo em vista que a autoeficácia pode ser útil para o *feedback* e ensino dos estudantes da área da saúde, este estudo se propõe analisar a correlação entre auto eficácia com as necessidades educacionais dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional, sejam eles trabalhadores específicos da área de CP ou não.

## 2 JUSTIFICATIVA

É possível inferir que o ensino da prática em cuidados paliativos é socialmente relevante para os profissionais e pacientes que recebem este tipo de assistência. Para a avaliação da efetividade desse ensino são necessários instrumentos de avaliação válidos e confiáveis que providenciem medidas das fraquezas e fortalezas do ensino em cuidados paliativos. Em contraste com o que se imagina, a avaliação do ensino relacionado aos cuidados paliativos não se trata somente de medir quanto o estudante sabe sobre o assunto, mas também sua competência em cuidados paliativos, que está diretamente relacionada ao desenvolvimento de atitudes e comportamentos alinhados à necessidade dos pacientes (Gryschek *et. al.*, 2020).

De forma complementar, instrumentos voltados a avaliação de aspectos que compreendem o entorno do conhecimento e autoeficácia sobre os cuidados paliativos são relevantes para os estudos de intervenção com foco no ensino e avaliação de profissionais para a realização de cuidados paliativos.

Considerando que os cuidados paliativos têm dentre suas premissas a abordagem interprofissional e, que a AE é uma medida que reflete a adequação do preparo profissional para cuidados paliativos, conhecimento, competência e expectativa de resultados, este estudo justifica-se, por contribuir com a análise de AE dos profissionais de saúde para realizar o CP, por meio de um instrumento de medida desse constructo.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O termo “cuidados paliativos” tem como origem o latim *pallium*, que significa “manto, proteção”, buscando acolher pacientes em situações que a medicina curativa já não atende mais. Os cuidados paliativos nascem com o movimento *hospice* ou *assistência hospice*, que determina uma filosofia de cuidado, acolhimento e hospitalidade. Mesmo na antiguidade existem indícios de locais focados em priorizar o alívio do sofrimento acima da busca pela cura. Inicialmente eram lugares estabelecidos por caridade e dirigidos por religiosos, porém com a expansão do movimento esses estabelecimentos foram tomando mais características de ambientes hospitalares, mantendo a ideia inicial de acolher, cuidar e tratar de doentes ditos moribundos, permitindo-lhes vivenciar dignidade na vida e na morte. Atualmente os *hospices* podem ser definidos como instituições de média complexidade com enfoque em cuidados paliativos (Alves *et. al.*, 2019).

Cicely Saunders, enfermeira, médica e assistente social, foi a principal responsável pela estruturação dos CP na década de 1960, a partir da sua relação com David Tasma, um judeu refugiado diagnosticado com câncer de reto inoperável. Saunders se inspirou em sua relação com Tasma, que passou do profissional para uma amizade profunda, para dedicar sua vida aos cuidados paliativos. Ao falecer, em 25 de fevereiro de 1948, Tasma deixou para Saunders uma quantia em libras, afirmando “Eu serei uma janela na sua Casa”, dando o pontapé inicial para o compromisso de Saunders com a mudança na forma do cuidar conhecida até então (ANCP, 2012; Saunders, 2018, p. 13).

Saunders buscou minimizar seu sofrimento e tratar-lhe com dignidade até o fim da vida. Tasma virou referência e incentivo para profissionais e pacientes que chegavam à instituição criada por Saunders em 1967, o *St. Christopher’s Hospice*, sendo pioneira na oferta de cuidado ao paciente que englobava controle de sintomas, analgesia e atenção psicológica, se tornando também uma referência para ensino e pesquisa que permitiu a disseminação desta forma de cuidar (ANCP, 2012; Alves *et. al.*, 2019; SAUNDERS, 2018).

Em sua obra *Velai Comigo*, Saunders afirma sobre a necessidade dos doentes de calor humano e amizade somados a um bom cuidado técnico, e da importância de aprender o que é dor, sua representação para o paciente, e, especialmente, aprender **o que** se sente quando se está muito doente, com a vida próxima de seu fim, no momento em que começa a separação de pessoas queridas e das nossas responsabilidades. Ela cita sobre a importância de sentir “com”

o doente, ao invés de se sentir “como” ele, para fornecer apoio e atenção (Saunders, 2018, p. 23). “Você é importante porque você é você. E você é importante até o fim da sua vida. Faremos todo o possível não só para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para fazer você viver até o momento de morrer” (Ibid, 2018, p. 94).

Outra precursora importante para os Cuidados Paliativos foi Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça. Elisabeth vivenciou os horrores da Segunda Guerra, se comprometendo a ajudar os necessitados e se interessando pela morte e o morrer. Viu os campos de concentração e crematórios, experiência que lhe transformou profundamente. Inicialmente seu plano era trabalhar na Índia, porém sua realização não foi possível por ter se casado com um americano e ter ido morar em Nova Iorque. Insatisfeita com sua situação, se identificou com os pacientes solitários que atendia no hospital de emergências (ANCP, 2012; Afonso; Minayo, 2013).

Em 1969, Kübler-Ross publicou seu livro “Sobre a Morte e o Morrer”, seguido das obras “Morte, estágio final da evolução” (1975), “Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer” (1979), “A morte: um amanhecer” (1991) e “A roda da vida: memórias do viver e do morrer” (1998). Suas obras contemplaram as fases pelas quais os pacientes passam diante da ameaça à vida, trabalho multiprofissional, situações vividas na sua atividade clínica, aspectos comunicacionais de notícias difíceis, respeito à autonomia dos pacientes, importância da família, dentre outras diversas reflexões sobre terminalidade e situações críticas. Desde o final do século XX a autora dava enfoque na transição do modelo hospitalar para o modelo de *hospice*, idealizado por Cicely Saunders. Suas obras são imprescindíveis para a ampliação do debate sobre a morte e o morrer, tendo um valor indiscutível (Afonso; Minayo, 2013).

### 3.2 PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS E DA EDUCAÇÃO NA TEMÁTICA

Dentre os princípios do CP estão:

- a. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- b. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- c. Não acelerar nem adiar a morte;
- d. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- e. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- f. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto

- g. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto
- h. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
- i. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes

Quanto à atuação das equipes de Cuidados Paliativos, os princípios são: (a) reconhecimento e alívio da dor e outros sintomas, qualquer que seja sua causa e natureza; (b) reconhecimento e alívio do sofrimento psicossocial, incluindo o cuidado apropriado para familiares ou círculo de pessoas próximas ao doente; (c) reconhecimento e alívio do sofrimento espiritual/existencial; (d) comunicação sensível e empática entre profissionais, pacientes, parentes e colegas; (e) respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais; e (f) atuação sempre em equipe multiprofissional, em caráter interdisciplinar (WHPCA, 2020).

Na resolução 67.19, publicada pela OMS na 67ª Assembleia Mundial de Saúde (WHO, 2014), foram definidos alguns princípios para a educação em CP:

- Treinamento básico e educação continuada em CP devem ser integrados à rotina dos cursos de graduação médica e de enfermagem, e nos treinamentos dentro do ambiente de trabalho de cuidadores da atenção primária, incluindo os profissionais de saúde, profissionais que tratam da parte espiritual dos pacientes e assistentes sociais;
- Treinamento intermediário deve ser oferecido a todos os profissionais de saúde que trabalham rotineiramente com pacientes acometidos por doenças ameaçadoras da vida, incluindo aqueles trabalhando na oncologia, com doenças infectocontagiosas, pediatria, geriatria e medicina interna;
- Treinamento especializado deve estar disponível para o preparo de profissionais de saúde que manejam o cuidado integrado de pacientes que vão além do manejo de sintomas de rotina.

### 3.3 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM CP

Tendo em vista que os princípios dos CP contemplam a atuação de uma equipe multiprofissional para melhor assistência ao paciente, este tópico se destina a explorar sucintamente a atuação de cada membro da equipe.

O **enfermeiro** é capacitado para avaliação sistemática de sinais e sintomas, auxiliando a equipe multiprofissional na definição de prioridades e compreensão da dinâmica familiar do paciente, orientações clínicas, e coordenação do cuidado com olhar ampliado, sendo um profissional de destaque na prática de CP para equipe, paciente e instituição (ANCP, 2012). A enfermagem deve ser capaz de ir além das queixas verbais de um paciente, interpretando movimentos, expressões corporais e sinais fisiológicos, relacionando-os com a possibilidade de obstinação terapêutica. Por vezes podem surgir sintomas de impotência ou despreparo, relacionados ao ensino pautado no modelo curativista e também à própria interpretação de morte dada por aquele profissional, sendo possível que despontem sentimentos de raiva e frustração mediante um evento natural: a morte. Ademais, o enfermeiro que atua nos CP deve agir como resolvidor de problemas a partir da análise de necessidades não supridas daquele paciente, incluindo necessidades biopsicossociais e espirituais (Franco *et. al.*, 2017).

Ribeiro *et. al.* (2019) desenvolveram pesquisa documental para levantamento de dados referentes à formação em CP nas universidades federais do Brasil, em 59 cursos de bacharelado em enfermagem, evidenciando ensino bastante deficitário na temática em detrimento da prática do profissional formado. Apenas 18,64% dos cursos disponibilizavam disciplinas obrigatórias em cuidados paliativo, chegando à conclusão de que apesar de existirem alguns cursos com disciplinas relacionadas ao tema estes se tratam de exceção, e muitas vezes as aulas ministradas sobre a temática são somente superficiais.

O **fisioterapeuta** estabelece um tratamento baseado em técnicas e exercícios para alívio do sofrimento, dor e outros sintomas, permitindo que os pacientes vivam ativamente na medida do possível, impactando diretamente a qualidade de vida e auxiliando os familiares na assistência, inclusive na manutenção de vias aéreas pérvias e ventilação adequada para reduzir o trabalho respiratório (ANCP, 2012).

A resolução nº 539 de 27 de setembro de 2021 dispôs sobre a atuação do fisioterapeuta em ações de CP, reconhecendo suas atividades em CP como área de atuação própria da fisioterapia, determinando que a abordagem em CP deve ser oferecida por todos os fisioterapeutas sempre que atenderem pacientes com doenças ameaçadoras da vida, para prevenção ou alívio de sofrimento físico, psicossocial e espiritual em todos os níveis de atenção

à saúde e em qualquer cenário e, além disso, define diversas competências e habilidades necessárias para a prática de CP pelo fisioterapeuta, sendo o profissional responsável pela sua própria capacitação para atuação autônoma ou em equipe multidisciplinar (Coffito, 2021). No entanto é possível observar no documento que há somente a recomendação da inclusão da temática dos CP na graduação dos cursos de fisioterapia e de especialização de fisioterapeutas, sem alongamento da discussão em relação à educação em cuidados paliativos para estes profissionais de forma específica.

A formação acadêmica do **médico** é voltada para a cura de doenças, e quando as necessidades dos pacientes em CP deixam de ser a cura e passam a ser a pessoa doente, com todas as suas dimensões (biológica, psicológica, familiar, social e espiritual), ele deve rever suas condutas e saber e aprender a trabalhar em equipe. O médico paliativista deve conhecer a doença, sua história natural, tratamentos já realizados, sua evolução esperada naquele momento, sendo um facilitador para a comunicação entre paciente, família, e equipe de CP. (ANCP, 2012).

Em novembro de 2022 foi promulgada pelo MEC a resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022, a fim de alterar três artigos a Resolução de 2014, relacionada às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina. Essa alteração incluiu oficialmente os CP no ensino médico a partir de 01 de dezembro de 2022, tratando-se da necessidade de desenvolvimento de conhecimentos, competências e habilidades de assistência ao paciente em CP, princípios e boas práticas de CP, conhecimento da abordagem, conceitos e filosofias de CP e *hospice*, além de compreensão de aspectos biológicos, psicossociais e espirituais relacionados à terminalidade da vida, morte e o luto (Ministério da Educação, 2022).

O **terapeuta ocupacional** tem como objetivo aumentar a autonomia do paciente e manter suas atividades cotidianas, utilizando a terapêutica da arte, expressão, atividades manuais, lazer, autocuidado, etc. Na fase final de vida o terapeuta ocupacional pode participar ajudando na expressão de sentimentos e emoções, melhora de canais de comunicação, acompanhamento pós óbito aos familiares, promovendo a dignidade do paciente até o último momento (ANCP, 2012).

A alimentação pode ter diversos significados para o paciente e sua família, podendo estar diretamente ligada a memórias de afeto e carinho, mas também contrastar com a realidade do paciente em CP que pode apresentar inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa, além dos efeitos colaterais de medicações em uso, como náusea, vômitos, diarreia, disfagia, xerostomia, dentre outros, sendo comum o risco nutricional para pacientes em CP. O **nutricionista** tem papel preventivo na nutrição, possibilitando meios e vias de alimentação,

reduzindo efeitos adversos causados pelos tratamentos e ressignificando o alimento (ANCP, 2012).

