



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

NATHÁLIA ELLEN MAIA NUNES

**COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA**

CAJAZEIRAS – PB

2016

NATHÁLIA ELLEN MAIA NUNES

**COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ma. Rayrla Cristina de Abreu Temoteo

**CAJAZEIRAS – PB
2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

N972p Nunes, Nathália Ellen Maia.
Compreensão dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre os cuidados paliativos: revisão integrativa / Nathália Ellen Maia Nunes. - Cajazeiras, 2016.
52p.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Rayrla Cristina de Abreu Temoteo.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Enfermagem - cuidados paliativos. 2. Saúde - atenção primária. 3. Doenças incuráveis. 4. Enfermagem - cuidados. I. Temoteo, Rayrla Cristina de Abreu. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-083

NATHÁLIA ELLEN MAIA NUNES

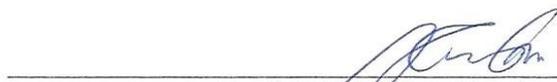
**COMPREENSÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Aprovada em 07/10/2016

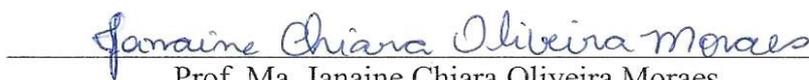
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Ma. Rayrla Cristina de Abreu Temoteo
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Orientadora



Prof. Dr. Anúbes Pereira de Castro
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Examinadora



Prof. Ma. Janaine Chiara Oliveira Moraes
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu Deus todo poderoso e misericordioso.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e me amaram incondicionalmente.

Ao meu noivo pela paciência e amor a mim ofertados.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me iluminar hoje e sempre, me ajudando e guiando em mais uma etapa que se conclui na minha vida, e apesar de todos os percalços no meio do caminho não me deixou desistir ou fraquejar.

Agradeço imensamente aos meus pais pelos ensinamentos, paciência, amor incondicional, dedicação e tempo a mim empregados. Amo vocês mais que qualquer coisa ou palavra possa expressar. Sou grata a Deus todos os dias por ter me dado pais como vocês.

Ao meu noivo pela paciência, amor, dedicação, sorrisos e apoio quando mais precisei, pelo incentivo e pela atenção durante esses cinco anos, sei que temos muito mais para vivermos juntos. Obrigada por tudo, meu amor, o amo muito.

À minha Bibia por estar comigo desde que eu era bebê e por me acompanhar diariamente nesses anos de faculdade e tenho certeza que me acompanhará por toda a vida.

À minha família, principalmente a minha avó e ao meu titio, pela atenção, suporte, preocupação e por saber que sempre que precisar posso contar com eles.

Aos meus amigos do Quinteto Fantástico: Amanda, Arydyjany, Mike e Márcia Natália, por fazer desses quase cinco anos de faculdade se tornar os mais cômicos da minha vida, cheios de amor, gargalhadas, *fighths* e aprendizados.

Agradeço imensamente à minha orientadora Prof.^a Rayrla por ser um anjo que Deus colocou na minha vida. Obrigada, principalmente, pela paciência durante as orientações, me atendendo sempre que precisei, sanando minhas dúvidas e me acalmando durante meus vários momentos de agonia. Que Deus possa agraciar sempre a vida da senhora.

“Deus disse: de maneira alguma te deixarei,
nunca, jamais te abandonarei.”

(Hebreus 13:5)

NUNES, N. E. M. **A Percepção dos Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde Sobre os Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa**. 52 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2016.

RESUMO

Introdução: Cuidado Paliativo é uma abordagem de atenção à saúde que visa à melhoria da qualidade de vida para pacientes em estágio avançado de doenças graves, incuráveis e progressivas, tendo como objetivo o controle de sinais e sintomas físicos e psicológicos. A proximidade geográfica, cultural e emocional dos profissionais da Atenção Primária à Saúde pode contribuir muito para que o cuidado de pessoas com doenças crônico-degenerativas ocorra de forma humanizada, respeitando-se a autonomia de pacientes e famílias de forma coordenada. **Objetivo:** Conhecer as opiniões dos enfermeiros do Programa de Saúde da Família sobre a implementação de cuidado paliativo na atenção básica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre a percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre os Cuidados Paliativos. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola; publicações disponíveis na íntegra de forma gratuita e artigos que abordassem a temática em questão, excluindo-se documentos que não se enquadraram nestes critérios. Foram realizadas duas buscas nas bases de dados Scielo, Bireme e Lilacs. Na primeira utilizando-se os descritores “Cuidados Paliativos” e “Atenção Primária à Saúde”. Na segunda foram adotados os descritores “Cuidados Paliativos”, “Atenção Primária à Saúde” e “Enfermagem”. Em ambas as buscas, os descritores foram aplicados nas três línguas descritas. **Resultados e Discussões:** Na primeira busca foram encontradas 2.677 publicações, com a retirada de artigos duplicados e aplicando-se os critérios de exclusão, restaram 09 artigos para análise. Na segunda busca encontrou-se 611 documentos, eliminando-se os artigos duplicados, e com o emprego dos critérios de exclusão, restaram 02 documentos para análise. Foram analisados 11 artigos, de acordo com o autor, ano de publicação, título, objetivos e principais resultados de cada documento. A partir disso, foram realizadas análises por categorias, sendo estas: Ética em Cuidados Paliativos; Dificuldades referentes à graduação; Necessidade de formação específica; Dificuldades em referenciar o paciente para outros serviços e Recomendações para prática de Enfermagem. **Conclusão:** Perceberam-se muitas dificuldades enfrentadas pelos cuidadores paliativistas durante suas ações, desde aspectos acadêmicos até éticos. A importância do enfermeiro como cuidador deve ser enfatizada e deficiências sanadas de acordo com suas demandas para que, assim, ocorra uma melhor qualidade de vida prestada às pessoas que já não possuem a cura como realidade.

Palavras-chaves: Cuidados Paliativos; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

NUNES, N. E. M. **Comprehension of Health Primary Care Nurses About Palliative Care: An Integrative Review.** 52 p. Work Completion of Course - Nursing Academic Unit (UAENF), Federal University of Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2016.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is a health care approach that aims to improve the quality of life for patients in advanced stages of serious diseases, incurable and progressive, aiming the control of physical and psychological signs and symptoms. The geographical, cultural and emotional closeness of the primary health care professionals can contribute much to the care of people with chronic diseases occur in a humane way, respecting the autonomy of patients and families in a coordinated manner. **Objective:** To know the opinions of nurses of the Family Health Program on the implementation of palliative care in primary care. **Methodology:** This is an integrative literature review that aims to gather and synthesize results of research on the perception of the primary health care nurses on palliative care. It was used as inclusion criteria for articles in Portuguese, English and Spanish; publications available in the free form of full and articles that addressed the issue in question, excluding documents that did not meet these criteria. two searches were carried out at Scielo databases, Bireme and Lilacs. In the first using the keywords "Palliative Care" and "Primary Health Care". In the second descriptors were adopted "Palliative Care", "Primary Health Care" and "Nursing". In both searches, the descriptors were applied in three languages described. **Results and Discussion:** In the first search found 2677 publications, with the removal of duplicate items and applying the exclusion criteria, 09 articles were left for analysis. In the second search was found 611 documents, eliminating duplicate items, and with the use of the exclusion criteria, remaining 02 documents for review. 11 articles were analyzed, according to the author, year of publication, title, objectives and main results of each document. From this analysis it was carried out by categories, which are: Ethics in Palliative Care; Difficulties related to graduation; Need for specific training; Difficulties refer the patient to other services and Recommendations for nursing practice. **Conclusion:** They realized, many difficulties faced by palliative caregivers for their actions, from academic aspects to ethical. The importance of the nurse as caregiver should be emphasized and deficiencies remedied in accordance with their demands that thus occurs a better quality of life given to people who no longer have a cure as reality.

Keywords: Palliative Care; Primary Health Care; Nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Primeira busca realizada nas bases de dados, com as respectivas quantidades de publicações com dois descritores e idiomas.	29
TABELA 2 –	Segunda busca realizada nas bases de dados, com as respectivas quantidades de publicações com três descritores e idiomas.	29
TABELA 3 –	Publicações incluídas nesta revisão integrativa de acordo com o autor, ano de publicação, título e objetivos.	32
TABELA 4 –	Publicações incluídas nesta revisão integrativa de acordo com o autor, ano de publicação, título e resultados.	34

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** – Fluxograma do percurso metodológico da primeira etapa da busca, contendo apenas 02 descritores nos três idiomas selecionados. 30
- FIGURA 2** – Fluxograma do percurso metodológico da segunda etapa da busca, contendo 03 descritores nos três idiomas selecionados. 31

LISTA DE SIGLAS

CP – Cuidados Paliativos

APS – Atenção Primária à Saúde

Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

MS – Ministério da Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

VD – Visita Domiciliar

PBE – Prática Baseada em Evidências

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 GERAL.....	16
2.2 ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS.....	17
3.2 ASPECTOS BIOÉTICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	19
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS.....	21
3.4 A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	24
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS.....	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1 CATEGORIA 01: ÉTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	35
5.2 CATEGORIA 02: DIFICULDADES REFERENTES À GRADUAÇÃO.....	37
5.3 CATEGORIA 03: NECESSIDADE DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	39
5.4 CATEGORIA 04: DIFICULDADES DE REFERENCIAR O PACIENTE PARA OUTROS SERVIÇOS.....	41
5.5 CATEGORIA 05: RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	51

1 INTRODUÇÃO

Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem de atenção à saúde que visa à melhora da qualidade de vida para pacientes, com o controle de sinais e sintomas físicos e psicológicos, e seus familiares que enfrentam os problemas relacionados a doenças graves, progressivas e incuráveis (SILVA, SUDIGURSKY, 2008; SILVA, 2014). A Organização Mundial da Saúde (2002) define CP como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e sua família que enfrentam doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Foi possível perceber, com o passar das décadas, um envelhecimento progressivo da população, assim como o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas. Em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, relacionado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças crônico-degenerativas, como diabetes, hipertensão e o Alzheimer, se transformassem em crônicas, levando a longevidade de seus portadores. No entanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo um fato, ameaçando a possibilidade de cura e manutenção da vida, para o qual os profissionais de saúde, são treinados durante a academia ou em especializações (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Em vários países como o Reino Unido, Holanda e Canadá, entretanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o melhor nível de assistência à saúde para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos de seus usuários (BARNES, 2007; VERHOEVEN, 2011; WALSH, 2008).