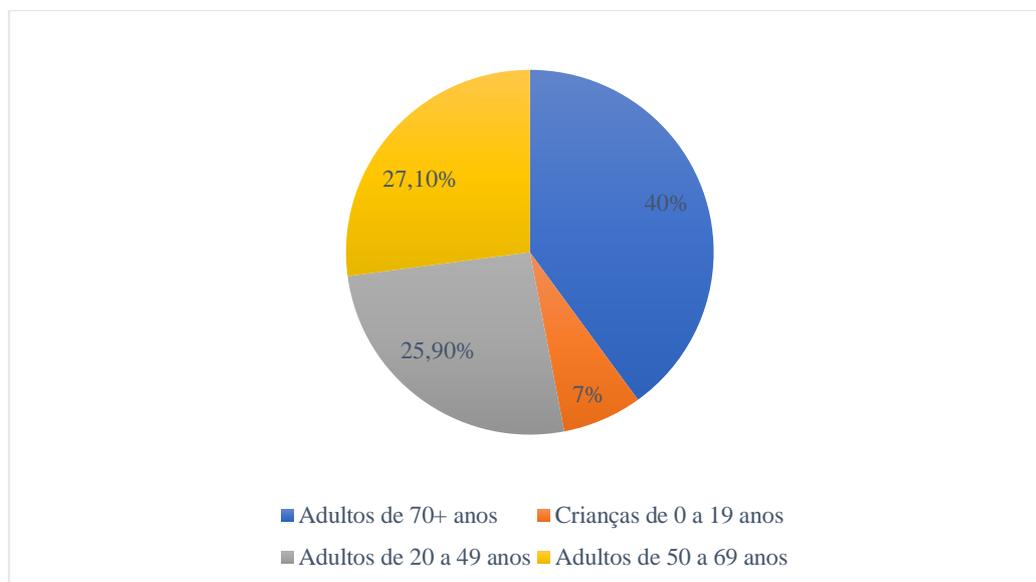
O **psicólogo** estimula o doente e a família a falarem sobre a situação em vivência, legitimando o sofrimento e permitindo elaboração das experiências conforme acontecem. Sua atuação também perpassa todos os níveis de assistência, e o adoecimento e a morte podem ser fontes de angústia ou momentos em que ocorre aceitação dos limites, sejam para doente e família quanto para os profissionais (ANCP, 2012).

O **assistente social** é fundamental para o levantamento da composição familiar, local de moradia, formação, profissão e situação empregatícia, renda familiar, religião, e rede de suporte social do paciente, oferecendo informações e orientações legais, burocráticas e de direitos para que seja prestado um bom cuidado e a morte digna seja garantida (ANCP, 2012).

### 3.4 EPIDEMIOLOGIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL E NO MUNDO

É estimado que aproximadamente 56,8 milhões de pessoas precisem de cuidados paliativos todos os anos, sendo 25,7 milhões no fim da vida e 31,1 milhões antes disso. A maioria (67,1%) tem idade acima de 50 anos e por volta de 7% são crianças. 76% dos adultos que precisam de CP vivem em países de baixa e média renda. Doenças não transmissíveis são responsáveis por 69% da demanda, sendo as principais: câncer, HIV/AIDS (especialmente no continente Africano), cerebrovasculares, demências, e doenças pulmonares. 64% dos adultos que precisam de CP estão concentrados no Ocidente Pacífico, África, e Sudeste da Ásia. 30% estão na Europa e Américas, e 4% no Mediterrâneo Oriental (WHPCA, 2020).

GRÁFICO 1 – Necessidade mundial de cuidados paliativos por faixa etária



Fonte: WHPCA, 2020; traduzido pela autora.

No Brasil a prática é emergente desde o final da década de 1990, e atualmente é caracterizada por sua desigualdade e baixo acesso, dado que metade dos serviços específicos para CP estão localizados no estado de São Paulo, com oferta centrada em hospitais – destes, somente 10% possuem equipe focada em assistência paliativa – com atividades iniciadas recentemente, em 2010 (ANCP, 2018; Gomes; Othero, 2016; Hermes; Lamarca, 2013).

Na perspectiva da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o desenvolvimento de CP de qualidade se dá quando se desenvolvem três pilares básicos: política nacional de cuidado paliativo incorporado ao sistema de saúde; política de disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais; e programas de educação e capacitação de profissionais de saúde. Para que os cuidados paliativos sejam ofertados com qualidade, devem ser ensinados de forma sistemática em cursos de graduação e pós-graduação das áreas de saúde (ANCP, 2018).

A *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHPCA, ou Aliança Mundial de Cuidados Paliativos) também aponta a falta de conhecimento dos profissionais de saúde como uma barreira para a realização de CP. Três níveis de educação em cuidados paliativos são necessários: básico, para todos os profissionais e paraprofissionais de saúde; intermediário, para aqueles que trabalham rotineiramente com pacientes portadores de doenças ameaçadoras da vida; e especialista, para quem trabalha com pacientes que demandam manejo mais complexo dos sintomas e também para aqueles que têm intenção de pesquisar e ensinar cuidados paliativos (WHPCA, 2020).

### 3.5 TEORIA SOCIAL COGNITIVA

Na Teoria Social Cognitiva (TSC) a pessoa é agente do seu autodesenvolvimento, adaptação e mudança, influenciando diretamente no próprio funcionamento e nas circunstâncias de vida de modo intencional. Partindo desse ponto de vista, as pessoas são auto organizadas, proativas, autorreguladas e autorreflexivas, contribuindo diretamente para as circunstâncias das suas vidas. Elas formam intenções que incluem planos e estratégias de ação para realizá-lo, além de objetivos para si e previsões dos resultados de atos futuros a fim de se auto motivarem antecipadamente (Bandura *et. al.*, 2008).

Bandura realizou pesquisas que iam de encontro com a teoria behaviorista proposta por Watson (1908) e Thorndike (1898), rejeitando a ideia de que a aprendizagem só se ocorria por meio do reforçamento positivo ou negativo, e afirmando que a imitação generalizada é governada por crenças sociais e expectativas de resultados (Bandura; Barab, 1971). A TSC é amplamente indicada para uso em aplicações sociais pois especifica determinantes modificáveis e sua estruturação com base nos mecanismos em que operam. O conhecimento desses processos de modelação oferece orientações informativas sobre como proporcionar que as pessoas efetuem mudanças pessoais, organizacionais e sociais (Bandura, 1997; Bandura; Blanchard; Ritter, 1969; Bandura; Rosenthal, 1978).

A modelação proposta por Bandura, inicialmente interpretada como “imitação”, obteve concepções equivocadas, dentre elas a de as respostas produzidas seriam somente mimetismos. Entretanto, as pesquisas elaboradas por Bandura e Cervone (1986) e Rosenthal e Zimmerman (1978) demonstraram que a modelação social promovia a abstração de informações transmitidas por alguns modelos em relação a estrutura e princípios subjacentes que governam o comportamento, permitindo que os indivíduos utilizassem esse aprendizado dos princípios para produção de novas respostas além daquelas que viram ou ouviram, podendo adaptar o comportamento para cada situação (Bandura *et. al.*, 2008).

Meinchenbaum (1984) demonstrou que a modelação verbal, processo no qual os modelos verbalizam os processos de pensamento e avaliam o problema, procurando informações relevantes para ele, produzindo soluções alternativas e processando os resultados prováveis associados a cada alternativa, permitindo-os selecionar a melhor maneira de implementar essa solução escolhida. Essa modelação cognitiva é mais adequada para aumentar a autoeficácia percebida e outras habilidades do que os métodos comuns (Bandura *et. al.*, 2008).

### 3.6 AUTO EFICÁCIA E AUTO EFICÁCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

O conceito de autoeficácia (AE) foi construído e citado por Bandura pela primeira vez em 1977. Conforme descrição do autor, se refere à “crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado desejado” (Bandura, 1977).

A AE estabelece que diversos procedimentos psicológicos têm relação direta com a criação ou fortalecimento das expectativas, enfatizando o papel dos fenômenos autorreferenciais como meio de atuação do ser humano em seu entorno, possibilitando transformações. Os sujeitos produzem e desenvolvem autopercepções sobre sua própria capacidade, que funcionam como mediadoras para atingir metas e tomar decisões (Gutiérrez Sanmartín; Escartí Carbonell; Pascual Baños, 2011; Ornelas *et. al.*, 2012)

Ela tem princípio no conjunto de experiências pessoais do sujeito e representa suas expectativas em relação a uma tarefa a ser realizada, sendo capaz de aferir até que ponto a pessoa em questão acredita ser capaz de alcançar um objetivo específico, sem relação com a capacidade de outrem de alcançarem ou não este mesmo objetivo (Neves; Faria, 2009).

Pereyra Girardi *et. al.* (2018) desenvolveram revisão bibliográfica acerca do tema da AE e suas aplicações em áreas da psicologia em diversos âmbitos: laboral, educacional, de saúde e também na psicoterapia e os resultados obtidos pela pesquisadora nas diversas áreas são os seguintes:

- **Âmbito Laboral:** a motivação, rendimento, enfrentamento, presenteísmo, *Burnout*, *Mobbing* e atitude empreendedora, dentre outros, sofrem influência da AE. As crenças de AE são relacionadas positivamente com o engajamento no trabalho, e pessoas com altos níveis de AE tendem a interpretar as demandas ambientais como desafios ao invés de ameaças, sendo que a AE tem papel modulador importante frente a estressores (tais como excesso de horas de trabalho, sobrecarga quantitativa, conflitos interpessoais, rotina e pressão temporal, por exemplo) e tem correlação inversa com o mal-estar psicológico;
- **Âmbito Educativo:** no quesito acadêmico a AE exerce papel de mediadora entre competência e rendimento acadêmico, dada a sua capacidade de favorecimento de processos cognitivos, sendo influenciadora direta da percepção dos alunos acerca da sua capacidade de realizar várias atividades, sua motivação, esforço, estado afetivo e metas definidas. Assim como no âmbito laboral, a AE afeta a saúde mental dos alunos, sendo que aqueles que acreditam em suas próprias

capacidades interpretam as dificuldades como desafios e não como algo fora do controle ou uma ameaça;

- **Âmbito de Saúde:** a AE desempenhou papel determinante na efetividade de tratamentos e enfrentamento de condições crônicas de saúde, sendo que pessoas com AE elevada têm mais probabilidade de realizar cuidados preventivos, apresentarem melhor estado de saúde e busca por tratamento de forma antecipada, enfrentando as condições com mais otimismo.
- **Âmbito da Psicoterapia:** a AE permite a predição da disposição do paciente para a modificação dos seus comportamentos frente a diversas situações. O fortalecimento de recursos psicológicos e sociais permite elevar a AE para o enfrentamento de situações estressantes.

Em suma, a AE é um dos fatores constituintes de diversos processos cognitivos, preditora de várias condutas nos âmbitos supracitados, com efeito modulador em processos cognitivos, emocionais e comportamentais, sendo uma ferramenta útil para consideração no tangente do desenvolvimento de cursos que tenham como objetivo o aumento de comportamentos positivos, melhora de rendimento e motivação, e obtenção de estilos de enfrentamento eficazes (Pereyra Girardi *et. al.*, 2018).

A autoeficácia pode ser importante para as pessoas que estão recebendo cuidados paliativos, pois pode ajudá-las a enfrentar as dificuldades relacionadas à doença e a se sentirem mais no controle de suas vidas. Ao mesmo tempo, os cuidados paliativos podem ajudar a melhorar a autoeficácia, fornecendo a pessoa com informações, recursos e apoio para gerenciar sua doença e seu bem-estar de maneira efetiva. Enquanto trabalham juntos, autoeficácia e cuidados paliativos podem ajudar a melhorar a qualidade de vida e a reduzir o sofrimento para aqueles que enfrentam doenças graves ou fim de vida (Pereyra Girardi *et. al.*, 2018).

Ferramentas de avaliação de pacientes em cuidados paliativos ou seus cuidadores tangem todos os domínios que os envolvem, sendo imprescindíveis para a mensuração de sua qualidade e efetividade. Geralmente são escalas, questionários ou pesquisas, com propriedades psicométricas devidamente avaliadas, devendo ser de fácil aplicação, confiáveis, válidas e capazes de produzir respostas adequadas ao que está sendo investigado, além de poderem ser facilmente aplicadas com a população selecionada (Aslakson; Dy; Wilson, 2017).

### 3.6.1 Estado da Arte na Pesquisa de Autoeficácia e Cuidados Paliativos

Para levantamento do estado da arte da temática, a autora realizou pesquisa nas seguintes bases de dados com os descritores indicados, obtendo os seguintes resultados, apresentados na tabela 1:

TABELA 1 – Resultados das pesquisas nas bases de dados em saúde acerca de autoeficácia e cuidados paliativos

<b>Base</b>	<b>Termos utilizados</b>	<b>Resultados</b>
LILACS	Cuidados Paliativos AND Autoeficácia;	3
MEDLINE	<i>Palliative Care</i> AND <i>Self Efficacy</i>	37
SCIELO	Cuidados Paliativos AND Autoeficácia	1

Fonte: Dados coletados pela própria autora nas bases de dados.

A pesquisa foi limitada a estudos realizados nos últimos dez anos, ou seja, de 2012 a 2022. Foram excluídos livros e documentos da pesquisa. Foram observados títulos e resumos para levantamento do estado da arte, não sendo necessária a aplicação de filtro de texto completo.

A pesquisa do estado da arte demonstrou estudos na área de auto eficácia e cuidados paliativos relacionando-os principalmente à formação médica (6 estudos) e de enfermagem (11 estudos). A auto eficácia dos próprios pacientes foi avaliada em 4 estudos, e a dos familiares em 1 estudo. Intervenções com a equipe foram abordadas em 4 estudos, que realizaram treinamentos presenciais/virtuais e simulação clínica com equipes de cuidados paliativos ou estudantes da área médica.

Foram 6 os estudos que não especificaram quais profissionais foram avaliados ou trabalharam com a equipe multiprofissional. Um estudo foi realizado para análise do conhecimento em cuidados paliativos da equipe.

Ademais, observou-se a existência de outras escalas de auto eficácia em cuidados paliativos para além da SEPC, como a *Palliative Care Self-Efficacy Scale* (PCSS) (Wazqar, 2022). Os estudos de validação de escalas compuseram aproximadamente 4 dos resultados retornados na pesquisa. Dois estudos foram sobre a elaboração de uma nova escala para avaliação de auto eficácia e educação em cuidados paliativos (Mosich; Sellner-Pogány; Wallner, 2017; Moyer *et. al.*, 2020).

### 3.7 A ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS (*SELF-EFFICACY IN PALLIATIVE CARE – SEPC*)

A escala de autoeficácia em cuidados paliativos (*Self-efficacy in Palliative Care – SEPC*), desenvolvida por Mason e Ellershaw, tem o objetivo de avaliar a AE dos estudantes e suas expectativas em relação à prática relacionada aos cuidados paliativos. Ela possui três fatores relacionados aos comportamentos esperados dos médicos em CP: (a) comunicação efetiva com o paciente e sua família; (b) avaliação e gestão adequadas dos sintomas e necessidades dos pacientes; e (c) trabalhar junto a uma equipe multidisciplinar. A SEPC tem 23 itens, avaliando a AE dos participantes no desempenho de CP por meio de uma escala visual analógica (EVA), que vai de “muito ansioso” a “muito confiante”. O local onde a estudante marca varia de 0 a 100, sendo que valores maiores indicam confiança maior. O estudo original identificou três fatores: (I) comunicação (variando de 0,70 a 0,89, com  $\alpha$  de Cronbach de 0,93); (b) gestão dos pacientes (variando de 0,55 a 0,84, com  $\alpha$  de Cronbach de 0,92); e (c) trabalho em equipe multidisciplinar (variando de 0,70 a 0,84 com  $\alpha$  de Cronbach de 0,92) (Gryschek *et. al.*, 2020).

A tradução, adaptação e validação da escala SEPC foi realizada em países europeus como Suíça e Espanha. No primeiro caso, Granat *et. al.* (2022) fizeram a validação da escala com uma população de médicos, enfermeiros e assistentes de enfermagem do sul e norte da Suíça, com resultados positivos para o uso da escala no contexto aplicado, sem necessidade do uso exclusivo por profissionais médicos ou pacientes oncológicos. No segundo caso Herrero-Hahn *et. al.* (2019) realizaram estudo de validação utilizando uma amostra composta somente pela equipe de enfermagem ou alunos de enfermagem, incluindo 552 profissionais e 440 estudantes da área. Similarmente, Herrero-Han *et. al.* (2019) obtiveram resultados bastante satisfatórios na validação da escala com essa população.

No Brasil a escala SEPC foi traduzida para o português brasileiro e validada para uso por Gryschek *et. al.* (2020), em uma escola de medicina no Sudeste do país com 109 estudantes de medicina. Após tradução e pré-teste, foi realizada análise fatorial confirmatória para investigação da estrutura interna da escala. Os resultados obtidos por Gryschek *et. al.* Evidenciaram alta confiabilidade da escala SEPC-Br para o uso na amostra.

Enquanto o estudo de Ganat *et. al.* Trabalhou com uma amostra pequena (18 profissionais), os estudos de Herrero-Han *et. al.* E Gryschek *et. al.* Trabalharam somente com um tipo de população, sendo no primeiro caso profissionais de enfermagem e no segundo caso estudantes de medicina, exclusivamente. Desta forma, observa-se uma lacuna a ser explorada

quando se tratam das propriedades psicométricas da SEPC, com o objetivo de verificar se ela pode ser estendida para avaliação da AE dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar as propriedades psicométricas da Escala de Auto eficácia em Cuidados Paliativos – versão brasileira (SEPC-Br) para o uso entre profissionais da saúde.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar a validade de constructo convergente da SEPC-Br, correlacionando com os resultados obtidos pela Escala de Necessidades Educacionais de Profissionais de Saúde de Cuidados Paliativos (EPSC-Br) sobre as necessidades educacionais específicas relacionadas aos cuidados paliativos;
- Avaliar a validade de constructo por meio da análise fatorial confirmatória;
- Avaliar a confiabilidade da SEPC-Br, verificando a consistência interna por meio da análise do alfa de Cronbach.

## 5 MÉTODO

### 5.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 5.1.1 Avaliação das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos

A psicometria é um ramo da estatística que tem como objetivo a medida de processos mentais, se fundamentando na teoria da medida em ciências, e é mais precisa que a linguagem comum para representar a observação de fenômenos naturais. Ela busca explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos aos itens estudados (Pasquali, 2009).

Esse ramo surgiu com os psicólogos alemães Ernst Heinrich Weber e Gustav Fechner, tendo contribuições do inglês Francis Galton, que criou testes para medição de processos mentais. Entretanto foi Leon Louis Thurstone, criador da análise fatorial múltipla, que diferenciou a psicometria da psicofísica, definindo-a como “a medida de processos diretamente observáveis”, enquanto a psicometria é “a medida do comportamento do organismo por meio de processos mentais” (Pasquali, 2009). A definição mais aceita de “medida” foi a de Stanley Smith Stevens em 1946, que definiu “medir” como assinalar números a objetos e eventos de acordo com alguma regra (Stevens, 1946).

Há quatro níveis de medida ou escalas de medida: (a) nominal, que aplica os números aos fenômenos da natureza, utilizando somente o símbolo gráfico; (b) ordinal, que aplica os axiomas de ordem, ou seja, um número é maior do que o outro, não somente diferente como no caso da medida nominal; (c) intervalar e (d) de razão, que também acrescentam os axiomas de aditividade (Whitehead; Russell, 2009).

São duas as vertentes da psicometria: a teoria clássica dos testes (TCT), elaborada por Gulliksen, procura explicar o resultado final total, ou seja, a soma das respostas dada a uma série de itens para a produção de testes de qualidade (Gulliksen, 2013), e a teoria de resposta ao item (TRI), elaborada por Lord e Rasch, com o objetivo de investigar cada item individualmente e entender qual a probabilidade e quais são os fatores que afetam a probabilidade de cada item ser acertado ou errado, para a produção de tarefas de qualidade (Lord, 1952; Rasch, 1981). A avaliação psicológica ou educacional, dentro da TRI, objetiva a obtenção de bancos de itens válidos para a análise de traços latentes, ou seja, comportamentos observáveis (Pasquali, 2009).

Em suma, a TRI funciona desta forma: o sujeito é apresentado a um estímulo ou uma série de estímulos e os responde. A análise desses itens é feita a partir das respostas dadas pelo

sujeito, criando hipóteses da relação entre as respostas observadas e o nível do traço latente do sujeito, expressando essas relações por meio de uma expressão matemática (Pasquali, 2009).

Para a avaliação aprofundada das medidas de um questionário, são analisadas as suas propriedades psicométricas, permitindo a escolha de um instrumento mais preciso e adequado à necessidade do pesquisador, além de precisarem ser apropriados para a avaliação de saúde de uma população. As medidas devem fornecer bons resultados científicos, e esse desempenho pode ser medido por meio da validade e confiabilidade de um instrumento (Souza *et. al.*, 2017).

### **5.1.2 Confiabilidade**

A confiabilidade (ou fidedignidade) se trata da capacidade de reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e espaço, a partir de observadores diferentes, estando relacionada a coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. Ela se refere à estabilidade, consistência interna e equivalência de uma medida. Depende diretamente da função do instrumento, a população em que ele é administrado, circunstâncias e contexto. Assim sendo, é possível afirmar que o mesmo instrumento pode ser confiável em uma situação e outra não (Souza *et. al.*, 2017).

Para o pesquisador são três os critérios mais interessantes relacionados à confiabilidade: estabilidade, consistência interna, e equivalência. A estabilidade é o grau em que resultados similares são obtidos em dois momentos distintos; a consistência interna ou homogeneidade indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica; por fim, a equivalência se trata do grau de concordância entre dois ou mais observadores quanto aos escores do instrumento (Souza *et. al.*, 2017).

Para a consistência interna é utilizado o Alfa de Cronbach, coeficiente que reflete diretamente o grau de covariância entre os itens de uma escala. Quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é o instrumento. Algumas literaturas preconizam que valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,70 são ideais, enquanto outras defendem que valores abaixo de 0,70 e próximos de 0,60 são satisfatórios. Vale ressaltar que o Alfa de Cronbach é influenciado pelo número de itens do instrumento (Souza *et. al.*, 2017).

A obtenção do Alfa de Cronbach ocorre a partir do cálculo de três parâmetros: variância total do teste, variância de cada item individualmente e a soma da variância dos itens (Pasquali, 2013). Desta forma, é possível entender a influência do número de itens neste quociente.

### 5.1.3 Validade

Se trata de o instrumento ser capaz de medir exatamente o que ele se propõe. Deve ser determinada com relação a uma questão particular, pois se associa a uma população definida. São três os tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. A validade de conteúdo avalia o quanto uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo; a validade de critério se trata da relação entre pontuações do instrumento e algum critério externo, que obrigatoriamente deve ser uma medida amplamente aceita e com as mesmas características do instrumento de avaliação; a validade de construto é a extensão em que um conjunto de variáveis realmente representa o construto a ser medido, e são necessários vários estudos para estabelecê-la de forma mais adequada (Souza *et. al.*, 2017).

Cozby; Bates (2018) definem a validade de construto como uma adequação da definição operacional de variáveis que mostram se a medida empregada mede o construto que ela se propõe a medir, sendo possível verificar a legitimidade da representação comportamental de traços latentes.

A validade de construto por meio de análise fatorial se trata da decomposição da variância de uma medida de um ou mais fatores comuns, tornando possível a avaliação de traços compartilhados em comum e fatores únicos que normalmente descrevem a variância de uma medida que não é compartilhada por outras variáveis. A aplicação dela permite a identificação de quantas variáveis latentes ou fatores compõem um conjunto de itens (Nunnally; Bernstein, 1994). Para que o construto seja validado são realizados procedimentos lógicos e empíricos, utilizando um construto teórico para o fortalecimento de uma teoria (Stacciarini, 2012).

A análise fatorial confirmatória, utilizada neste estudo, deriva das hipóteses acerca de quantos fatores existem e quais variáveis contribuem para cada um deles. Ela pode se originar de uma análise fatorial exploratória ou derivar uma, caso não seja capaz de confirmar o que se propõe (Kahn, 2006).

## 5.2 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA SEPC-BR

### 5.2.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo metodológico com vistas a disponibilizar aos profissionais que atuam e que participam da formação em Cuidados Paliativos instrumentos importantes sobre a

obtenção, organização e análise dos dados através da elaboração, validação e refinamento de instrumentos de pesquisa (Polit; Beck, 2022).

### **5.2.2 Local do Estudo e Recrutamento dos Participantes**

A pesquisa foi realizada de forma não presencial em ambiente virtual. Um formulário foi confeccionado e disponibilizado gratuitamente pela ferramenta Google Forms®. O recrutamento dos participantes ocorreu por divulgação do estudo em redes sociais, via e-mail institucional de instituições de ensino superior e programas de pós-graduação, instituições de assistência à saúde e conselhos de classe profissionais, além de publicação em jornais locais e divulgação dentre profissionais de saúde, por meio da estratégia de bola de neve (quando um participante indica outro (s) potenciais para o estudo). A divulgação ocorreu por meio de convite individual e o texto utilizado e padronizado para esta finalidade foi apresentado no Apêndice A.

### **5.2.3 População e Amostra do Estudo**

Os participantes deste estudo constituíram-se de profissionais da saúde (enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, gerontólogos nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais).

Os critérios de inclusão foram: (1) ter idade igual ou superior a 18 anos; (2) possuir formação em enfermagem, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, gerontologia, nutrição, psicologia e assistência social e (3) responder integralmente ao instrumento de pesquisa.

Como critério de exclusão tem-se (1) não possuir a graduação completa e (2) não responder integralmente o instrumento de coleta de dados.

A amostra dos participantes do estudo foi de conveniência e consecutiva, pois consistiu de profissionais da saúde que aceitaram o convite para participar do estudo divulgado em um período de tempo suficiente para atender o número de participantes estabelecido (Hulley *et. al.*, 2015) A divulgação nas respectivas redes sociais ocorreu por meio de convites individuais.

O número de participantes estipulados para a realização do estudo seguiu as recomendações da literatura para estudos desta natureza, que preconiza um mínimo de cinco participantes por item do instrumento, portanto, como o instrumento possui 23 itens, era prevista uma amostra de no mínimo 115 profissionais (Hair *et. al.*, 2009).

### 5.2.4 Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu após aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, sob nº de CAAE 51462621.9.0000.5504 e parecer nº 5.347.494. Após consentirem sua participação no estudo, os participantes foram redirecionados para a página virtual do formulário elaborada na ferramenta Google Forms® para o preenchimento dos questionários.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado integralmente (Apêndice B), bem como os tópicos que serão respondidos nos instrumentos empregados, a fim auxiliar na decisão do participante em responder ou fornecer ou não seu consentimento. O participante pôde indicar, por meio da seleção de um ícone, o seu aceite em participar do estudo e só após este aceite foi possível iniciar o preenchimento dos instrumentos. Foi disponibilizada na página inicial do formulário uma versão do TCLE para impressão, assinada pela pesquisadora principal.

Os dados foram coletados a partir do preenchimento dos instrumentos detalhados a seguir, destacando-se que são de domínio público e as autorizações de utilização foram fornecidas.