A proximidade geográfica, cultural e emocional desses profissionais pode contribuir muito para que o cuidado ocorra de forma humanizada, respeitando-se a autonomia de pacientes e famílias de forma sistematizada, evitando-se a fragmentação do indivíduo a partir dos vários especialistas que usualmente estão envolvidos nesses casos, devido à sua complexidade. Além disso, a APS pode estruturar-se de modo a privilegiar a permanência do paciente em CP no domicílio, evitando seu afastamento da família em seus momentos finais de vida (SILVA et al., 2014).

As equipes de atenção primária podem oferecer assistência em CP, onde os casos mais complexos seriam encaminhados a equipes especializadas de cuidados paliativos domiciliares que estão ligadas à especialidade oncológica, pois esta encontra respaldo na Política Nacional de Atenção Oncológica, o que permite sua articulação nos diferentes níveis de atenção (YAMAGUCHI; OLIVEIRA, 2011). O Brasil necessita de diretrizes para organização e regulação de serviços de CP que não sejam os da especialidade oncológica, para que se possa apoiar e responder às demandas da atenção básica e da atenção especializada de média e alta complexidade (SOUSA; ALVES, 2015).

É importante salientar que a atenção em CP na APS não deve ser entendida como assistência domiciliar do tipo “internação domiciliar”. Os programas de atendimento domiciliar desse tipo são organizados para atender pacientes que sofrem de doenças crônicas em fase avançada, com alta dependência, nos moldes hospitalocêntricos tradicionais. No caso de CP na APS, ao contrário, trata-se de introduzir um tipo específico de atendimento que consiga ser organizado e ofertado em todos os níveis de referência, sem descontinuidade (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Ainda de acordo com os autores, no contexto brasileiro, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa Saúde da Família (PSF), com ampla difusão nacional, presumem visitas de equipe de profissionais de saúde ao domicílio, de forma que, mesmo não tendo sido originalmente desenvolvidos para ações de CP, podem ser moldados a fim de incorporar tal modelo, assumindo importantes atribuições nessa modalidade de cuidado.

Os CP na APS não se resumem a aspectos técnicos, mas inclui desafios éticos tais como: a decisão sobre onde o paciente irá morrer, a forma como os trabalhadores da equipe de saúde vivenciam a experiência de assistir à morte e ao luto, além da identificação e administração das condições familiares e do paciente para esse tipo de cuidado no domicílio (SOUZA et al., 2015).

O suporte domiciliar em CP apresenta-se como possibilidade de morte em domicílio, em ambiente conhecido, onde é possível que o paciente mantenha suas atividades laborais, seus hábitos e *hobbies* de forma autônoma, onde os familiares possam cuidar de seus entes queridos, o que de certa forma, colabora na prevenção do luto patológico, ou seja, o processo de luto que parece não ter fim, não é aceito. Assim como representa a possibilidade da redução de internações hospitalares longas e de alto custo, muitas vezes permeadas por tratamentos desnecessários ou futilidade terapêutica (BRASIL, 2013; OLIVEIRA, LOPES, 2008).

Rodrigues (2004) considera que, esta nova visão, na qual os profissionais de saúde sejam sensíveis e estejam aptos a atender às necessidades da população e do indivíduo, visando a pessoa doente e não a doença, inicia-se na academia, onde o ensino deve ser centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e o curar/cuidar seja centrado na pessoa do paciente e sua família, desenvolvendo atitudes de respeito e acolhimento, além de adquirir valores que, agregados ao conhecimento científico, irão subsidiar a prática humanizada. A autora ressalta a importância de o currículo acadêmico, além das competências técnicas inerentes a cada disciplina, contemplar também a abordagem interdisciplinar, a comunicação e a bioética, que são conteúdos imprescindíveis, devendo permear todo o curso, visando todas as etapas do ciclo vital, inclusive a terminalidade e a morte.

Os pacientes “fora de possibilidade de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Estatísticas divulgadas pela Worldwide Palliative Care Alliance mostram que cerca de 18 milhões de pessoas no mundo morreram com dor desnecessária em 2012 devido ao acesso inadequado a tratamento da mesma.

É necessário, pois, que se possa refletir sobre a conduta desses profissionais, diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo que os CP oferecem, para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz.

Diante de toda a mudança no quadro de doenças que acometem a população na atualidade e considerando a renovação da APS, tendo a integralidade como princípio do SUS, as Equipes de Saúde da Família (ESF) teriam que se organizar para acolher e sanar essas demandas em seu território. A partir destas inquietações, surgiu a seguinte pergunta: Qual a compreensão dos enfermeiros da Atenção Primária a Saúde sobre os Cuidados Paliativos?

Dessa forma, espera-se com essa pesquisa trazer mais respaldo para que as referidas equipes possam atuar de maneira mais ativa e humanizada mediante os CP.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer a visão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a implementação de cuidado paliativo na atenção básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os principais fatores que dificultam a implementação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde;
- Identificar a importância do enfermeiro para os Cuidados Paliativos na atenção domiciliar.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

O termo paliativo tem origem no latim *pallium*, que significa manto, capote. Deu origem a *palliare* que significa: proteger, amparar, abrigar. A expressão “paliativo” aponta para a essência dos CP, que são práticas utilizadas para aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento em pacientes com doenças crônico-degenerativas ou na fase final de suas vidas (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

A concepção de CP iniciou-se na época das Cruzadas Religiosas, quando monges ocupavam as hospedarias à beira das estradas, conhecidas como *hospices*, que eram áreas destinadas à assistência a moribundos, geralmente soldados feridos nas batalhas. Nessa época, havia o predomínio de práticas de saúde de caráter mágico-religioso e a preocupação sanitária do Estado era voltada para os pobres (LAVOR, 2006).

Os *Hospices* medievais abrigavam peregrinos e doentes, ao longo de trajetos conhecidos na Europa, como o caminho de Santiago de Compostela. Muitos deles morriam nestas hospedarias, recebendo cuidado leigo e caridoso. Instituições de caridade surgiram na Europa do século XVII e construíram abrigos para órfãos, pobres e doentes, uma prática que se propagou por organizações católicas e protestantes em vários pontos do continente, e que, no século XIX, começaram a ter características de hospitais, com alas destinadas aos cuidados de doentes com tuberculose e alguns com câncer. O cuidado a estes doentes era essencialmente leigo e voltado para o cuidado espiritual e tentativa de controle da dor (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Em 1905 foi criado na Inglaterra o *St Joseph Hospice*. Sua fundadora, a Madre Mary Aikenhead, era contemporânea de Florence Nightingale, que em 1846 havia fundado em Dublin o *Our Lady's Hospice*, destinado a abrigar os pacientes em fase terminal da doença a qual eram acometidos. A partir da Revolução Industrial, os avanços tecnológicos produziram na população uma ideia de possibilidade da cura de todos os males, afastando assim, a ideia da morte. A euforia de tantas descobertas fez com que a morte se afastasse cada vez mais dos interesses médicos (PESSINI, 2001).

O Movimento *Hospice* Moderno foi introduzido por uma inglesa com formação humanista e que se tornou médica, Dame Cicely Saunders. Em 1947 Cicely Saunders,

formada recentemente como Assistente Social e em formação como enfermeira, conheceu um paciente judeu de 40 anos chamado David Tasma, proveniente do Gueto de Varsóvia. David havia passado por uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. Dessa forma, em 1967 funda o “St. Christopher’s Hospice”, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Em 1982 o Comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *Hospice* para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países. O termo “Cuidados Paliativos”, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo *Hospice* em alguns idiomas (MACIEL, 2008).

No Brasil, o Rio Grande do Sul foi o primeiro estado a contar com o Serviço de Cuidados Paliativos. Mas somente em 1997, com a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), tomou-se a iniciativa de introduzir e promover os CP mediante a formação de profissionais de saúde. No ano seguinte, o Ministério da Saúde inaugurou no Instituto Nacional do Câncer (INCA) sua primeira Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos, cuja filosofia se expandiu posteriormente para outras instituições e estados (MACIEL, 2006; BRASIL, 2001).

Em 2005, um grupo de médicos fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), com o objetivo de estimular a atuação de profissionais paliativistas no país. E, em dezembro de 2006, foi instituída a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

No que se refere ao aspecto legal, a primeira referência aos CP na legislação brasileira é encontrada na Portaria do Ministério da Saúde, nº 2.413 de 23 de março de 1998 (BRASIL, 1998) que trata de cuidados prolongados, e codifica os CP. No entanto, ela estabelece que os mesmos só podem ser desenvolvidos em unidades que estejam credenciadas para alta complexidade em oncologia. Com a Portaria nº 3.535 de 02 de setembro de 1998, os CP passam a ser considerados uma exigência para cadastramento de centro de alta complexidade em oncologia – CACON (BRASIL, 1998). Em 2002, O Ministério da Saúde (MS) cria o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, por meio da Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002, que preconiza a assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada (BRASIL, 2002).

A Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A referida portaria determina que a Atenção Básica deve realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar. Os serviços hospitalares devem ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra (BRASIL, 2013).

No Brasil, apesar da legislação específica já promulgada, ainda são poucos os serviços de CP. No entanto, observa-se o crescimento da oferta desses serviços ano a ano, ainda que a maioria desses esteja ligada a hospitais especializados e de ensino, por meio de internação, atendimento ambulatorial e domiciliar (MACIEL, 2008).

Segundo dados do INCA (2015) o Brasil deverá registrar em 2016 cerca de 596.070 novos casos de câncer. Entre os homens, são esperados 295.200 novos casos, e entre as mulheres, 300.870.

As doenças crônicas, na maioria das vezes, apresentam evolução lenta, gradativa e irreversível, consequentemente provocando uma dependência física e social. As necessidades do doente se modificam à medida que a doença avança, afetando sua vida pessoal, familiar e social. No caso do câncer, o seu controle demanda uma série de ações, no que diz respeito à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e aos cuidados paliativos (LAVOR, 2006).

3.2 ASPECTOS BIOÉTICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

A bioética é definida como reflexão de caráter transdisciplinar, focalizada prioritariamente no fenômeno da vida humana ligado aos grandes avanços da tecnologia, das ciências biomédicas e do cuidado para com a saúde de todas as pessoas que dele precisem, independentemente da sua condição social. Consolidou sua força teórica, ao propor quatro princípios norteadores da atuação do profissional de saúde: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, relacionados às opções morais das pessoas no campo da saúde e da doença, considerando a abordagem ao paciente e as decisões a serem tomadas em relação a sua situação (KIPPER, 2003; DINIZ, GUILHEM, 2002).

A problemática acerca do fim da vida, que envolve, sobretudo, a definição do tratamento de pacientes terminais e o processo de morte e morrer, implica dilemas éticos e

impasses de natureza jurídica, fazendo com que não só os profissionais de saúde, mas também os estudiosos de diversas áreas, e até mesmo o público leigo, reflitam de forma crítica a respeito da conduta ética e juridicamente mais adequada ante a terminalidade da vida humana (MESQUITA; MARANGÃO, 2008).

São atribuições inerentes aos CP: proporcionar alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirmar a vida e ver a morte como um processo normal, não pretendendo apressá-la ou adiá-la; integrar os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar aos pacientes a viver tão ativamente quanto possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família e o próprio paciente a lidar, ainda durante a doença, com a perda iminente da vida; usar a abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo o aconselhamento de luto, se indicado; melhorar a qualidade de vida influenciando positivamente o curso da doença (OMS, 2012).

Muitas vezes torna-se difícil estabelecer com nitidez, durante o tratamento, a linha entre o útil e o fútil. Os valores e interesses que envolvem a relação entre os profissionais de saúde, o paciente, a família, a sociedade e o Estado favorecem esse tipo de conflito. Essa indefinição de limites leva muitas vezes a que sejam submetidos a tratamentos que apesar de introduzidos com a finalidade de fazer o bem, apenas acrescentam sofrimento a esses doentes. Diferentemente do passado em que as decisões sobre o tratamento eram exclusivas da equipe de saúde, hoje estimula-se que outros atores, principalmente as famílias, participem da tomada de decisão (SILVA, 2004).

O papel dos profissionais de saúde em CP deve voltar-se para o alívio da dor e do sofrimento, mesmo que em determinadas situações alguns procedimentos possam influir na duração da vida, seja em seu abreviamento ou prolongamento. A principal distinção ética observada nos CP se dá no acompanhamento à pessoa em seu processo de finitude, com o objetivo de manter sua dignidade e aliviar-lhe o sofrimento e a dor no fim da vida. Nessa perspectiva bioética, voltada aos cuidados paliativos e aos pacientes fora de possibilidades de cura, discutem-se a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia (BARBOSA, 2006; PAIVA, 2014).

Segundo Pinho e Barbosa (2009), a palavra “eutanásia” é de origem grega e significa boa morte (*eu* = boa + *thanatos* = morte). Foi empregada pela primeira vez no século XVII, por seu suposto criador, o filósofo e político inglês Francis Bacon. Na prática, a eutanásia equivale à ação médica destinada a abreviar a vida de pessoas em estado de grave sofrimento proveniente de doença incurável e sem perspectivas de melhora, estando o paciente condenado à morte progressiva. O que nada mais é do que promover o óbito mediante

conduta capaz de empregar meio eficiente para produzir a morte nesses pacientes, interrompendo-lhe a vida (PAIVA, 2014).

No Brasil, a eutanásia é considerada prática ilegal, segundo o previsto pela legislação nacional, no art. 121 § 1o do Código Penal 10. Em países como a Holanda e Bélgica, sua realização é permitida (BRASIL, 1998; SINGER, 2003; PESSINI, 2010).

Distanásia é um termo pouco conhecido, porém, muitas vezes, praticada no campo da saúde (FELIX, 2013). Segundo Selli e Alves (2009), é uma morte difícil ou penosa, usada para indicar o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamento que apenas prolonga a vida biológica do paciente, sem qualidade de vida e sem dignidade. Também pode ser chamada de obstinação terapêutica. Nesse sentido, enquanto, na eutanásia, a preocupação principal é com a qualidade de vida remanescente, na distanásia, a intenção é de se fixar na quantidade de tempo dessa vida e de instalar todos os recursos possíveis para prolongá-la ao máximo (PITTELLI; OLIVEIRA, 2009).

Na ortotanásia, o indivíduo em estágio terminal é direcionado pelos profissionais envolvidos em seu cuidado para uma morte sem sofrimento, que dispensa a utilização de métodos desproporcionais de prolongamento da vida, tais como ventilação artificial ou outros procedimentos invasivos. A finalidade primordial é não promover o adiamento da morte, sem, entretanto, provocá-la; é evitar a utilização de procedimentos que diminuam a dignidade humana na finitude da vida (VILAS-BÔAS, 2008).

A medicina paliativa está ligada à bioética do fim da vida, considerando o direito da dignidade ao morrer. A ética dos cuidados paliativos busca identificar quais são as necessidades específicas que surgem no contexto do final de vida. A ação médica sempre produz um efeito no paciente, devendo ser avaliado se terá resultado benéfico ou maléfico (LAVOR, 2006).

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS

A utilização do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. É senso comum também entender

essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (LAVRAS, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil, a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A PNAB (2006) define a APS como sendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A Portaria 2.488, 21 de outubro de 2011, conforme normatização vigente do SUS, define a organização de RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

A AB compartilha características com outros níveis do sistema: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como tratamento e reabilitação e trabalho em equipe. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas e seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002).

A estruturação da AB deve contemplar uma rede de UBS com suas equipes atuando nas próprias unidades e nas comunidades abrangidas com a adscrição da clientela. Dentre as ações previstas a serem planejadas e executadas de forma articulada entre os diversos níveis, estão os cuidados básicos a doentes crônicos egressos de internações (LAVOR, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e é definido como um modelo de assistência que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes, que farão o atendimento na unidade local de saúde da comunidade, no nível de atenção primária. Além do atendimento, suas atividades devem incluir programação, grupos terapêuticos e visitas domiciliares, entre outras. A sua organização favorece o estabelecimento de vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais e famílias e permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções a partir dos problemas e demandas identificadas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

A visita domiciliar (VD) propicia uma aproximação dos serviços no âmbito familiar. É um instrumento que possibilita ao enfermeiro identificar como se expressam na família, os fatores que podem contribuir no processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Ela permite identificar as famílias com maiores riscos sociais de adoecer e morrer e menores potencialidades para o seu enfrentamento, além de organizar o acesso aos serviços de saúde, priorizando o atendimento a essas famílias. Assim, o enfermeiro que atua no PSF estará atuando também na construção do princípio de equidade proposto pelo SUS. A relação profissional de saúde-família deve ser pautada no princípio de participação da família na definição de processos terapêuticos, do cuidado e na responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2001).

De acordo com Lavor (2006), o processo de cuidar da e com a família deve ser entendido como uma metodologia de ação baseada em um referencial teórico e o enfermeiro deve ter competência e habilidade para intervir com a família em um processo cooperativo. Para tanto os conhecimentos científico e tecnológico devem estar associados às habilidades de observação e comunicação.

Diante da crescente demanda por CP, torna-se difícil contar com número suficiente de especialistas para a assistência. Tampouco essa perspectiva da atenção à saúde diz respeito apenas aos especialistas, já que a preocupação com os CP também deve envolver os profissionais de saúde generalistas, cuidadores e familiares, os quais prestam assistência primária a esses pacientes (MITCHELL, 2011).

Entre os pacientes atendidos na APS, há aqueles que podem ser considerados “fora de possibilidades terapêuticas”, ou seja, elegíveis para CP. Assim, torna-se necessário identificar as necessidades desses usuários e de suas famílias ou cuidadores, e atendê-las de acordo com as particularidades desse nível da atenção, o que implica preparar os profissionais para esse tipo de assistência. Nesse contexto, ressalta-se a importância de se considerar a ética dos CP, a qual se preocupa com a identificação dos valores subjacentes às necessidades específicas do final de vida e requer uma abordagem multiprofissional, capaz de encorajar e ajudar o paciente a aproveitar o melhor que a vida lhe proporciona a cada dia (VARGAS et al., 2013).