- a) **Formulário para caracterização dos participantes:** composto por informações sobre variáveis sociodemográficas (idade, gênero, escolaridade, local de trabalho) e variáveis educacionais e laborais (formação específica em cuidados paliativos, tempo de formação profissional, atividades profissionais junto a pacientes em cuidados paliativos e com a morte). Este instrumento está presente no Apêndice C deste documento.
- b) **Escala de Autoeficácia em Cuidados Paliativos (SEPC-Br):** esta escala tem o objetivo de avaliar a confiança do respondente em realizar os cuidados paliativos, composta por 23 itens. É um instrumento multidimensional, composto por três dimensões: comunicar-se efetivamente com o paciente e sua família (08 itens), avaliação e gestão adequadas dos sintomas (08 itens) e necessidades do paciente e trabalhar em uma equipe multidisciplinar (07 itens). Cada item é respondido em uma Escala Visual Analógica (EVA) que consiste de uma linha de 100 milímetros, com duas respostas âncoras nas extremidades, à esquerda corresponde ao valor zero e representa a resposta “muito ansioso” para realizar o cuidado paliativo e à direita corresponde ao valor máximo, 100 milímetros, representando a resposta “muito confiante” para realizar o cuidado paliativo. O respondente indica o seu

nível de confiança ao longo da linha em cada item, que são somados para obtenção do valor total. Em seguida, as médias de respostas obtidas em cada item de cada domínio são computadas. Os valores mais elevados indicam maior confiança em realizar o cuidado paliativo. Este instrumento está presente no Anexo I deste documento.

- c) **Escala de Necessidades Educacionais de Profissionais de Saúde de Cuidados Paliativos (EPSC-Br):** este instrumento é um *survey* sobre as necessidades educacionais específicas relacionadas aos cuidados paliativos de profissionais da saúde, apresenta 28 itens distribuídos entre três dimensões: comunicação centrada no paciente e familiar (doze itens), valores culturais e éticos (oito itens) e oferta de cuidados efetivos (oito itens). O sistema de resposta consiste em uma escala Likert de cinco opções de resposta que variam de zero a quatro (de modo nenhum, um pouco, relativamente, bastante, muito). A pontuação total da escala é calculada por meio da soma das pontuações de cada item, de modo que, valores mais elevados refletem maior conhecimento e, portanto, níveis menores de necessidades educacionais (Lazenby *et. al.*, 2012). A EPSC-Br foi traduzida e adaptada culturalmente para uso no Brasil em uma amostra de 285 profissionais da saúde, a validade de constructo por meio da análise fatorial confirmatória evidenciou a organização em dois fatores, Eficácia do cuidado ofertado e Luto, valores éticos e culturais, que apresentaram confiabilidade medida pelo alfa de Cronbach, com resultados superiores a 0,80 (Garcia *et. al.*, 2019). Este instrumento está presente no Anexo II deste documento.

### 5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender a resolução 466/2012 a qual apresenta regulamentação para pesquisas desenvolvidas com seres humanos (CNS, 2012) e as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtuais elaborados pelo Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de CAAE 51462621.9.0000.5504 e parecer nº 5.347.494.

Além disso, por se tratar de pesquisa com etapas realizadas em ambiente virtual, a pesquisa seguiu as Orientações para Procedimentos em Pesquisas com Qualquer Etapa em Ambiente Virtual, publicada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 24/02/21. Foram destacados no momento da pesquisa os riscos característicos de ambiente

virtual, meios eletrônicos ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Também foram informadas limitações dos pesquisadores para assegurar confidencialidade durante o curso da pesquisa. Os documentos apresentados em meio eletrônico para obtenção do consentimento possuíam garantias e direitos previstos na Resolução CNS nº 510 de 2016, de acordo com as particularidades da pesquisa. O TCLE também poderia ser disponibilizado ao participante via e-mail, conforme sua solicitação.

O TCLE elaborado no formulário do Google, tal como os participantes tiveram acesso, está apresentado no Apêndice A deste documento.

#### 5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram convertidos da ferramenta Google Forms para o Microsoft Office Excel, processados no software SPSS para obtenção de estatística relativa aos dados descritivos, fidedignidade e validade convergente e do software MPLUS versão 6.12 para análise fatorial confirmatória.

As variáveis coletadas durante o estudo foram analisadas por meio de estatística descritiva, os dados nominais e categóricos foram apresentados por meio de frequência simples, os dados contínuos por medida de tendência central (média) e medida de dispersão (desvio padrão).

As propriedades psicométricas investigadas foram a confiabilidade e a validade de constructo por meio da validade de constructo convergente e análise fatorial confirmatória.

A confiabilidade das SEPC-BR e EPCS-Br foi analisada através da consistência interna pelo alfa de Cronbach, com resultados  $\geq 0,70$  considerados adequados (Terwee *et. al.*, 2007).

Para identificar a validade de constructo convergente verificou-se a análise de correlação entre as medidas SEPC-BR e EPCS-BR e suas respectivas dimensões. A hipótese estabelecida para esta investigação foi: Há correlação positiva, de moderada a forte intensidade, entre a medida da SEPC-Br e a medida da EPSC-Br. Considerando que para estas variáveis não seguiram uma distribuição normal, para as análises de de correlação se recorreu à estatística não paramétrica, portanto Coeficiente de Correlação de Pearson para esta investigação. Foram realizados testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para ambos os escores totais das escalas EPCS-Br e SEPC-Br. Os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov da EPCS-Br foi 0,074  $p=0,027$  e da SEPC-Br foi 0,104  $p<0,000$  e do teste de Sapiro-Wilk para a EPCS-bR foi 0,969  $p=0,001$  e SEPC-Br foi 0,939  $p<0,000$ .

A análise fatorial confirmatória foi investigada por meio do ajustamento global do modelo fatorial hipotético e a estimativa da magnitude do efeito dos constructos sobre as variáveis mensuradas, sendo empregado o modelo de equações estruturais para variáveis latentes. Para determinar o quão bem o modelo original se ajusta aos dados, foram analisados quatro índices de ajuste:  $\chi^2$ , CFI (Comparative Fit Index), TLI (Tucker-Lewis Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) e WRMR (Weighted Root-mean-square-residual). A descrição dos índices de ajuste segue:

- Estatística  $\chi^2$ : Para análise do ajuste geral e discrepância entre a amostra e o modelo fatorial hipotético. Verifica se a matriz de covariâncias estimada é igual à matriz de covariâncias da amostra, e deverá apresentar nível de significância maior que 0,05. Em amostras grandes, este teste é geralmente significativo, sendo recomendado o uso da razão qui-quadrado ( $\chi^2/g.1$ ) com valor menor que 2,0 para indicação de bom ajuste (Norm O'rourke; Hatcher, 2013);
- Índice de Ajuste Comparativo (Comparative Fit Index - CFI): valor de aceitação maior ou igual a 0,90 (Norm O'rourke; Hatcher, 2013);
- Índice de Tucker-Lewis (Tucker-Lewis Index - TLI): calcula o ajuste relativo do modelo observado ao compará-lo com um modelo base, com valores acima de 0,95 indicando ótimo ajuste e valores acima de 0,90 indicando ajuste adequado (Bentler, 1990; Byrne, 2013);
- Índice WRMR: mede a diferença média ponderada entre as covariâncias amostrais e as covariâncias populacionais estimadas. O ponto de corte utilizado foi 1 (Yu, 2002).

Erro quadrático médio de aproximação (Root Mean Square Error of Approximation – RMSEA): é uma medida de discrepância, sendo esperados resultados menores que 0,05, mas aceitáveis até 0,08, ainda que esse coeficiente penalize modelos complexos (Bentler, 1990; Byrne, 2013).

## 6 RESULTADOS

O período de coleta de dados foi de aproximadamente 3 meses, de 14 de abril de 2022 a 08 de julho de 2022. Foram obtidas 181 respostas no formulário, sendo descartadas 14 respostas pelos seguintes motivos: 01 participante não aceitou o TCLE, 12 profissionais declararam não ter concluído nenhum curso superior, e 01 participante deixou o formulário em branco. Deste modo, a amostra deste estudo contabilizou 167 participantes.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

As idades declaradas variaram de 18 a 65 anos, com média de 41,4 anos e desvio padrão de 9,9 anos. 85,0% (n = 142) dos participantes se identificaram com o gênero feminino e 15,0% (n = 25) com o gênero masculino. Quanto à cor, 61,7% (n = 103) declararam identificar-se como brancos, 23,9% (n = 40) como pardos e 14,4% (n = 24) como pretos.

Quanto ao estado civil, 43,7% (n = 73) se declararam casados, 28,1% solteiros (n = 47), 15,6% em uniões estáveis (n = 26), 10,8% divorciados (n = 18), 1,2% viúvos (n = 2) e 0,6% declarou “estar com companheiro” (n = 1). A maior parte da amostra (40,6%, n = 72) declarou seguir a religião católica, seguindo-se dos evangélicos (23,3%, n = 38) e espíritas (20,6%, n = 33). Dentre outras respostas sobre a religião, que computou 14,4% e 24 pessoas, incluíram-se muçulmanos, messiânicos, cristãos (sem delimitação específica), seguidores da Igreja Adventista do Sétimo Dia, e Umbanda. Somente um participante declarou não ter decidido sua religião ainda.

A maioria (n = 151, 90,4%) dos participantes declarou formação principal na área de enfermagem. O restante, somando 9,6% (n = 16) dos participantes, declarou formação em diversas outras áreas: fisioterapia, medicina, farmácia, terapia ocupacional, gerontologia, nutrição, psicologia e serviço social. 51,4% (n = 86) dos participantes declararam ter especialização completa, 17,4% (n = 29) mestrado completo, 13,8% (n = 23) somente a graduação completa, 7,2% (n = 12) pós-graduação strictu-sensu incompleta, 6,0% (n = 10) especialização incompleta, 3,6% (n = 6) doutorado, 0,6% (n = 1) residência.

A maioria dos participantes (n = 147, 88,0%) declararam não possuir formação específica na área de Cuidados Paliativos, quando os participantes responderam sobre o tipo de formação que tiveram sobre cuidados paliativos, 146 (87,4%) afirmaram não possuir nenhum tipo, 11 (6,5%) possuíam formação por meio de cursos livres e atualizações, seis (3,5%)

especialização, dois (1,1%) com especialização em curso, um (0,6%) com pós-graduação stricto sensu e um (0,6%) com residência.

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS (SEPC-BR)

O escore máximo total da escala SEPC-Br foi de 2300, com média de 1374,30 e desvio-padrão de 612,85. Para o domínio de Comunicação (CM), o escore máximo foi de 800, com média e desvio padrão de 478,83 e 225,77, respectivamente; para o domínio de Gestão do Paciente (PM), o escore máximo também foi de 800, média de 485,81, e desvio-padrão de 218,28; por fim, no domínio de Trabalho Multiprofissional (TM) o escore máximo foi de 700, média de 409,66 e desvio-padrão de 210,19. A Tabela 2 descreve a média e desvio padrão de respostas por item da SEPC-Br.

TABELA 2 - Valores mínimos, máximos, de média e desvio padrão por item da SEPC-Br.  
São Carlos, 2022 (n=167)

Domínio	Descrição do item	Mínimo	Média	Desvio Padrão	Máximo
CM	Ao conversar os efeitos esperados do câncer com meu paciente	0	62,35	30,88	100
	Ao conversar os efeitos esperados do câncer com os familiares do seu paciente	0	63,02	31,17	100
	Ao conversar assuntos relacionados à morte e ao processo de morrer	0	62,83	30,17	100
	Ao conversar com o paciente sobre a morte do próprio paciente	0	55,46	30,82	100
	Ao conversar com a família do paciente a morte futura do paciente	0	58,98	30,50	100
	Ao conversar com a família enlutada a morte do paciente	0	60,60	31,53	100
	Ao responder à pergunta do paciente: “Quanto tempo de vida eu tenho?”	0	53,68	33,69	100
	Ao responder à pergunta do paciente: “Eu passarei por muito sofrimento ou dor?”	0	61,92	32,53	100

	<b>Domínio Comunicação</b>	0	478,83	225,77	800
<b>PM</b>	Com a minha habilidade de avaliar as necessidades do paciente	0	70,30	29,89	100
	Com meus conhecimentos sobre a causa de sintomas comuns sofridos por pacientes em cuidados paliativos	0	65,84	30,76	100
	Com minha habilidade de manejar sintomas comuns sofridos por pacientes em cuidados paliativos	0	64,35	30,08	100
	Com minha habilidade de prescrever medicação para controle da dor de modo adequado	0	45,13	37,79	100
	Com meu conhecimento dos efeitos terapêuticos e colaterais de medicações analgésicas	0	64,16	31,92	100
	Com minha habilidade de fornecer cuidado psicológico para o paciente em cuidado paliativo e sua família	0	59,51	30,36	100
	Com minha habilidade de fornecer cuidado social para o paciente em cuidado paliativo e sua família	0	56,25	29,81	100
	Com minha habilidade de fornecer cuidado espiritual para o paciente em cuidado paliativo e sua família	0	60,46	31,85	100
	<b>Domínio Gestão do Paciente</b>	0	485,81	218,29	800
<b>TM</b>	Trabalhando com uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos	0	68,46	31,80	100
	Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para fisioterapia no momento certo	0	59,61	34,19	100
	Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para terapia ocupacional no momento certo	0	58,43	34,15	100
	Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para terapias complementares (ex.: acupuntura, massoterapia, etc.) no momento certo	0	55,03	34,87	100
	Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para tratamento de linfedema no momento certo	0	50,78	35,52	100

Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para avaliação psiquiátrica no momento certo	0	59,56	34,04	100
Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para um conselheiro espiritual no momento certo	0	57,79	34,94	100
<b>Domínio Trabalho em Equipe</b>	0	409,66	210,20	700
<b>SEPC-Br – Total</b>	0	1374,30	612,85	2300

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados.