A atenção domiciliar de abrangência capilar na APS e a possibilidade das pessoas escolherem morrer em casa junto aos familiares trazem à tona a necessidade de incluir, de alguma forma, os CP nesse nível de atenção. Preparar os profissionais e incorporar programas que integrem, de maneira articulada, os CP na APS à rede de saúde contribuirá para a humanização e integralidade da assistência, visto que essa incorporação poderá ajudar a diminuir o abandono e o sofrimento dos pacientes e de suas famílias (SOUZA et al., 2015).

3.4 A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Oferecer cuidados paliativos, para a enfermagem, é vivenciar e compartilhar, terapêuticamente, momentos de amor e compaixão, compreendendo que é possível tornar a morte iminente digna e assegurar ao paciente suporte e acolhimento nesse instante. Prestar um cuidado competente, qualificado e diferenciado na fase terminal de um indivíduo é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cada um dentro da área de suas competências (MONTEIRO et al., 2010).

De acordo com Pimenta et al. (2006), o enfermeiro tem capacitação técnico-científica para realizar o cuidado em questão, uma vez que a estrutura curricular de seu curso exibe disciplinas da área das Ciências Humanas preparando-o para a assistência aos sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo em suas múltiplas dimensões, além de associar à ciência, a arte do cuidar no seu cotidiano profissional. Para o autor, o cuidar em enfermagem está fundamentado em referenciais teóricos que embasam sua sistematização da assistência imprimindo a suas atividades profissionais o planejamento das suas intervenções, para o alívio do desconforto, da dor e de outros sintomas angustiantes.

Esse preparo habilita o enfermeiro a detectar sinais e sintomas e intervir precocemente a abordagem paliativa e permitindo a prevenção, a promoção do alívio da dor e de outros sintomas estressantes, preservando a vida e percebendo a morte como um processo natural, sem, no entanto, antecipar a morte nem tampouco prolongar desnecessariamente o estágio terminal, mas, integrando aos seus cuidados aspectos psicossociais e espirituais. Além disso, oferecer um sistema de suporte que estimule o paciente a viver ativamente até o momento final de seu viver, da mesma forma que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença e respeitar a autonomia do paciente com ações que elevem a sua autoestima e favorecer uma morte digna, no local de escolha do paciente (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2009; MONTEIRO et al., 2010).

Segundo Matzo (2001), oferecer CP em enfermagem é vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão, aprendendo com os pacientes que é possível morrer com dignidade e graça; é proporcionar a certeza de não estarem sozinhos no momento da morte; é oferecer cuidado holístico, atenção humanística, associados ao agressivo controle de dor e de outros sintomas; é ensinar ao doente que uma morte tranquila e digna é seu direito; é contribuir para que a sociedade perceba que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor.

Por meio da compreensão da natureza humana, sua atenção é direcionada para as necessidades holísticas do paciente. Cabe ao profissional identificar e compreender as demandas e os desejos individuais, planejando e implementando ações que permitam ao indivíduo o máximo controle sobre sua própria vida e doença. Preservar a autonomia do paciente, exercitando sua capacidade de autocuidado, reforçando o valor e a importância da participação ativa do doente e seus familiares nas decisões e cuidados ao fim da vida, permitindo uma melhor vivência do processo de morrer (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

O investimento na formação profissional em CP pode proporcionar menor sofrimento ao paciente e familiar, além de minimizar o custo do cuidado ao sistema de saúde, uma vez que evita consultas reincidentes e internações hospitalares desnecessárias para o controle de sintomas (PIMENTA et al., 2006).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que, segundo Whitemore e Knalf (2005), é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Ainda de acordo com os autores, este tipo de pesquisa combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem.

A revisão integrativa da literatura também é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE) que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES et al., 2008).

Segundo Polit e Beck (2006) este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos.

Souza et al. (2010) citam seis fases para a construção da Revisão Integrativa, sendo elas:

- 1. Elaboração da pergunta norteadora:** de acordo com a autora, esta é a parte mais importante da pesquisa, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado a partir dos descritores escolhidos. Logo, inclui a definição dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados. Deve ser elaborada de forma clara e específica, e relacionada a um raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios já aprendidos pelo pesquisador;

- 2. Busca ou amostragem na literatura:** Intrinsecamente relacionada à fase anterior, esta fase inclui buscas em bases que deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não-publicado. Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados. A conduta ideal é incluir todos os estudos encontrados ou a sua seleção randomizada; porém, se as duas possibilidades forem inviáveis pela quantidade de trabalhos, deve-se expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos. Desta forma, a determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora.
- 3. Coleta de dados:** consiste na utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizando os riscos de erros na transcrição, garantindo precisão na checagem das informações e servindo como registro;
- 4. Análise crítica dos estudos incluídos:** segundo a autora, esta fase deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilidade na prática;
- 5. Discussão dos resultados:** a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses;
- 6. Apresentação da revisão integrativa:** esta fase deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações

pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência.

De acordo com Mendes et al. (2008) a maior dificuldade para delimitar as conclusões obtidas da revisão é quando nem todas as características e os resultados dos estudos foram relatados nas fases anteriores pelo revisor. A proposta da revisão integrativa é reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura e as suas conclusões serão questionadas caso a sua construção seja baseada numa metodologia questionável.

A revisão integrativa da literatura tem o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo, um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade. Além disso, pode reduzir alguns obstáculos da utilização do conhecimento científico, tornando os resultados de pesquisas mais acessíveis, uma vez que em um único estudo o leitor tem acesso a diversas pesquisas realizadas, ou seja, o método permite agilidade na divulgação do conhecimento (WHITTEMORE; KALF, 2005).

4.1 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS

O levantamento de dados foi realizado através da internet pelos sites de bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME). A busca foi realizada em pares, o que aumenta a fidedignidade do estudo em questão.

Os termos utilizados nesta pesquisa foram obtidos por meio de consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC). Para pesquisa dos artigos, foram utilizados os descritores e suas combinações de duas formas. Primeiramente, utilizou-se: “Cuidados Paliativos” e “Atenção Primária à Saúde” nas línguas portuguesa, inglesa (*Palliative Care* e *Primary Health Care*) e espanhola (*Cuidados Paliativos* e *Atención Primaria de Salud*) (Tabela 1).

Tabela 1 – Primeira busca realizada nas bases de dados, com as respectivas quantidades de publicações com dois descritores e idiomas.

Bases de Dados	“Cuidados Paliativos” “Atenção Primária à Saúde”	“Palliative Care” “Primary Health Care”	“Cuidados Paliativos” “Atención Primaria de Salud”
SCIELO	05	05	03
LILACS	11	43	17
BIREME	355	1.849	389

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na segunda parte da pesquisa, acrescentou-se aos descritores anteriores, o descritor “Enfermagem” nas línguas portuguesa, inglesa (*Nursing*) e espanhola (*Enfermería*) (Tabela 2).

Tabela 2 – Segunda busca realizada nas bases de dados, com as respectivas quantidades de publicações com três descritores e idiomas.

Bases de Dados	“Cuidados Paliativos” “Atenção Primária à Saúde” “Enfermagem”	“Palliative Care” “Primary Health Care” “Nursing”	“Cuidados Paliativos” “Atención Primaria de Salud” “Enfermería”
SCIELO	03	01	00
LILACS	03	12	07
BIREME	76	422	87

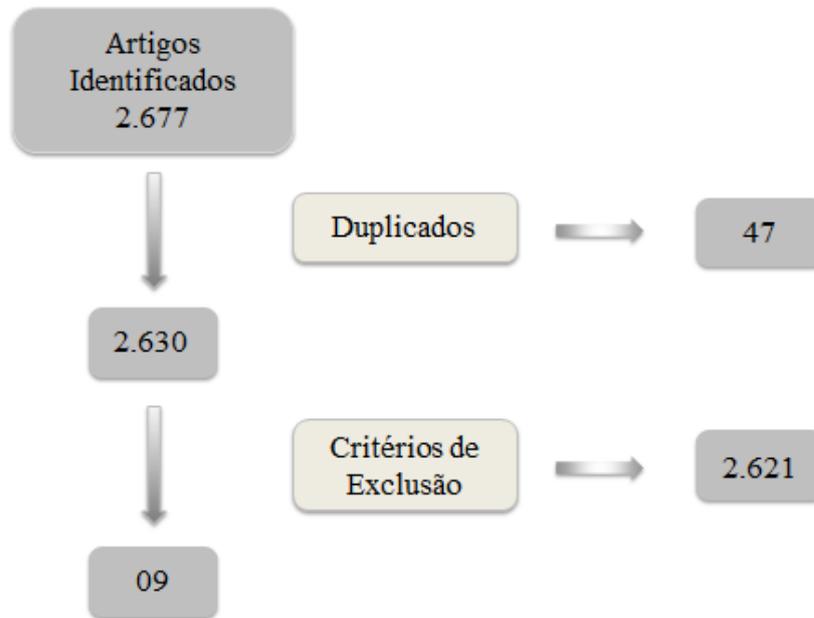
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Como critérios de inclusão para seleção dos artigos, foram adotados: artigos publicados em inglês, português ou espanhol; artigos publicados na íntegra gratuitamente e artigos que abordassem a temática escolhida para o presente estudo.

As Tabelas 1 e 2 descrevem o percurso metodológico de acordo com seus respectivos descritores, bem como os resultados encontrados em cada site de base de dados.

No total, foram encontradas 2.677 publicações. Após leitura dos títulos, observou-se que 47 estavam repetidos, restando 2.630 documentos a serem analisados. Dentre estes, de acordo com os critérios de inclusão, foram excluídos ainda: 28 artigos não disponíveis na íntegra de forma gratuita e 2.602 documentos que não se encaixaram dentro da temática escolhida para este estudo, restando um total de 09 artigos para avaliação (Figura 1).

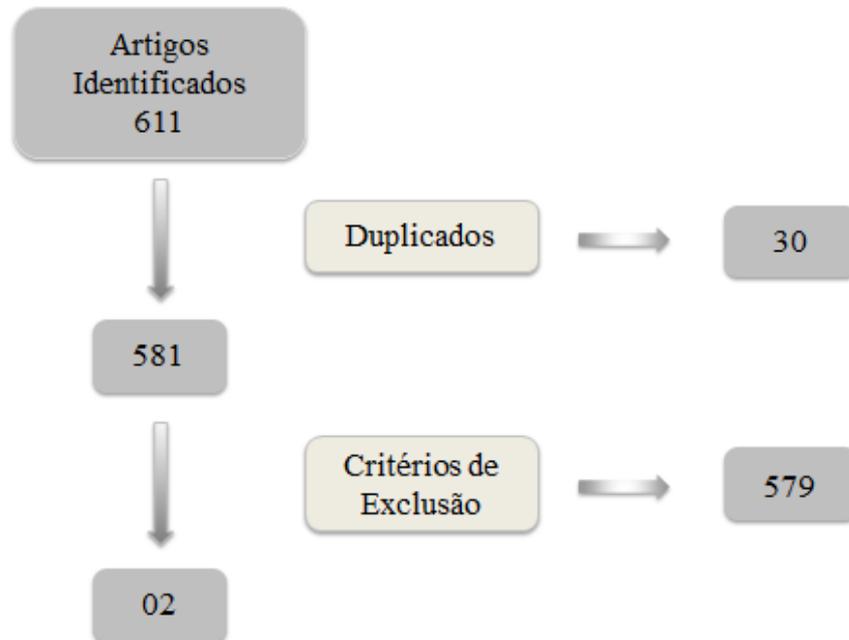
Figura 1 – Fluxograma do percurso metodológico da primeira etapa da busca, contendo apenas 02 descritores nos três idiomas selecionados.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No total, na segunda busca, foram encontradas 611 publicações. Após leitura dos títulos, percebeu-se que 30 artigos estavam repetidos, 18 não estavam disponíveis na forma gratuita e 561 não tratavam sobre o tema do trabalho em questão. Após análise superficial, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, restaram 02 artigos para análise criteriosa (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma do percurso metodológico da segunda etapa da busca, contendo 03 descritores nos três idiomas selecionados.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para realizar análise mais específica de alguns aspectos de cada artigo selecionado, e seguindo a terceira fase sugerida por Souza (2010), foi elaborado um formulário de coleta de dados (APÊNDICE A), sendo capaz de organizar melhor a coleta de material desejado para análise criteriosa que será realizada posteriormente.

Após a leitura dos onze artigos selecionados na amostra, todos foram inclusos no estudo em questão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 3 mostra o resultado das buscas e publicações selecionadas por meio do autor, ano, título do artigo e objetivos relacionados aos CP realizados pelos enfermeiros na APS, evidenciando a vivência de cada um de acordo com suas experiências.

Tabela 3 – Publicações incluídas nesta revisão integrativa de acordo com o autor, ano de publicação, título e objetivos.

Autor	Ano	Título	Objetivos
Queiroz, et al.	2013	Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde	Identificar e compreender as percepções de cuidado e as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde e familiares no acompanhamento de pessoas com doença em quadro terminal no domicílio, visando à reflexão sobre o potencial da atenção primária à saúde na garantia de uma morte digna.
Saito; Zoboli	2015	Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde	Identificar, na visão dos enfermeiros, os problemas éticos decorrentes da prática dos CP na APS, por meio de uma revisão sistemática.
Floriani; Schramm	2007	Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica	Conceituar os cuidados paliativos, situá-los em nosso meio e descrever de que modo acreditamos que os profissionais desta rede podem auxiliar na construção de um sistema integrado de ações que viabilize acolher esses pacientes, especialmente em áreas onde não há centros de cuidados paliativos e o suporte hospitalar é deficitário.
Combinato; Martins	2012	Em defesa dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde	Analisar o processo de trabalho de profissionais da saúde que atuam na Saúde da Família/Atenção Primária e já cuidaram de pessoas em processo de morte, a fim de traçar possíveis contribuições para a área de Saúde Pública no que se refere à implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária.
Fitch, et al.	2015	Nursing perspectives on palliative care 2015	Delinear as perspectivas de enfermagem sobre os cuidados paliativos precoce, com destaque para o que os enfermeiros podem desempenhar no processo, os desafios e obstáculos identificados que atualmente impedem a promulgação dessas funções e possíveis soluções para as barreiras.

Silva	2014	O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos.	Revisão integrativa da literatura a fim de compreender quais os papéis dos profissionais da APS em cuidados paliativos.
Sousa; Alves	2015	Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar.	Identificar competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar.
Arena, et al.	2014	Necesidades formativas de las enfermeras de Atención Primaria en la atención al dolor y al sufrimiento en la etapa final de la vida	Avaliar o grau de necessidade de formação específica dos enfermeiros em termos de conhecimento teórico no tratamento da dor e ajudando relação com pacientes terminais e suas famílias.
Ferrer, et al.	2009	Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud.	Compreender a importância do conhecimento das práticas de enfermagem em pacientes que necessitem de cuidados paliativos.
Lavor	2006	Cuidados paliativos na Atenção Básica: visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família.	Conhecer as opiniões dos enfermeiros do PSF sobre a implementação de cuidado paliativo na atenção básica, identificando fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento de cuidado paliativo nesse âmbito e discutir as possibilidades da realização de cuidados paliativos na atenção básica.
Araújo; Silva	2012	Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos.	Investigar se profissionais de saúde que trabalham ou têm contato frequente com pacientes sob cuidados paliativos valorizam a comunicação interpessoal no contexto da terminalidade; averiguar se os mesmos conhecem estratégias ou técnicas de comunicação interpessoal facilitadoras da interação com pacientes em cuidados paliativos e identificar quais são as estratégias comunicacionais facilitadoras da interação com quem vivencia a etapa final da vida utilizada por estes profissionais.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A partir da leitura dos artigos foram traçados os principais resultados encontrados em cada publicação analisada, como mostra a tabela 4.

Tabela 4 – Publicações incluídas nesta revisão integrativa de acordo com o autor, ano de publicação, título e resultados.

Autor	Ano	Título	Resultados
Queiroz, et al.	2013	Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Subjetividade de cada paciente; - Inadequada formação para comunicação do quadro clínico do paciente; - Formação técnica baseada na cura; - O tema “morte” não é discutido na graduação; - Falta de habilidades técnicas específicas; - Escassez de recursos humanos e materiais para procedimentos domiciliares; - Dificuldade em manter parcerias com hospitais.
Saito; Zoboli	2015	Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em tratar a morte com o paciente e seus familiares; - Responsabilidade em defender os direitos dos pacientes; - Falha na comunicação atribuída à formação acadêmica; - Relutância dos profissionais médicos em aceitar novas iniciativas e solicitações; - Estratégias para melhoria do cuidado; - Carência de recursos e falta de serviços de referência; - Dificuldade em tratar assuntos religiosos e culturais.
Floriani; Schramm	2007	Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica	<ul style="list-style-type: none"> - Conflitos morais; - Necessidade de implantação dos CP nas grades acadêmicas; - Desejos dos pacientes e familiares; - Dificuldades na comunicação; - Desenvolvimento de programas de educação continuada; - Parcerias com a rede hospitalar.
Combinato; Martins	2012	Em defesa dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de protocolo ou diretriz para casos que requerem CP; - Aperfeiçoamento profissional na área; - Valores e costumes dos pacientes e familiares; - Sensibilização profissional.
Fitch, et al.	2015	Nursing perspectives on palliative care 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro como responsável para complementação da avaliação; - Metas de atendimento; - Deficiência do enfermeiro generalista em prestar CP; - Necessidade de especialização.
Silva	2014	O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir assistência com integralidade; - Responsabilidade do cuidado junto à família; - Necessidade de parceria com serviços especializados; - Facilitar o acesso de pacientes em CP e suas famílias; - Aprimoramento em CP.
Sousa; Alves	2015	Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na	<ul style="list-style-type: none"> - Esquema operacional para o profissional; - Participação em cursos de capacitação em CP; - Potencial paliativista do enfermeiro;

		atenção domiciliar.	- Necessidade de auxílio hospitalar.
Arena, et al.	2014	Necesidades formativas de las enfermeras de Atención Primaria en la atención al dolor y al sufrimiento en la etapa final de la vida	- Limitada formação acadêmica; - Necessidade de formação específica para tratamento da dor; - Necessidade de capacitações e reuniões multidisciplinares para troca de experiências com especialistas na área.
Ferrer, et al.	2009	Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud.	- Adaptação profissional para novas demandas da população; - Capacitação em CP; - Respeito aos valores, costumes e cultura dos pacientes e familiares.
Lavor	2006	Cuidados paliativos na Atenção Básica: visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família.	- Bioética do fim da vida; - Decisões em conjunto com a família e o paciente; - Necessidade de incorporar CP na graduação; - Treinamento específico; - Dificuldades em realizar referência e contra referência; - Importância do enfermeiro em CP.
Araújo; Silva	2012	Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos.	- Estratégias para comunicação; - Ensino superficial e fragmentado sobre morte na graduação; - Capacitação em comunicação e em CP; - Importância do contato físico.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A discussão será realizada a partir de categorias relacionadas com os resultados obtidos em cada publicação, promovendo melhor compreensão das principais temáticas abordadas pelos artigos, de acordo com os objetivos desta pesquisa.