Na amostra a média total da SEPC-Br foi moderada, indicando que os profissionais, de certa forma, sentem-se preparados para a realização de cuidados paliativos nos contextos profissionais.

Ao observar os domínios separadamente, evidenciam-se resultados semelhantes nos escores totais, todos indicando de baixa a média AE em cada domínio trabalhado, com valor de média máxima de 485,81 para o domínio de comunicação e valor de média mínimo de 409,66 para o domínio de trabalho em equipe.

### 6.3 CARACTERIZAÇÃO DA ESCALA DE NECESSIDADES EDUCACIONAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE CUIDADOS PALIATIVOS (EPSC-BR)

A escala EPCS-BR teve uma média de respostas de 72,20 na amostra, com desvio padrão de 23,70, sendo que o escore máximo 112. As médias de respostas variaram, entre os itens, de 1,45 (mínima, no item 26), e 3,26 (máxima, no item 20). Para o fator 1, foi obtida uma média de 47,29 e desvio padrão de 16,52, sendo o escore máximo 76; para o fator 2, foi obtida uma média de 24,92 com desvio padrão de 8,28, sendo o escore máximo de 36. Tanto para o total quanto para os dois fatores, o escore mínimo é zero.

A Tabela 3 descreve a média das respostas por item da EPCS-BR. Para todas as respostas, o escore máximo é 4 e o mínimo é 0.

TABELA 3 - Média por item da EPCS-Br. São Carlos, 2022 (n=167)

Item	Mínimo	Média	Máximo
Sinto-me confortável em ajudar famílias a aceitarem um prognóstico ruim	0	2,67	4

---

Sou capaz de estabelecer metas para os cuidados com os pacientes e suas famílias	0	2,82	4
Sinto-me confortável em falar com os pacientes e suas famílias sobre escolhas pessoais e autonomia	0	2,78	4
Sinto-me confortável em iniciar e em participar de discussões sobre as diretivas antecipadas de vontade	0	2,68	4
Posso ajudar os membros da família a lidar com o processo de luto	0	2,64	4
Sou capaz de registrar as necessidades e intervenções realizadas em meus pacientes	0	3,14	4
Sinto-me confortável em falar com outros profissionais de saúde sobre o cuidado de pacientes em fim de vida	0	3,22	4
Sinto-me confortável ao ajudar a resolver conflitos familiares sobre os cuidados de fim de vida	0	2,54	4
Posso reconhecer a morte iminente (alterações fisiológicas a ela associadas)	0	3,05	4
Sei como usar terapias não-farmacológicas no tratamento de sintomas do paciente	0	2,34	4
Sou capaz de abordar o medo de pacientes e seus familiares sobre o vício em analgésicos	0	2,51	4
Estimulo pacientes e seus familiares a cumprirem as diretivas antecipadas de vontade	0	2,47	4
Sinto-me confortável em lidar com questões éticas relacionadas a pacientes em fim de vida/hospice/cuidados paliativos	0	2,69	4
Sou capaz de lidar com meus sentimentos em relação ao trabalho com pacientes que estão morrendo	0	2,81	4
Sou capaz de estar presente junto a pacientes que estão morrendo	0	3,10	4
Consigo abordar questões espirituais com os pacientes e suas famílias	0	2,79	4
Sinto-me confortável em lidar com as perspectivas religiosas e culturais dos pacientes e de suas famílias	0	2,94	4
Sinto-me confortável ao oferecer aconselhamento sobre o luto para as famílias	0	2,50	4
Sinto-me confortável ao oferecer aconselhamento sobre o luto para os membros da equipe	0	2,69	4
Eu entendo que os fatores culturais influenciam os cuidados do final da vida	0	3,26	4

---

Eu reconheço quando é apropriado encaminhar os pacientes para o <i>hospice</i>	0	2,40	4
Estou familiarizado com os princípios e com as diretrizes nacionais de cuidados paliativos	0	2,17	4
Sou competente em ajudar pacientes e famílias a transitar pelo sistema de saúde	0	2,60	4
Estou familiarizado com os serviços oferecidos pelo <i>hospice</i>	0	1,83	4
Sou competente em ajudar a manter a continuidade dos cuidados em diferentes ambientes de cuidado	0	2,69	4
Sinto-me confortável em lidar com solicitações de suicídio assistido	0	1,45	4
Tenho recursos pessoais que ajudam nas minhas necessidades ao trabalhar com pacientes em fim de vida e suas famílias	0	2,19	4
Sinto que meu local de trabalho oferece recursos de apoio aos membros da equipe que cuidam de pacientes em fim de vida	0	1,54	4
<b>Domínio Efetividade do Cuidado</b>	0	47,29	76
<b>Domínio Valores culturais, éticos e de luto</b>	0	24,92	36
<b>EPCS – Br - Total</b>	0	72,20	112

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados.

A avaliação dos itens individualmente na amostra indicou conhecimento baixo a moderado sobre cuidados paliativos, atingindo uma média máxima de 3,26 no item 20 “Eu entendo que os fatores culturais influenciam os cuidados do final da vida” e média mínima de 1,45 no item 26 “Sinto-me confortável em lidar com solicitações de suicídio assistido”. Por outro lado, a média da EPCS-Br em sua totalidade foi de 72,20 sendo o valor máximo de 112.

No fator 1, denominado “Efetividade do cuidado” na versão brasileira, a média foi de 47,29 sendo o valor máximo de 76, e no fator 2, denominado “Valores culturais, éticos e de luto” na versão brasileira, a média foi de 24,92 sendo o valor máximo de 36. Tendo em vista os valores máximos, a análise dos fatores, bem como do total da EPCS-Br, os participantes demonstraram neste estudo conhecimento de médio a alto sobre CP.

#### 6.4 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA SEPC-BR

A investigação da fidedignidade da SEPC-Br, por meio da consistência interna, apresentou um Alfa de Cronbach de 0,97. Os valores de Alfa de Cronbach para os domínios da SEPC-Br estão apresentados na Tabela 4.

TABELA 4 - Resultados da análise da consistência interna da SEPC-Br e da EPCS-Br. São Carlos, SP (n=167).

Escala	Domínio	Alfa de Cronbach	Nº de itens
<b>SEPC-BR</b>	Comunicação	0,966	8
	Gestão do paciente	0,950	8
	Equipe multiprofissional	0,950	8
	TOTAL	0,978	23
<b>EPCS-BR</b>	Efetividade do Cuidado	0,949	19
	Valores culturais, éticos e de luto	0,917	9
	TOTAL	0,963	28

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados.

Os resultados obtidos nesta amostra evidenciam alta confiabilidade da escala em sua consistência interna, com valor mínimo de 0,917 e máximo de 0,978, demonstrando que ambos os instrumentos tanto em sua totalidade quanto em seus domínios têm alta consistência interna.

A investigação da validade convergente da SEPC-Br resultou na confirmação da hipótese do estudo, que era da existência de correlação positiva, de moderada a forte intensidade, entre a medida da SEPC-Br e a medida da EPSC-Br. Uma vez que se verificou correlação positiva, de moderada a forte intensidade, entre os valores obtidos pela SEPC-Br e EPCS-Br, conforme evidenciado na Tabela 5.

Deste modo, compreende-se que a AE para os cuidados paliativos, obtida pela medida da SEPC-Br, possui relação com o conhecimento destes profissionais sobre o mesmo tema, ou seja, os conceitos investigados por meio de ambas as medidas possuem relação entre si. A

hipótese confirmada foi de que as pessoas que possuem maior conhecimento em cuidados paliativos apresentariam maior AE para a prática destes cuidados.

TABELA 5 - Resultados do teste de correlações não paramétricas (Rô de Spearman) entre a SEPC-BR e a EPCS-Br. São Carlos, SP (n=167).

	Coeficiente de correlação*			
	EPCS-BR	Total	Fator 1	Fator 2
<b>SEPC-BR total</b>	0,640	0,633	0,542	
<b>CM</b>	0,592	0,575	0,531	
<b>GP</b>	0,625	0,605	0,552	
<b>TM</b>	0,550	0,568	0,419	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados.

\* O nível de significância para todos os testes de de correlação de Spearman foi menor do que 0,001. CM – Comunicação; GP – Gestão do Paciente; e TM – Trabalho multiprofissional.

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi realizada, considerando a estrutura fatorial original e empregada no estudo de validação já realizado no Brasil, com estudantes de medicina (GRYSCHKE et al., 2020). Portanto, a SEPC-Br com três domínios. Os resultados da AFC da SEPC-Br com os respectivos valores de referência estão apresentados a seguir (Tabela 6).

TABELA 6 - Distribuição dos resultados dos índices de ajuste utilizados para a AFC da SEPC-Br e os respectivos valores de referência. São Carlos, SP. (n=167)

Índices de ajuste	Resultados	Valores de referência*
RMSEA	0,073 (IC90%: 0,062-0,083)	< 0,08
WRMR	0,951	1,0
CFI	0,945	≥ 0,90
TLI	0,937	0,90
Qui-quadrado	415,791 (221)	< 2,0

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados.

\*(BENTLER, 1990; BYRNE, 2013, p. 432; NORM O'ROURKE; HATCHER, 2013; YU, 2002)

Os resultados dos índices de ajuste mostraram que os dados analisados tiveram um ajuste adequado ao modelo original da SEPC-Br.

Os resultados do modelo final estão apresentados conforme a matriz de covariância residual, estimativas padronizadas (cargas fatoriais, correlações fatoriais e as estimativas de variância). As Tabelas 7, 8 e 9 descrevem estes resultados.





Observou-se nestes resultados de covariância residual alguns valores altos positivos entre os itens, ou seja, que sugere que a relação entre eles foi subestimada. Este efeito pode ser constatado de forma mais evidente no item TM1 (“Trabalhando com uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos”), pois apresentou valores de covariância elevado com todos os demais itens. O item TM2 (“Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para fisioterapia no momento certo”) obteve valor alto na covariância com o item PM4 (“Com minha habilidade de prescrever medicação para controle da dor de modo adequado”), de 156,986. O item TM7 (“Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para um conselheiro espiritual no momento certo”) obteve valores altos nas covariâncias CM1 (“Ao conversar os efeitos esperados do câncer com meu paciente”), CM2 (“Ao conversar os efeitos esperados do câncer com os familiares do seu paciente”), CM6 (“Ao conversar com a família enlutada a morte do paciente”), PM4 (“Com minha habilidade de prescrever medicação para controle da dor de modo adequado”) e valor máximo com PM8 (“Com minha habilidade de fornecer cuidado espiritual para o paciente em cuidado paliativo e sua família”).

Apesar destes resultados elevados de covariância residual, os resultados podem ser justificados por não se tratar de itens que estão no mesmo domínio, que analisam aspectos diferentes do constructo.

TABELA 8 - Distribuição das cargas fatoriais dos itens da SEPC-Br. São Carlos, SP. (n=167)

<b>Itens</b>	<b>Cargas fatoriais</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>valor-p</b>
CM1	0,849	0,026	0,000
CM2	0,840	0,025	0,000
CM3	0,907	0,017	0,000
CM4	0,888	0,017	0,000
CM5	0,913	0,020	0,000
CM6	0,877	0,023	0,000
CM7	0,851	0,020	0,000
CM8	0,889	0,020	0,000
PM1	0,885	0,019	0,000
PM2	0,947	0,008	0,000
PM3	0,943	0,010	0,000
PM4	0,625	0,045	0,000
PM5	0,837	0,024	0,000
PM6	0,853	0,021	0,000
PM7	0,841	0,025	0,000
PM8	0,817	0,022	0,000
TM1	0,721	0,046	0,000
TM2	0,921	0,016	0,000

TM3	0,944	0,008	0,000
TM4	0,870	0,033	0,000
TM5	0,896	0,019	0,000
TM6	0,864	0,023	0,000
TM7	0,755	0,034	0,000

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados.

As cargas fatoriais foram positivas com valores que indicam que os itens estão positivamente correlacionados com os respectivos domínios. As correlações fatoriais entre os domínios mostraram que entre o domínio Comunicação e o Manejo do paciente foi de 0,91 (Erro padrão=0,016;  $p < 0,000$ ), entre o domínio Comunicação e Equipe multiprofissional foi de 0,74 (Erro padrão=0,043;  $p < 0,000$ ), entre o domínio Manejo do Paciente e Equipe multiprofissional foi 0,82 (Erro padrão=0,029;  $p < 0,000$ ). Estes resultados de cargas fatoriais permitiram verificar que os itens são importantes para a composição da escala e nos respectivos domínios, bem como o número de domínios analisados.

TABELA 9 - Distribuição da proporção da variância explicada e da variância residual dos itens nos respectivos domínios da SEPC-Br. São Carlos, SP. (n=167)

Variável	Estimativa da variância	Erro padrão	Valor-p	Variância residual
CM1	0,720	0,044	0,000	0,280
CM2	0,706	0,041	0,000	0,294
CM3	0,823	0,031	0,000	0,177
CM4	0,788	0,031	0,000	0,212
CM5	0,833	0,037	0,000	0,167
CM6	0,770	0,041	0,000	0,230
CM7	0,724	0,035	0,000	0,276
CM8	0,790	0,036	0,000	0,210

PM1	0,783	0,034	0,000	0,217
PM2	0,896	0,015	0,000	0,104
PM3	0,889	0,019	0,000	0,111
PM4	0,391	0,056	0,000	0,609
PM5	0,701	0,040	0,000	0,299
PM6	0,727	0,036	0,000	0,273
PM7	0,708	0,043	0,000	0,292
PM8	0,668	0,037	0,000	0,332
TM1	0,519	0,066	0,000	0,481
TM2	0,849	0,029	0,000	0,151
TM3	0,892	0,016	0,000	0,108
TM4	0,757	0,057	0,000	0,243
TM5	0,803	0,034	0,000	0,197
TM6	0,746	0,040	0,000	0,254
TM7	0,570	0,051	0,000	0,430

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados.

A partir da análise dos resultados da variância explicada e da variância residual dos itens da SEPC-Br nos domínios, verificou-se que há adequação dos itens e domínios desta escala.

## 7 DISCUSSÃO

A SEPC é um instrumento que visa avaliar a auto eficácia para a realização dos cuidados paliativos, sendo validada em contexto brasileiro por Gryscek e colaboradores (2020) e espanhol por Herrero-Han e colaboradores (2019), que adaptaram e validaram este instrumento em suas culturas. No contexto suíço (Granat *et. al.*, 2022) foi realizada somente a validação de conteúdo após a tradução, sendo necessários mais estudos para seu uso no país. Além disso, a SEPC também foi usada no contexto profissional no estudo de Mota-Romero *et. al.* (2021), que utilizaram a escala na primeira fase de um estudo de intervenção em 8 casas de repouso de Andaluzia – na Espanha – com a equipe multidisciplinar, incluindo médicos, equipe de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. A aplicação da escala em profissionais de saúde foi observada somente neste estudo, dentre os disponíveis sobre o assunto com acesso aberto até o momento.

A SEPC-Espanha (Herrero-Hahn *et. al.*, 2019) foi validada utilizando-se de uma grande amostra, com 992 participantes, porém todos da área de enfermagem, sendo 440 estudantes e 552 profissionais, por meio virtual, constituindo a maior amostra de validação dessa escala. No contexto a escala a SEPC-Br (Gryscek *et. al.*, 2020) foi validada com estudantes de medicina do terceiro ano, com amostra de 111 participantes e o presente estudo contou com uma amostra de 167 profissionais da saúde. Ao verificarmos o número de participantes envolvidos observa-se ser maior que o estudo original ( $n = 139$ ) (Mason; Ellershaw, 2004) e o brasileiro ( $n = 109$ ) (Gryscek *et. al.*, 2020), destoando do grande número de participantes do estudo espanhol ( $n = 992$ ) (Herrero-Hahn *et. al.*, 2019).

O número de participantes de estudos desta natureza é controverso na literatura, seguem regras distintas, que variam de estabelecer um número fixo, por exemplo 100 ou 200 participantes, ou estabelecer um número de participantes para cada parâmetro do modelo (neste caso, referem-se aos itens da escala), como valores de 5 a 10 participantes por item (Wang; Rhemtulla, 2021). No presente estudo houve cerca de 7 participantes por item da escala analisada, que parece atender os postulados mais empregados nos estudos de validação.

Ainda, Wang e Rhemtulla (2021) descreveram que o número de participantes que compõe o estudo, número de itens e cargas fatoriais interferem nos resultados das análises fatoriais, sugerem ainda que as cargas fatoriais mais elevadas produzem melhores resultados destas análises. Assim, as cargas fatoriais da versão da SEPC-Br em estudo foram superiores a 0,80 em sua totalidade, além de ter um número de participantes suficiente para credibilizar os resultados obtidos.

A presente dissertação visou verificar a validade da escala SEPC-Br entre profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar, diferentemente dos estudos de validação espanhol (Herrero-Hahn *et. al.*, 2019), que trabalhou somente com a equipe de enfermagem, e brasileiro, que trabalhou somente com estudantes de medicina (Gryschek *et. al.*, 2020). O estudo original de Mason e Ellershaw (2004) construiu e validou a escala com estudantes de medicina do quarto ano, somente. Em suma, nenhum estudo de validação da escala SEPC em diferentes contextos objetivou o uso do instrumento com outros profissionais de saúde da equipe.

A presença de uma equipe interdisciplinar e o trabalho em equipe nos serviços de cuidados paliativos são vistos como funcionalidades indispensáveis para esta abordagem assistencial. Na literatura se evidencia que os pacientes acompanhados por uma equipe de cuidados paliativos têm a oportunidade de discutir sobre os cuidados de final de vida, além da redução dos sintomas físicos e psicológicos (Shibata *et. al.*, 2021). Deste modo considera-se que os instrumentos que analisam aspectos relativos aos cuidados paliativos, como os de auto eficácia, devem ser ampliados e voltados para toda a equipe multiprofissional.

Quanto aos procedimentos de coleta de dados, tanto este estudo quanto o estudo espanhol utilizaram-se de meios virtuais para a coleta de dados, e o estudo brasileiro foi conduzido pessoalmente. Ademais, o estudo espanhol e o brasileiro realizaram pré-teste, tendo em vista que também foi feita a adaptação cultural destes antes da aplicação final (Gryschek *et. al.*, 2020; Herrero-Hahn *et. al.*, 2019). Os estudos realizados por meio de plataformas virtuais foram amplamente implementados com o contexto pandêmico mundial e com o avanço tecnológico, sendo um recurso importante para acessar os participantes em regiões diversas.

Em relação os resultados da análise fatorial da versão espanhola da SEPC o modelo de 3 fatores originou uma estrutura de 4 fatores, com a divisão do domínio de Manejo do paciente em duas partes, denominada de Manejo do paciente - físico, contemplando os itens 9 a 13 da escala original, e Manejo do paciente - psicossocial e espiritual, contemplando os itens 14 a 16 da escala original. Ainda, os autores verificaram a necessidade de alterar as opções de resposta a partir da escala original, que teve sua pontuação alterada de 0 a 100 por uma escala Likert de 0 a 10 (Herrero-Hahn *et. al.*, 2019).

Os resultados da análise fatorial confirmatória dessa pesquisa corroboram com os de Gryschek *et. al.* (2020) e Herrero-Hahn *et. al.* (2019) no que se refere os resultados dos índices de ajustes, em ambos os estudos os índices CFI e RMSEA também foram analisados e adequados aos valores estabelecidos na literatura (Bentler, 1990; Norm O'rourke; Hatcher, 2013).

O estudo espanhol analisou a validade discriminantes entre grupos conhecidos, observando escores de auto eficácia mais altos em participantes que já possuíam experiência ou treinamento para cuidados de pacientes em CP, e ausência de diferenças significativas entre profissionais especialistas/pós-graduados na temática e profissionais não especialistas. A análise de dados foi feita a partir de 3 grupos: estudantes e profissionais; somente estudantes; e somente profissionais (Herrero-Hahn *et. al.*, 2019). Como uma forma de investigar a validade de constructo convergente a versão brasileira da SEPC empregou a validade convergente com a Escala de Tanatofobia (TS-Br), verificando correlação negativa entre as escalas, ou seja, quanto maior o medo da morte, menor a auto eficácia em cuidados paliativos, conforme esperado pelos autores (Gryschek *et. al.*, 2020).

O presente estudo também verificou a validade convergente da SEPC, contudo analisou se a medida de auto eficácia em cuidados paliativos estava relacionada com o conhecimento em cuidados paliativos percebido pelos profissionais, por meio da EPCS-Br (Garcia *et. al.*, 2019). Constatou-se que o conhecimento e a auto eficácia em cuidados paliativos são positivamente correlacionados.

Maiores níveis de autoeficácia dos profissionais podem indicar melhor capacidade dos profissionais em lidar com as necessidades que os pacientes vivenciam no contexto de cuidados paliativos, ainda, no âmbito laboral, os trabalhadores podem sofrer influência positiva na motivação, rendimento e enfrentamento, além de maior engajamento no trabalho e modulação frente a fatores estressantes (Pereyra Girardi *et. al.*, 2018).

A análise de confiabilidade da SEPC foi verificada por meio da consistência interna nos três estudos, empregaram o Alfa de Cronbach. A confiabilidade da SEPC quando utilizada com profissionais de saúde é semelhante aos resultados observados na SEPC-Espanha e SEPC-Br (com estudantes de medicina). Na SEPC-Espanha os valores do Alfa de Cronbach variaram de 0,895 a 0,952 nas subescalas (modelo de 4 fatores); na SEPC-Br variaram de 0,93 a 0,97. Neste estudo, a variação foi de 0,917 a 0,978, convergindo com os resultados do estudo de Gryschek *et. al.*, e demonstrando alta confiabilidade do instrumento para o uso proposto. A escala original apresentou confiabilidade variando de 0,93 a 0,95 nos domínios (Mason; Ellershaw, 2004).

Os valores altos de confiabilidade evidenciam a consistência dos resultados encontrados, conferindo estabilidade à escala quando usada em diferentes ocasiões ou por diferentes avaliadores, tornando-a precisa. Na situação deste estudo, em que a escala foi aplicada com profissionais de diferentes categorias, ela mostrou-se estável em outras situações.

Esta pesquisa apresentou resultados que se comparam de forma satisfatória aos outros estudos de validação da mesma escala, pois seguiram padrões semelhantes de respostas, com um método de pesquisa robusto e eficaz.

Os CP têm dentre seus princípios a abordagem multiprofissional (WHPCA, 2020), e a própria OMS determinou a importância do treinamento para os profissionais de saúde em sua 67ª Assembleia Mundial de Saúde (WHO, 2014). A assistência integral só se faz mediante a presença de uma equipe multidisciplinar, e a avaliação da eficácia de toda a equipe faz-se importante tendo em vista seu efeito em diversos aspectos cognitivos e mostrando-se útil para o aumento de comportamentos positivos (Pereyra Girardi *et. al.*, 2018). A extensão da avaliação de auto eficácia por meio da SEPC-Br para a equipe multidisciplinar se dá para a melhora da oferta de cuidados paliativos integrais a todos os pacientes que os necessitam, justificando a realização desse estudo.

## 7.1 LIMITAÇÕES

Observou-se como limitação dessa pesquisa a composição da amostra ser majoritariamente por enfermeiros, fato explicado pelo auxílio de divulgação a essa categoria profissional pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) dentre os associados, o que não ocorreu por parte de órgãos reguladores de outras categorias, ainda que a autora tenha entrado em contato com instituições de ensino superior e órgãos reguladores de diversas categorias profissionais em todo o país.

## 7.2 CONTRIBUIÇÕES

Identificou-se como principal contribuição deste trabalho a possibilidade da reflexão sobre o ensino em cuidados paliativos para os profissionais de saúde, tendo em vista o déficit dessa temática nos cursos de graduação, o que reflete diretamente na autoeficácia em CP dos profissionais formados. Com a melhora da auto eficácia os pacientes, profissionais de saúde, equipe, ensino e sistema de saúde como um todo são mais eficazes no cuidado de pacientes em CP.

## 8 CONCLUSÕES

A principal contribuição desse estudo foi a validação do uso da escala SEPC para a equipe multiprofissional, permitindo que outros estudos possam ser desenvolvidos com profissionais para além da enfermagem e medicina a partir do uso de um instrumento válido e confiável no contexto dos cuidados paliativos.

Os resultados deste estudo demonstraram que entre os profissionais da saúde, a versão brasileira da SEPC pode ser considerada confiável e válida. Uma vez que se obteve níveis satisfatórios de consistência interna e de validade de constructo, convergente e fatorial. Ademais, a análise fatorial confirmatória evidenciou uma organização dos itens de modo semelhante a versão original. A hipótese do estudo (“Há correlação positiva, de moderada a forte intensidade, entre a medida da SEPC-Br e a medida da EPSC-Br”) foi confirmada por meio dos resultados.

Não obstante, a associação fortemente positiva entre níveis educacionais e níveis de auto eficácia em CP também promove a reflexão acerca da importância de treinamento, educação permanente e continuada, e inserção e reforço do ensino em CP em instituições de ensino de cursos de saúde, principalmente por se tratar de temática inevitável para o profissional, seja em grau maior ou menor: todos terão de lidar com a finitude, tanto do paciente cuidado, quanto com sua própria.

A auto eficácia é um conceito a ser considerado quando se trata do desenvolvimento de cursos acerca de uma temática. Tendo em vista a necessidade de aumento da educação em CP nas instituições de ensino superior e de saúde, é reforçada a importância da AE para melhores resultados.

A pesquisa apresentada nesta dissertação apresentou resultados bastante satisfatórios quanto ao uso da escala SEPC-Br pela equipe multiprofissional, sendo necessários mais estudos em diferentes contextos para que reforçar seu uso em ambientes profissionais e de ensino.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. DE S. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2729–2732, set. 2013.

ALMEIDA, A. R. L. P. DE et al. Nursing in Palliative Care in Dissertations and Theses in Brazil: a Bibliometric Study. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, n. e-1188, p. 1–8, 2019.

ALVES, R. S. F. et al. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, 2019.

ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos**. [s.l.] Academia Nacional de Cuidados Paliativos, ago. 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>.

ANCP. **Análise Situacional e Recomendações para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil**. [s.l.] Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2018a. Disponível em: <[https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL\\_ANCP-18122018.pdf](https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2022.