5.1 CATEGORIA 01: ÉTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Em alguns estudos, é possível destacar a importância da bioética tratando-se de CP. Por se vivenciar situações onde a cura já não é mais uma realidade, a relação entre cuidador-paciente-família se torna ainda mais delicada. Dessa forma, a ética torna-se imprescindível, tanto no que se diz respeito ao tratamento, a honestidade sobre quadro clínico, quanto quando se fala em sigilo de informações pessoais que são confidenciais.

A ética em CP busca identificar quais as necessidades específicas que cada paciente apresenta no fim da vida. A ação médica sempre deve ser avaliada a fim de identificar se trará efeito benéfico ou maléfico ao paciente, já que a mesma sempre produz efeito. Um estudo aponta que a maior dificuldade encontrada por parte dos profissionais de saúde é lidar com o fim da vida, o que faz com que esse tema se torne fonte de grandes conflitos. A formação do profissional é voltada para salvar vidas, dessa forma o tema eutanásia, distanásia ou até mesmo o direito de morrer ainda provoca resistência (LAVOR, 2006).

É importante destacar que o profissional enfermeiro que atende a uma população em um espaço de tempo e determinada localização geográfica, é responsável por prestar os cuidados pertinentes a cada usuário proporcionando-lhes o devido respeito aos seus costumes, crenças, valores, hábitos, considerando estas informações pessoais como sendo de caráter sigiloso, devendo ou não ser compartilhada com a equipe, dependendo da situação (FERRER et al., 2009).

Um dos estudos selecionados aponta que os cuidados no fim da vida tratam-se de um campo repleto de conflitos morais para a equipe, no que se refere ao planejamento do tratamento, oferta de alimentos e líquidos e eutanásia. Problemas com a comunicação do diagnóstico e prognóstico, local do falecimento, sigilo de informações, dentre outros quesitos existentes que necessitam de solução imediata, sendo imprescindível, também, que a equipe esteja uniforme em seu discurso e no diálogo aberto com o paciente e família (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Os enfermeiros reconhecem a importância de se falar abertamente sobre a morte com os pacientes e familiares, mas esse tipo de assunto só é abordado quando os profissionais estão dispostos a tratar deste tema ou quando surge a oportunidade. A falta de honestidade ao se falar sobre a real situação de saúde do paciente é outro problema ético identificado na relação e comunicação entre profissional e usuário do serviço de APS que atuam em CP. A falta de informação não é o único problema identificado, a quebra de sigilo sobre tratamento e prognóstico, segundo os profissionais, é frequente quando se trata de CP (SAITO; ZOBOLI, 2015).

Outro estudo aponta que a medicina paliativa está diretamente ligada a bioética do fim da vida, pois se trata do direito à dignidade ao morrer. Na maioria das vezes se torna difícil estabelecer, durante o tratamento, o que é ou não necessário para o paciente. Atualmente, diferentemente do passado onde as decisões tomadas eram exclusivas da equipe de saúde, estimula-se que os pacientes e familiares participem da tomada de decisão (LAVOR, 2006).

Lidar com vidas comprometidas é a maior responsabilidade que se pode ter, mas lidar com pessoas que já não possuem um bom prognóstico torna essa responsabilidade ainda maior. Fornecer maior qualidade de vida lidando com todos os aspectos que envolvem a vida do paciente e seus familiares é um grande desafio para a maioria dos cuidadores paliativos. Saber enxergar o ser em toda sua peculiaridade é uma arte à parte.

5.2 CATEGORIA 02: DIFICULDADES REFERENTES À GRADUAÇÃO

Nesta categoria, pretende-se enfatizar a importância dos CP estarem inseridos durante a graduação de enfermagem, pois foi possível destacar na maioria dos artigos selecionados a dificuldade encontrada pelos profissionais em atuar nessa área devido o pouco ou nenhum tipo de contato com a temática durante a formação acadêmica.

No geral, essa dificuldade não se restringe apenas aos CP, mas no tema “morte” essa realidade também está presente. Os profissionais ressentem-se da falta de conhecimentos e habilidades nesta área para realizar ações fora dos espaços institucionais em que normalmente atuam (QUEIROZ, 2013).

A deficiência na academia para atuar na APS e nos CP, falta de habilidades comunicacionais dos profissionais para as conversas no âmbito da clínica, do relacionamento interprofissional e dos pontos de atenção da RAS, além da ausência de informações compartilhadas (SAITO; ZOBOLI, 2015).

Dentro do papel de assistência direta ao paciente, os enfermeiros são os responsáveis por completar uma avaliação abrangente da saúde com o indivíduo, proporcionando intervenções baseadas em evidências, e avaliar o impacto na assistência prestada. O gerenciamento de sintoma, educação do paciente e apoio emocional para família e paciente são as principais responsabilidades, em geral. As metas do atendimento e a abordagem do sujeito devem ser mutuamente acordados e adaptados às preferências do indivíduo, bem como seus desejos e valores (FITCH, et al., 2015).

Na percepção dos profissionais enfermeiros, um dos principais fatores que dificultam a prática em CP, acarretados a partir da deficiência na graduação, é a própria limitação emocional para lidar com a morte ou com a impossibilidade de cura, além da dificuldade para comunicar o diagnóstico e relacionar-se com a família do paciente. Outro agravante é o fato de que a formação técnica é baseada no paradigma da cura, ou seja, mesmo que o profissional

considere atuar na perspectiva da qualidade de vida, ainda se sente vulnerável quando se trata da morte eminente. Dessa forma, torna-se importante favorecer a coesão grupal e estimular o diálogo entre os profissionais, o que provoca o estímulo ao autoconhecimento e fornece apoio (QUEIROZ, 2013).

Para alguns autores a implantação dos CP nos cursos de graduação na área da saúde em geral é um quesito indispensável para a formação de um bom profissional, pois, a partir disso, surgirá um número maior de profissionais que percebam que algo mais pode ser feito para a melhoria da qualidade de vida do paciente, amparando-os de modo mais adequado (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Além das competências técnicas inerentes a cada disciplina, o currículo acadêmico também deve contemplar a interdisciplinaridade, comunicação e a bioética, pois estes são temas imprescindíveis, devendo permear todo o curso, visando todas as etapas do ciclo vital, inclusive na terminalidade e a morte (LAVOR, 2006).

A Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2000), destaca a necessidade de incorporar progressivamente a formação em cuidados paliativos nos currículos de graduação. O documento “Recomendações básicas sobre formação em cuidados paliativos para os cursos da área de saúde”, aborda os conteúdos sobre princípios e organização dos cuidados paliativos; o tratamento da dor e controle de outros sintomas; os aspectos psicológicos e a comunicação e a bioética do fim da vida.

Embora muitas instituições educacionais tenham aberto espaço para o tema da morte e dos cuidados ao fim da vida em algumas disciplinas, o ensino ainda é fragmentado e superficial quando se diz respeito à comunicação interpessoal em CP. Dessa forma, os profissionais de saúde que atuam em CP consideram a comunicação no processo de morte/morrer um ponto crucial em sua atuação, evitando-se o contato e a conversa com os pacientes, apontando que não recebem preparo teórico e tampouco emocional para lidar com o sofrimento e a morte de seus pacientes no contexto da terminalidade (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Não se pode esquecer que os CP trabalham em um terreno muito difícil, no limiar entre a vida e a morte. Portanto, é importante compreender os benefícios dessa prática, para que os profissionais de saúde se sintam comprometidos com os cuidados no fim da vida, incorporando-os cada vez mais em suas práticas cotidianas e agregando importantes conhecimentos a serem utilizados nesse contexto (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

O compromisso com a qualidade de vida perpassa toda a formação em enfermagem, porém aspectos importantes voltados para a morte evidente não são vivenciados pelos

acadêmicos, e quando visto é apenas algo superficial, esquecido pela prática curativa ensinada durante todo o curso. Cuidar de pacientes sem possibilidade de cura é mostrar a legitimidade das ações de saúde.

5.3 CATEGORIA 03: NECESSIDADE DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Na grande maioria das publicações encontradas, os enfermeiros acham de suma importância a formação específica em CP para se tornarem cuidadores e atuarem realmente na área. Devido à deficiência nesse aspecto durante a graduação, citada na categoria anterior, a formação nessa área se torna mais do que essencial tanto para quem trabalha diretamente com pacientes terminais, quanto para os profissionais que por uma casualidade venham encontrar em seus serviços algum usuário que necessite dessa prática.

Em um dos artigos, a maioria dos enfermeiros afirmou ter participado de cursos que abordassem o tema “cuidados paliativos” para melhor abordagem durante a prática profissional, apontando que, segundo a literatura, todos os profissionais de saúde devem ter o conhecimento sobre os princípios e as práticas dos cuidados paliativos, de forma que esse conhecimento se torne crescente até o nível de conhecimento especializado, principalmente para os profissionais cujo trabalho está direcionado na prestação de CP (SOUSA; ALVES, 2015).