ANCP. **Panorama Dos Cuidados Paliativos No Brasil**. [s.l.] Academia Nacional de Cuidados Paliativos, out. 2018b. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2022.

ANCP. **ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil**. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>. Acesso em: 28 out. 2022.

ARTINO, A. R. Academic self-efficacy: from educational theory to instructional practice. **Perspectives on Medical Education**, v. 1, n. 2, p. 76–85, 11 abr. 2012.

ASLAKSON, R. et al. **Assessment Tools for Palliative Care**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2017.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191–215, 1977.

BANDURA, A. Self-efficacy: the exercise of control. **Choice Reviews Online**, v. 35, n. 03, p. 35–182635–1826, 1 nov. 1997.

BANDURA, A. et al. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BANDURA, A.; BARAB, P. G. Conditions governing nonreinforced imitation. **Developmental Psychology**, v. 5, n. 2, p. 244–255, 1971.

BANDURA, A.; BLANCHARD, E. B.; RITTER, B. Relative efficacy of desensitization and

modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 13, n. 3, p. 173–199, 1969.

BANDURA, A.; CERVONE, D. Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 38, n. 1, p. 92–113, ago. 1986.

BANDURA, A.; ROSENTHAL, R. Psychological modeling: theory and practice. In: **Handbook of psychotherapy and behavior change**. New York: Wiley, 1978. p. 621–658.

BENTLER, P. M. Comparative fit indexes in structural models. **Psychological Bulletin**, v. 107, n. 2, p. 238–246, 1990.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. DE A. L. M. DA. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 98–104, mar. 2006.

BYRNE, B. M. **Structural Equation Modeling With Lisrel, Prelis, and Simplis**. 1ª edição ed. [s.l.] Psychology Press, 2013. p. 432

CARLOS, A.; BRITO, F.; DE, C. **População e políticas sociais no Brasil : os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais**. Brasília, Df: Cgee, Centro De Gestão E Estudos Estratégicos, 2008.

CASTRO, A. A.; TAQUETTE, S. R.; MARQUES, N. I. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 2, 2021.

CFM. **Código de Ética Médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 27 set. 2018. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2022.

CNS. **Resolução nº 466/2012**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2022.

COFEN. **Resolução COFEN Nº 564/2017**. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)>. Acesso em: 1 ago. 2022.

COFFITO. **Resolução nº 539 de 29 de Setembro de 2021**.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1805/2006**. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em: 8 set. 2022.

COSTA, Á. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 1041–1052, 3 maio 2016.

COZBY, P. C.; BATES, S. **Methods in behavioral research**. 13th. ed. New York, Ny:

Mcgraw-Hill Education, 2018.

DAVIS, A. et al. Development of a new undergraduate palliative care knowledge measure. **Journal of Professional Nursing**, v. 36, n. 1, p. 47–52, jan. 2020.

FRANCO, H. C. P. et al. Papel da Enfermagem na Equipe de Cuidados Paliativos: a Humanização no Processo da Morte e Morrer. **Gestão & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 48–61, 2017.

GARCIA, A. C. M. et al. Translation, cultural adaptation, and validation of the Brazilian Portuguese version of the End-of-Life Professional Caregiver Survey. **Palliative and Supportive Care**, v. 18, n. 5, p. 569–574, 27 nov. 2019.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155–166, dez. 2016.

GRANAT, L. et al. Translation, adaptation, and validation of the Self-efficacy in Palliative Care scale (SEPC) for use in Swedish healthcare settings. **BMC Palliative Care**, v. 21, n. 1, 11 abr. 2022.

GRYSCHKEK, G. et al. Assessing Palliative Care Education in Undergraduate Medical students: Translation and Validation of the Self-Efficacy in Palliative Care and Thanatophobia Scales for Brazilian Portuguese. **BMJ Open**, v. 10, n. 6, p. e034567, jun. 2020.

GULLIKSEN, H. **Theory of Mental Tests**. [s.l.] Routledge, 2013.

GUTIÉRREZ SANMARTÍN, M.; ESCARTÍ CARBONELL, A.; PASCUAL BAÑOS, C. Relaciones entre empatía, conducta prosocial, agresividad, autoeficacia y responsabilidad personal y social de los escolares. **Psicothema (Oviedo)**, v. 1, n. 23, p. 13–19, 2011.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. [s.l.] Porto Alegre Bookman, 2009.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Palliative care: an Approach Based on the Professional Health Categories. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577–2588, 1 set. 2013.

HERRERO-HAHN, R. et al. Cultural Adaptation, Validation, and Analysis of the Self-Efficacy in Palliative Care Scale for Use with Spanish Nurses. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 23, p. 4840, 2 dez. 2019.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica - 4.ed.** [s.l.] Artmed Editora, 2015.

KAHN, J. H. Factor Analysis in Counseling Psychology Research, Training, and Practice. **The Counseling Psychologist**, v. 34, n. 5, p. 684–718, set. 2006.

LAZENBY, M. et al. Validity of the End-of-Life Professional Caregiver Survey To Assess for Multidisciplinary Educational Needs. **Journal of Palliative Medicine**, v. 15, n. 4, p. 427–431, abr. 2012.

LORD, F. M. **A Theory of Test Scores**. [s.l.] Psychometric Society, 1952.

MASON, S.; ELLERSHAW, J. Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceived efficacy and outcome expectancies in palliative care. **Medical Education**, v. 38, n. 10, p. 1103–1110, out. 2004.

MATTOS, V. L. D.; KONRATH, A. C.; AZAMBUJA, A. M. V. **Introdução à estatística**. Rio de Janeiro: LTC — Livros Técnicos e Científicos, 2017.

MEINCHENBAUM, D. Teaching thinking: a cognitive- behavioral perspective. In: **Thinking and learning skills: research and open questions**. Hillsdale: Erlbaum, 1984. p. 407–426.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de Novembro de 2022**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução Nº 41, de 31 de Outubro de 2018**, 31 out. 2018.

Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html)>. Acesso em: 1 ago. 2022

MOSICH, V.; SELLNER-POGÁNY, T.; WALLNER, J. PKT - Palliative competence test for physicians: Design and validation of a questionnaire to assess knowledge and specific self-efficacy expectations of physicians in palliative care. **Schmerz**, v. 4, n. 31, p. 375–382, 2017.

MOTA-ROMERO, E. et al. NURsing Homes End of Life care Program (NUHELP): developing a complex intervention. **BMC Palliative Care**, v. 20, n. 20, p. 98, 26 jun. 2021.

MOYER, K. M. et al. A New Competency-Based Instrument to Assess Resident Knowledge and Self-Efficacy in Primary Palliative Care. **Am J Hosp Palliat Care**, v. 2, n. 37, p. 117–122, 2020.

NEVES, S. P.; FARIA, L. Auto-conceito e auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, n. 6, p. 206–218, 2009.

NORM O'ROURKE; HATCHER, L. **A Step-by-step approach to using SAS® for factor analysis and structural equation modeling**. Cary, North Carolina: Sas, 2013.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. New York: Mcgraw-Hill, 1994.

OLIVEIRA, A. S. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69–79, 1 nov. 2019.

ORNELAS, M. et al. Autoeficacia Percibida en la conducta Académica de Estudiantes Universitarias. **Formación universitaria**, v. 5, n. 2, p. 17–26, 2012.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. SPE, p. 992–999, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5. ed. [s.l.] Editora Vozes, 2013.

PEREYRA GIRARDI, C. I. et al. Auto-Eficácia: Uma Revisão Aplicada em Diversas Áreas da Psicologia. **Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS**, v. 16, n. 2, p. 299–325, 1 ago. 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of Nursing Research : Appraising Evidence for Nursing Practice**. 10. ed. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer, Copyright, 2022.

RAPANOS, B. M.; OLIVEIRA, E. C. DE; FERREIRA, W. F. DA S. Percepções e Conflitos dos Acadêmicos de Enfermagem sobre Cuidados Paliativos. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 65, 26 out. 2020.

RASCH, G. **Probabilistic Models for Some Intelligence and Attainment Tests**. [s.l.] Univ of Chicago Pr, 1981.

RIBEIRO, B. S. et al. Ensino dos Cuidados Paliativos na graduação em Enfermagem do Brasil. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 6, 2019.

ROSENTHAL, T. L.; ZIMMERMAN, B. J. **Social learning and cognition**. New York: Academic Press, 1978.

SANSINENEA, E. et al. Autoconcordancia y autoeficacia en los objetivos personales: ¿cuál es su aportación al bienestar? **An. psicol**, v. 1, n. 24, p. 121–128, 2008.

SAUNDERS, C. **Velai Comigo - Inspiração para uma vida em cuidados paliativos**. Tradução: Franklin Santana Santos. Salvador: FSS, 2018. p. 96

SHIBATA, T. et al. Multidisciplinary Team-Based Palliative Care for Heart Failure and Food Intake at the End of Life. **Nutrients**, v. 13, n. 7, p. 2387, 13 jul. 2021.

SOUZA, A. C. DE et al. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiologia E Serviços De Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649–659, jul. 2017.

STACCIARINI, T. S. G. **Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado “Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised” para o Brasil**. Dissertation—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: [s.n.].

STEVENS, S. S. On the Theory of Scales of Measurement. **Science**, v. 103, n. 2684, p. 677–680, 7 jun. 1946.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of clinical epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34–42, 2007.

THE ECONOMIST. **The 2015 Quality of Death Index**. London: The Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível em: <<http://www.qualityofdeath.org/>>. Acesso em: 8 set. 2022.

VOLPIN, M. C. et al. Ensino Sobre Cuidados Paliativos Nos Cursos Da Área De saúde: apontamentos sobre lacunas e caminhos. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 11, n. 1, p. 140–153, 31 mar. 2022.

WANG, Y. A.; RHEMTULLA, M. Power Analysis for Parameter Estimation in Structural Equation Modeling: A Discussion and Tutorial. **Advances in Methods and Practices in Psychological Science**, v. 4, n. 1, p. 251524592091825, jan. 2021.

WAZQAR, D. Y. Arabic version of the Palliative Care Self-Efficacy Scale: Translation, adaptation, and validation. **Palliative and Supportive Care**, p. 1–8, 26 out. 2022.

WHITEHEAD, A. N.; RUSSELL, B. **Principia Mathematica**. [s.l.] Nabu Press, 2009.

WHO. **Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators**. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>>. Acesso em: 1 ago. 2022.

WHO. **WHO Definition of Palliative Care**. Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 18 jul. 2019.

WHPCA. **Global Atlas of Palliative Care**. 2. ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sixty-Seventh World Health Assembly**. Geneva: [s.n.].

YU, C.-Y. **Evaluating Cutoff Criteria of Model Fit Indices for Latent Variable Models with Binary and Continuous Outcomes**. Dissertation—University of California: [s.n.].

## APÊNDICES

### **Apêndice A. Texto utilizado para realizar o convite do estudo nas redes sociais e recrutamento dos participantes**

“Prezado profissional de saúde,

Você está sendo, por meio deste contato, convidado para participar da pesquisa intitulada “ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE AUTO EFICÁCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS (SEPC-BR) ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE”, parte do projeto de mestrado da aluna Mary Cristina Hernandez Xavier, sob supervisão da Prof<sup>a</sup> Aline Helena Appoloni Eduardo, ambas vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

Este estudo tem como objetivo analisar as propriedades psicométricas da Escala de Auto Eficácia em Cuidados Paliativos (SEPC-BR) entre profissionais da saúde, a fim de obter dados relacionados à segurança para desenvolver e falar sobre Cuidados Paliativos com equipe e paciente envolvidos no processo assistencial. Este formulário foi encaminhado para você por ser profissional da saúde e possuir idade igual ou superior a 18 anos. A coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob nº de CAAE: 51462621.9.0000.5504 (cujo parecer encontra-se em anexo a este e-mail).

Sua participação é voluntária. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está disponível para download pelo link [www.encurtador.com.br/ekC89](http://www.encurtador.com.br/ekC89).

O formulário leva em torno de 15 minutos para ser preenchido, é feito de forma virtual, por meio deste link de acesso: <https://forms.gle/gFvgRym1bHeCwWLC7>.”

## **Apêndice B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(Resolução 510/2016 do CNS)**

#### **ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE AUTO EFICÁCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS (SEPC-BR) ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Você está sendo convidado(a) para participar do estudo “Análise das propriedades psicométricas da Escala de auto eficácia em cuidados paliativos (SEPC-BR) entre profissionais da saúde”, esta pesquisa é parte de um projeto de Mestrado desenvolvido por Mary Cristina Hernandez Xavier sob orientação da Professora Doutora Aline Helena Appoloni Eduardo, ambas vinculadas ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

Este estudo tem como objetivo analisar as propriedades psicométricas da Escala de Auto Eficácia em Cuidados Paliativos (SEPC-BR) entre profissionais da saúde. Este formulário foi encaminhado para você por ser profissional da saúde e possuir idade igual ou superior a 18 anos.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento a você poderá decidir se deseja participar e preencher o questionário. Se desejar desistir da participação durante o preenchimento do questionário ou após o preenchimento, e poderá retirar seu consentimento sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Caso você aceite a participar da pesquisa irá:

Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste Termo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), o qual poderá ser impresso, clicando no link ([www.encurtador.com.br/ekC89](http://www.encurtador.com.br/ekC89)) ou solicitando ao pesquisador via endereço de e-mail fornecido, se assim o desejar. Por gentileza, reforçamos a importância de você guardar em seus arquivos uma cópia deste documento.

Responder ao questionário on-line que terá tempo gasto para seu preenchimento em torno de 15 minutos.