Graduar-se em enfermagem não significa que o profissional foi devidamente apresentado à filosofia dos CP, fato confirmado pelos diferentes modos de ensino espalhados pelo mundo no que se diz respeito a essa temática. Apesar da abordagem holística trazida pelo cuidado de enfermagem, CP é conceituado como uma prática especializada em muitas partes do mundo, requerendo habilidades e conhecimentos específicos. Em países como os Estados Unidos e o Canadá há um exame de certificação em enfermagem para os CP, fornecendo designação formal. Porém, em muitos contextos, o que se vê é uma rota de educação continuada que não podem ser certificadas formalmente para o reconhecimento de sua realização (FITCH et al., 2015).

Ao buscar o aprimoramento profissional em CP os profissionais da APS pretendem sanar as deficiências advindas da formação focada em tecnologias duras e busca pela cura. Para os enfermeiros, ao atuar na APS é fundamental que se tenha experiência em palição. As

principais dificuldades referidas pelos enfermeiros ao atuar em CP são: a falta de formação específica, falta de suporte especializado e a desarticulação da RAS, dificultando o estabelecimento de parcerias com serviços especializados, além da sobrecarga de trabalho. Para alguns enfermeiros, o PSF é usado para todo tipo de problema, mas se tratando de CP não há competência, pois se faz necessário especialista nessa área, devido à falta de informação e conhecimento dos profissionais atuantes nesse nível de atenção à saúde (SILVA, 2014; LAVOR, 2006).

Um artigo cita medidas que podem auxiliar o enfermeiro que não tem capacitação específica a atuar com algum usuário que necessite de CP, sendo essas: organização e realização de programas de treinamento que não interfiram no horário de trabalho desses profissionais e criação de espaços para realização de reuniões multidisciplinares a fim de se realizar a troca de experiências com outros profissionais que trabalham nessa área. O enfermeiro deve basear-se em princípios científicos subjacentes ao exercício da profissão, devendo ter uma formação teórica contínua para boa aplicação desses princípios (ARENA et al., 2014) (FERRER et al., 2009).

Ter experiência profissional não significa ter habilidade para lidar com problemas relacionados à comunicação com os pacientes e familiares, pois essa habilidade não é adquirida com o tempo, mas sim com a devida capacitação. Estudos mostram que a capacitação em comunicação de enfermeiros oncologistas/paliativista evidenciou o aprimoramento dessas habilidades, bem como melhora na dimensão emocional do prestado pelos enfermeiros, à medida que esses profissionais passaram a utilizar mais palavras de caráter afetivo após essa intervenção educacional (ARAÚJO; SILVA, 2012).

O desenvolvimento de atividades de educação continuada torna-se crucial para que a oferta de CP em nosso país sejam bem organizadas, principalmente se levarmos em consideração as deficiências já citadas relacionadas ao ensino dos CP durante a graduação para os profissionais de saúde (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Em suma, apesar da expectativa de aperfeiçoamento nessa área, os enfermeiros demonstram que há superação no cuidado com o indivíduo que necessite de CP, relacionamento com os familiares dos pacientes, deficiência no conhecimento e no apoio de outros profissionais; o que evidencia que, apesar das dificuldades, o cuidado com a qualidade de vida e a boa assistência prestada ainda é a principal preocupação dos enfermeiros da APS (COMBINATO; MARTINS, 2012).

Devido à deficiência vivenciada durante a academia, os profissionais buscam o aprimoramento de seu cuidado com formações específicas voltadas para os CP. A consciência

de que, em hipótese alguma, a qualidade do cuidado possa ser afetada faz com que os enfermeiros busquem por conta própria, meios para aperfeiçoar suas ações, não importando se há ou não, nesse caso, a possibilidade de cura de seus pacientes.

5.4 CATEGORIA 04: DIFICULDADES DE REFERENCIAR O PACIENTE PARA OUTROS SERVIÇOS

Os cuidados oferecidos na APS aos pacientes terminais auxiliam e muito na melhoria da qualidade de vida dos mesmos, porém para uma assistência completa, nesses casos, é necessário que outros serviços atuem em conjunto com os enfermeiros, ou seja, serviços especializados que ofereçam suporte de vida avançado caso se faça necessário.

A atenção básica deve exercer um papel fundamental nos CP, devendo ser o principal responsável pela atenção prestada aos pacientes e seus familiares, sendo a base do sistema de referência e contra referência, assegurando a articulação da continuidade dos cuidados nos demais níveis de atenção (RABELLO; RODRIGUES, 2010).

Soluções para evitar a descontinuidade do cuidado devem ser previstas e contextualizadas de acordo com a realidade onde o paciente está inserido. É imprescindível, para a qualidade do serviço, que o profissional da atenção básica tenha facilidade de contato com centros de referência em cuidados paliativos que, mesmo à distância, podem ser muito úteis no direcionamento de aspectos decisivos de natureza técnica, além de poder contar com o suporte dos hospitais gerais mais próximos para admissão dos pacientes, em casos de sintomas e sinais de difícil manejo domiciliar como, por exemplo, dor refratária, delírio e dispnéia intensa (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Um estudo mostrou que os enfermeiros consideram importante reconhecer a diferença do que pode ser feito no domicílio e o que deve ser encaminhado para outro serviço de maior complexidade. Isso se faz necessário pelas dificuldades enfrentadas ao se realizar procedimentos técnicos no espaço domiciliar frente às outras demandas que competem ao enfermeiro da unidade (QUEIROZ, 2013).

Os problemas de saúde dos pacientes e seus familiares são diversificados e, casualmente, necessitam de suporte técnico de outros níveis de atenção. Além disso, dependendo da gravidade dos casos, é necessário suporte 24 horas, tornando imprescindíveis parcerias com serviços de emergência, garantindo atendimento fora do horário convencional

dos serviços de APS, mas que realizem a continuidade dos planos e decisões já estabelecidas entre a equipe de APS responsável e a família (SILVA, 2014).

Um dos artigos aponta a importância que o profissional tenha facilidade de contato com os centros de referência em CP que, mesmo sendo distante, se tornam muito úteis na orientação de decisões técnicas, além de contar com o auxílio dos hospitais gerais mais próximos para a admissão dos pacientes que necessitem (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

A coordenação do cuidado é uma das tarefas centrais da APS em CP, visto que essa coordenação garante a assistência prestada com integralidade. Dessa forma, o profissional deve estar sempre atualizado sobre o tratamento especializado que seus pacientes realizam, buscando ativamente a referência e contra referência, atuando como mediador entre esses serviços e as famílias. A escassez de recursos é outro problema relatado pelos enfermeiros, interferindo negativamente na qualidade do serviço e na implementação de ações (SILVA, 2014; LAVOR, 2006).

Os CP ofertados a um usuário da APS envolvem diferentes partes do sistema de saúde e, constantemente, é necessário algum tipo de assistência compartilhada ou colaboração. Os cuidados no fim da vida remetem a um campo de conhecimentos e práticas que exigem atuação de toda equipe multiprofissional. Dessa maneira, torna-se fundamental a organização da assistência com a equipe usual e em conjuntura com os demais profissionais atuantes na APS, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o serviço de atenção domiciliar (QUEIROZ, 2013).

Apesar de ser uma fase tão delicada do cuidar, a referência em CP para serviços de maior suporte tecnológico torna-se essencial, mesmo sem a possibilidade de cura do diagnóstico principal. Porém, tratando-se de qualidade de vida, não importa o nível de atenção que se atue, o que importa é que os momentos finais não incluam dor em seu desenrolar.

5.5 CATEGORIA 05: RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os estudos apontam algumas recomendações para a prática de enfermeiros que não tem contato com os CP. Com base em situações já vivenciadas, mostram fatores que podem facilitar o manejo de episódios inusitados, bem como estratégias para contornar essas situações.

Um artigo aponta que a essência da enfermagem está ligada em cuidar de qualquer pessoa e fornecer apoio à família em situações difíceis. Não basta apenas ter conhecimento científico e habilidades clínicas em enfermagem, é preciso ter experiência em questões interpessoais que possam ajudar ao paciente e seus familiares a realizar decisões a respeito de seu diagnóstico, além de apoiar as decisões tomadas (FITCH et al., 2015).

Para um dos autores, é perceptível o aumento, com o passar do tempo, a procura por profissionais de saúde que busquem o aumento de seus conhecimentos, sendo responsável e que reconheça as necessidades que a população adstrita requeira. Os autores enfatizam que CP não deve ser considerada apenas como mais um recurso da saúde, mas sim como uma experiência onde se promove uma assistência digna e humanizada a indivíduos e famílias em uma realidade difícil de ser vivida até que seu fim chegue (FERRER et al., 2009).

O cuidado domiciliar exige combinação de conhecimentos técnicos com empatia/compaixão para com o próximo. O profissional enfermeiro considera que a atuação deve estar focada na orientação e no apoio ao doente e seus familiares, contribuindo com a qualidade de vida dos mesmos (QUEIROZ et al., 2013).

Fornecer o gerenciamento dos sintomas, apoio emocional e educação do paciente e família são considerados as principais responsabilidades do enfermeiro. O atendimento deve ser mutuamente acordado, ainda que se tenha uma ideia geral de “boa morte”, e a abordagem a cada paciente deve atender as preferências do mesmo, suprimindo e respeitando seus desejos e valores. Os familiares e pessoas próximas também devem ser incluídos no plano de cuidado, auxiliando no método de satisfação das necessidades dos pacientes, não devendo esquecer-se do processo de luto enfrentado pela família, fase que também merece foco do enfermeiro (COMBINATO; MARTINS, 2012; FITCH et al., 2015).