Caso não concorde, basta fechar a página do navegador.

Caso desista de participar durante o preenchimento do questionário e antes de finalizá-lo, os seus dados não serão gravados, enviados e nem recebidos pela pesquisadora e serão apagados ao se fechar a página do navegador.

Caso tenha finalizado o preenchimento e enviado suas respostas do questionário e após decida desistir da participação deverá informar a pesquisadora desta decisão e esta descartará os seus dados recebidos sem nenhuma penalização.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista em ambiente virtual em formulário disponibilizado pelo Google® e será baseada nas respostas obtidas por três questionários. O primeiro coletará informações para sua identificação, informações acadêmicas e experiências sobre cuidados paliativos, o segundo possui questões sobre a sua confiança em prestar os cuidados paliativos e o terceiro possui questões sobre as necessidades educacionais específicas relacionadas aos cuidados paliativos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, sendo assim, não está prevista divulgação de seu nome em qualquer fase do estudo. Caso seja necessário exemplificar alguma situação, sua privacidade estará assegurada. Ainda assim, os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e(ou) trabalhos científicos. É garantido aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa, os mesmos poderão solicitá-los à pesquisadora responsável do estudo, por e-mail disponibilizado abaixo, a qualquer momento. Também é garantido aos participantes recusarem a responder qualquer questão contida no formulário.

A participação não oferece riscos imediatos a você, porém há riscos subjetivos, uma vez que, em alguns casos, pode-se experimentar desconforto e sentimentos desagradáveis relacionados às perguntas nele contidas. Além disso, é possível que você sinta um leve cansaço após o término, em decorrência da utilização de ambiente virtual, além de riscos característicos da utilização de ambiente virtual, meios eletrônicos ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Dentre os riscos, estão: a possibilidade de sensações como desconforto, medo, vergonha, estresse e cansaço, alterações na autoestima ou visão de mundo provocadas pela leitura das perguntas relacionadas à sua própria prática profissional, decorrentes do tempo disposto pelo participante para responder a questões possivelmente sensíveis. Caso isto ocorra você é livre para suspender sua participação, ou pode interromper o preenchimento dos instrumentos e retornar oportunamente.

Os dados dos participantes serão anonimizados, pois o questionário se encontra em ambiente virtual e o ato de respondê-lo não possibilitará a identificação do respondente, e o questionário não é composto por quaisquer perguntas que solicitem informações pessoais além

das iniciais do próprio nome, para identificação de forma genérica no estudo. Além disso, garantimos que todas as respostas no formulário serão mantidas em sigilo e nenhuma informação será fornecida à outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores na divulgação dos dados deste estudo o seu nome não será citado. As informações obtidas serão armazenadas pelas pesquisadoras por cinco anos. Ainda, informamos que há limitações por parte das pesquisadoras para assegurar confidencialidade durante o curso da pesquisa, mas medidas foram adotadas de forma a preservar o máximo possível a confidencialidade neste estudo são: somente uma das pesquisadoras do estudo terá acesso ao formulário eletrônico e suas respostas, o mesmo foi gerado por meio de uma conta institucional de acesso exclusivo desta pesquisadora, cuja verificação acontece em duas etapas; os dados coletados estarão protegidos por senha; após a finalização da coleta de dados a pesquisadora que possui acesso aos mesmos irá realizar download e arquivar em seu computador por um período de cinco anos, todos os arquivos e registros da plataforma virtual serão apagados imediatamente, inclusive de ambientes compartilhados ou “nuvem”; o acesso ao formulário e dados coletados pela pesquisadora acontecerá sempre do mesmo computador que tem proteção anti-vírus; a pesquisadora responsável pelos dados encaminhará os mesmos para análise estatística que será feita por uma empresa privada e somente o relatório das análises estatísticas será compartilhado com a equipe de pesquisa. Por fim, asseguramos que nenhuma informação a respeito do seu dispositivo eletrônico utilizado para responder a pesquisa será acessado.

Caso você sinta que tenha sofrido danos diretos e indiretos, imediatos e tardios decorrentes da sua participação na pesquisa, você terá direito à assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário. Recomendamos que entre em contato com a pesquisadora, que será oferecida os cuidados necessários para atender as demandas por meio de contato direto com você.

Sua participação não acarreta nenhum custo ou compensação financeira. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa e eventuais gastos que derivarem de sua participação serão ressarcidos.

Você não terá nenhum benefício direto. Porém, este trabalho poderá contribuir de forma indireta para ampliar as ferramentas sobre avaliação da auto eficácia para prestar os cuidados paliativos por profissionais da saúde.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes

de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

**Pesquisador Responsável:** Mary Cristina Hernandez Xavier

**Endereço para contato:** R. Ferdinando Panattoni, nº 400, Campinas, São Paulo, Brasil  
Contato telefônico: +55 (19) 99906-2301

**Email:** maryhernandezx@gmail.com

Consentimento livre e esclarecido

Após ter lido sobre os esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que esta pesquisa possa acarretar, quanto a participar da pesquisa:

(ÍCONE) Aceito

(ÍCONE) Não aceito

## Apêndice C. Formulário de caracterização dos participantes do estudo

Nome: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Como se identifica em relação ao gênero?

Feminino

Masculino

Prefiro não dizer

Outro:

3. Como se identifica em relação à sua etnia?

Branca

Preta

Indígena

Pardo

Outro:

4. Estado civil

Solteiro

Casado

União estável

Divorciado

Viúvo

Outro:

5. Religião

Católico

Evangélico

Espírita

Ateu

Agnóstico

Outro:

6. Formação profissional

Graduação completa

Especialização completa

Especialização incompleta

Pós-graduação strictu-sensu incompleta

- Mestrado
- Doutorado
- Outros

7. Formação em cuidados paliativos

- Sim
- Não

8. Tipo de formação em cuidados paliativos (especificar): \_\_\_\_\_

9. Área de atuação

- Atenção básica
- Atenção hospitalar
- Atenção ambulatorial
- Serviço específico de cuidados paliativos
- Instituição de longa permanência para idosos (ILPI)
- Profissional autônomo
- Outro:

10. Tempo de atuação profissional: \_\_\_\_\_

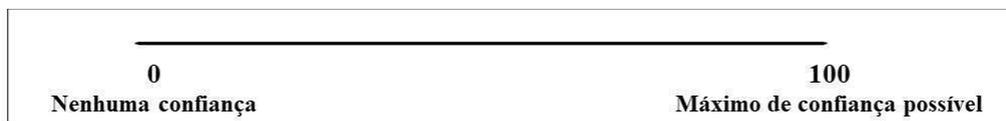
9. Tempo de atuação profissional em cuidados paliativos:  
\_\_\_\_\_

## ANEXO

### Anexo I. Escala de Auto Eficácia em Cuidados Paliativos (SEPC-Br)

A escala é composta por itens em três domínios: C – Comunicação; GP – Gestão do paciente; e TM – Trabalho multidisciplinar. Os itens descritos nesta escala são os traduzidos por GRYSCHKÉ em estudo de adaptação. Cada item é avaliado por uma Escala Visual Analógica EVA que varia de 0 a 100. No instrumento online, será apresentada a seguinte instrução para as respostas, que serão colocadas em formulário que permite somente respostas com numerais inteiros de 0 a 100.

A seguir, você irá responder questões a respeito de como você se sente confiante em realizar os Cuidados Paliativos. Cada item desta escala é avaliado por uma Escala Visual Analógica que varia de 0 a 100, como representado na figura abaixo.



**Observação:** Marcações mais próximas do valor "0" significam baixa confiança em realizar os Cuidados Paliativos e marcações mais próximas do valor "100" significam alta confiança em realizar os Cuidados Paliativos.

Para responder aos itens abaixo, você deverá indicar um valor entre 0 e 100, que representa o seu nível de Autoeficácia para realizar a afirmação, conforme no exemplo a seguir:

**Questão 1.** Ao conversar os efeitos esperados do câncer com meu paciente.

**Resposta:** 90

#### Domínio CM - Comunicação

- CM1)** Ao conversar os efeitos esperados do câncer com meu paciente
- CM2)** Ao conversar os efeitos esperados do câncer com os familiares do meu paciente
- CM3)** Ao conversar assuntos relacionados à morte e ao processo de morrer
- CM4)** Ao conversar com o paciente sobre a morte do próprio paciente
- CM5)** Ao conversar com a família do paciente sobre a morte futura do paciente
- CM6)** Ao conversar com a família enlutada a morte do paciente
- CM7)** Ao responder à pergunta do paciente: “Quanto tempo de vida eu tenho?”
- CM8)** Ao responder à pergunta do paciente: “Eu passarei por muito sofrimento e dor?”

#### Domínio GP – Gestão do paciente

- GP1)** Com minha habilidade de avaliar as necessidades do paciente

- GP2)** Com meus conhecimentos sobre a causa de sintomas comuns sofridos por pacientes em cuidados paliativos
- GP3)** Com minha habilidade de manejar sintomas comuns sofridos por pacientes em cuidados paliativos
- GP4)** Com minha habilidade de prescrever medicação para controle da dor de modo adequado
- GP5)** Com meu conhecimento dos efeitos terapêuticos e colaterais de medicações analgésicas
- GP6)** Com minha habilidade de fornecer cuidado psicológico para o paciente em cuidado paliativo e sua família
- GP7)** Com minha habilidade de fornecer cuidado social para o paciente em cuidado paliativo e sua família
- GP8)** Com minha habilidade de fornecer cuidado espiritual para o paciente em cuidado paliativo e sua família

#### Domínio TM – Trabalho Multidisciplinar

- TM1)** Trabalhando com uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos
- TM2)** Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para fisioterapia no momento certo
- TM3)** Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para terapia ocupacional no momento certo
- TM4)** Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para terapias complementares (por exemplo, acupuntura, massoterapia, etc.) no momento certo
- TM5)** Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para tratamento de linfedema no momento certo
- TM6)** Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para avaliação psiquiátrica no momento certo
- TM7)** Encaminhando pacientes em cuidados paliativos para um conselheiro espiritual no momento certo

### **I. Escala de Necessidades Educacionais de Profissionais de Saúde de Cuidados Paliativos**

Abaixo há uma lista de afirmações que outros cuidadores profissionais afirmaram ser importantes. Por favor, circule um número por linha para indicar sua resposta, tal como ela se aplica a você no dia de hoje.

	<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Relativ amente</b>	<b>Muito</b>
Sinto-me confortável em ajudar famílias a aceitarem um prognóstico ruim	0	1	2	3	4
Sou capaz de estabelecer metas para os cuidados com os pacientes e suas famílias	0	1	2	3	4
Sinto-me confortável em falar com os pacientes e suas famílias sobre escolhas pessoais e autonomia	0	1	2	3	4
Sinto-me confortável em iniciar e em participar de discussões sobre as diretivas antecipadas de vontade	0	1	2	3	4
Posso ajudar os membros da família a lidar com o processo de luto	0	1	2	3	4
Sou capaz de registrar as necessidades e intervenções realizadas em meus pacientes	0	1	2	3	4
Sinto-me confortável em falar com outros profissionais de saúde sobre o cuidado de pacientes em fim de vida	0	1	2	3	4
Sinto-me confortável ao ajudar a resolver conflitos familiares sobre os cuidados de fim de vida	0	1	2	3	4
Posso reconhecer a morte iminente (alterações fisiológicas a ela associadas)	0	1	2	3	4
Sei como usar terapias não-farmacológicas no tratamento de sintomas do paciente	0	1	2	3	4
Sou capaz de abordar o medo de pacientes e seus familiares sobre o vício em analgésicos	0	1	2	3	4
Estimulo pacientes e seus familiares a cumprirem as diretivas antecipadas de vontade	0	1	2	3	4
Sinto-me confortável em lidar com questões éticas relacionadas a pacientes em fim de vida/hospice/cuidados paliativos	0	1	2	3	4

Sou capaz de lidar com meus sentimentos em relação ao trabalho com pacientes que estão morrendo	0	1	2	3	4
Sou capaz de estar presente junto a pacientes que estão morrendo	0	1	2	3	4
Consigo abordar questões espirituais com os pacientes e suas famílias	0	1	2	3	4
Sinto-me confortável em lidar com as perspectivas religiosas e culturais dos pacientes e de suas famílias	0	1	2	3	4
Sinto-me confortável ao oferecer aconselhamento sobre o luto para as famílias	0	1	2	3	4
Sinto-me confortável ao oferecer aconselhamento sobre o luto para os membros da equipe	0	1	2	3	4
Eu entendo que os fatores culturais influenciam os cuidados do final da vida	0	1	2	3	4
Eu reconheço quando é apropriado encaminhar os pacientes para o hospice	0	1	2	3	4
Estou familiarizado com os princípios e com as diretrizes nacionais de cuidados paliativos	0	1	2	3	4
Sou competente em ajudar pacientes e famílias a transitar pelo sistema de saúde	0	1	2	3	4
Estou familiarizado com os serviços oferecidos pelo hospice	0	1	2	3	4
Sou competente em ajudar a manter a continuidade dos cuidados em diferentes ambientes de cuidado	0	1	2	3	4
Sinto-me confortável em lidar com solicitações de suicídio assistido	0	1	2	3	4
Tenho recursos pessoais que ajudam nas minhas necessidades ao trabalhar com pacientes em fim de vida e suas famílias	0	1	2	3	4
Sinto que meu local de trabalho oferece recursos de apoio aos membros da equipe que cuidam de pacientes em fim de vida	0	1	2	3	4