Um estudo mostra que o contato físico isolado não é considerado como um acontecimento emocional, mas estimula terminações nervosas sensoriais e provocam alterações neuronais e emocionais. Pode-se afirmar, assim, que o toque desperta emoções, o que enfatiza a importância de se cumprimentar o paciente no início da intervenção ou na despedida, quando o mesmo está deprimido, com dor, com autoestima e autoimagem diminuídas ou está no processo de morte. O uso do afeto é de extrema importância em CP, uma vez que está relacionado com o cuidado na dimensão emocional (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Algumas estratégias para melhoria dos trabalhos domiciliares em CP foram apontadas por enfermeiros, sendo elas: reuniões multidisciplinares regulares; facilidades no encaminhamento ao serviço especializado de CP; mais enfermeiros para visitas ao domicílio;

treinamento da enfermagem no atendimento telefônico após o horário de funcionamento da APS, e especialmente a elaboração e adoção de protocolos padronizados para o projeto terapêutico de cada paciente. Um ponto fraco apontado por esses profissionais foi a abordagem de questões religiosas ou espirituais, mesmo que reconheçam a importância dessas conversas nessa fase terminal (SAITO; ZOBOLI, 2015).

Novamente o foco se volta para capacitação da equipe de enfermagem como sendo estratégia fundamental para o controle da dor dos pacientes, considerando que esses profissionais são os que constantemente avaliam a dor na resposta terapêutica, bem como os efeitos colaterais, muitas vezes propondo estratégias não farmacológicas. Programas de treinamentos podem ser uma importante tática para sanar as dificuldades apontadas pelos enfermeiros, tanto no que diz respeito a aspectos clínicos quanto à dialética em questões tão delicadas como religião e o processo de morte (LAVOR, 2006; ARENA et al., 2014).

Alguns aspectos só são aprendidos durante a prática profissional, mas não se deve esquecer a importância de algumas recomendações de profissionais que atuam em áreas que não são muito comuns, a respeito de práticas e até mesmo possíveis soluções para problemas enfrentados com frequência, a fim de sanar qualquer dificuldade que se imponha durante o cuidado sem que a qualidade do serviço seja atingida. Afinal, enfermagem é a arte do cuidar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo compreender a percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde a respeito da prática dos Cuidados Paliativos nesse modelo de atenção, atentando para suas principais dificuldades ao realizar esse serviço.

É perceptível, através dos artigos colhidos, que os enfermeiros enfrentam inúmeros empecilhos quando se trata de CP, desde a formação em enfermeiro generalista que não trata desse tipo de atenção e quando trata é de forma tão superficial que não é suficiente para suprir as mínimas dúvidas que esses profissionais possuem. Dessa forma, muitos profissionais relataram que é de suma importância uma capacitação/formação específica na área para melhor atender os pacientes nessa etapa tão difícil, sem esquecer-se de seus familiares e pessoas próximas.

Tratar o ser em sua particularidade, em seu domicílio, com suas crenças e costumes, atentando para seus desejos de acordo com suas questões culturais e religiosas, é, e sempre foi, um grande desafio para o profissional de enfermagem. A maior ferramenta que pode e deve ser utilizada é a dialética, o saber ouvir o próximo, o maior detentor de todo cuidado que irá ser prestado, adotando-se a humanização durante o serviço, por mais que seja irônico e redundante dizer que “seres humanos devem se humanizar”.

O cuidado ao fim da vida não deve envolver apenas a APS, serviços terciários também fazem parte desse cuidado. A parceria com hospitais e a dificuldade em referenciar os pacientes para esse serviço torna o cuidado falho nesse aspecto, por mais que aja empenho por parte dos profissionais.

Garantir a qualidade de vida é o mínimo que se deve oferecer a pacientes que são indicados os CP, mas para isso é necessário que uma gama de problemas seja concertada. Diversas soluções são apresentadas pelos enfermeiros, desde capacitações até rodas de conversas com profissionais especializados na área e, mesmo com as deficiências mostradas, o cuidado não deixa de ser prestado e a assistência acontece.

Contudo, de acordo com o mostrado pelos enfermeiros, essas arestas devem ser aparadas para que o cuidado se torne cada vez mais eficiente e eficaz, garantindo uma real melhora na qualidade de vida de pessoas que não possuem mais a cura como realidade, esta se tornou apenas um desejo distante de ser alcançado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiro para reflexão e ação**. Brasília. 2004.

_____. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília. 2001.

_____. **Portaria nº 19 GM/MS**. Cria o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. 2002.

_____. **Portaria nº 2.413 GM/MS**. Cria atendimento a pacientes sob cuidados prolongados. 1998.

_____. **Portaria nº 3.535 GM/MS**. Estabelece critérios para Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON. 1998.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Documento Técnico. Brasília. 2005.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, ANCP, 2ª ed, Porto Alegre: Sulina, 2012.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP**, v 46 n 3, p 626-32, 2012.

ARENA, E. B., et al . Necesidades formativas de las enfermeras de Atención Primaria en la atención al dolor y al sufrimiento en la etapa final de la vida. **Rev Clin Med Fam**, Cuenca, v. 7, n. 3, p. 244-246, 2014.

BARBOSA A. Bioética e cuidados paliativos. In: Barbosa A, Galriça-Neto I, editores. **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa/Universidade de Lisboa; p. 439-52, 2006.

BARNES EA, FAN G, HARRIS K, BARBERA L, TSAO M, DOYLE M. et al. **Involvement of Family Physicians in the Care of Cancer Patients Seen in the Palliative Rapid Response Radiotherapy Program**. *J Clin Oncol.*; v. 25 n. 36: p. 5758-62, 2007.

BENEFIELD, L.E.; Implementing evidence-based practice in home care. **Home Healthc Nurse**; v. 21 n. 12: p. 804-11, dez 2003.

BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar** [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848**, de 26 de dezembro de 1998. Alterado pela Lei nº 9,777 de 26 de dezembro de 1998. Rio de Janeiro, 7 de dezembro de 1940.

BRASIL. **Lei nº 10.424**, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Abr 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: Inca; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, (Série E. Legislação em Saúde), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.150**, de 12 de dezembro de 2006. Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. Diário Oficial da União. 13 dez 2006

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde), 2006.

BRASIL. **Portaria Nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. **Portaria Nº 874**, de 16 de maio de 2013. Ministério da Saúde. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CARVALHO R.C.T., PARSONS, H.A. (orgs). **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2ª ed, 2012.

COMBINATO, D. S.; MARTINS, S. T. F. Em defesa dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **O Mundo da Saúde**. v 36 n 3, p 433-41, 2012.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CREMESP; 2008.

DINIZ D, GUILHEM D. **O que é bioética?** São Paulo: Brasiliense; p. 38, 2002.

FELIX, Zirleide Carlos et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva** [online]; v. 18, n. 9, 2013.

FERRER, P. M. N.; et al.. Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud. **Rev Cubana Enfermer** [online]. v. 25, n. 1-2, 2009.

FITCH, M. I.; FLIEDNER, M.C.; O'CONNOR, M. Nursing perspectives on palliative care 2015. **Ann Palliat Med**. v 4, p 150-5, 2015.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**. v 23 n 9, p 2072-80, 2007.

KIPPER DJ. Medicina e os cuidados de final de vida: uma perspectiva brasileira e latino-americana. In: Pessini L, Garrafa V, organizadores. **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola; p. 409-14, 2003.

LAVOR, M. F. S. **Cuidados paliativos na Atenção Básica: visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família**. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

MACIEL M. G. S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Rev Prática Hospitalar**; v. 47 n. 8: p. 46-9, 2006.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. Cuidado paliativo, CREMESP. p. 18-21, 2008.

MATZO, M. L.; SHERMAN, D. W. Palliative care nursing: ensuring competence care at the end of life. **Geriatric Nursing**; v. 22 n 6: p. 288-93, 2001.

MELO, A.G.C. Os cuidados paliativos no Brasil. **Rev Bras de Cuidados Paliativos**. São Paulo, v. 01, n 01, p. 05-08, 2008.

MENDES K. D. S.; SILVEIRA R. C. C. P.; GALVÃO C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 17 n. 4, p. 758-64, dez 2008.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2004.

MESQUITA, A. A. B.; MARANGÃO, V. P. A equipe multiprofissional diante do processo de morte e morrer da criança hospitalizada [monografia]. Campos Gerais: Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais; 2008.

MITCHELL, G. Primary palliative care: facing twin challenges. **Aust Fam Physician.**; v. 40 n. 7: p. 517-8, 2011.

MONTEIRO, F.F.; OLIVEIRA, M.; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Rev Dor**. São Paulo; v. 11 n. 3, p 242-8, 2010.

OLIVEIRA, J. B. A.; LOPES, R.G.C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, jun. 2008.

PAIVA, F. C. L.; JÚNIOR, J. J. A.; DAMÁSIO, A. C. D. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. bioét.**; v. 22 n. 3: p 550-560, 2014.

- PESSINI, L. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. **Rev. bioét.**; v. 18 n. 3: p. 549-60, 2010.
- PIMENTA, C.A.M; MOTA, D.D.C.F. Educação em cuidados paliativos: componentes essenciais. In: Pimenta CMA, Mota DDCF, Cruz D A LM. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole; 2006.
- PINHO, L.M.O; BARBOSA, M.A. Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional de saúde. **Rev Electr Enf.**; v. 11 n. 1: p. 200-12, 2009.
- PITTELLI, S.D.; OLIVEIRA, R.A. Eutanásia e sua relação com casos terminais, doenças incuráveis, estados neurovegetativos, estados sequelares graves ou de sofrimento intenso e irreversível e morte encefálica. **Saúde, Ética & Justiça**; v. 14 n. 1: p. 32-39, 2009.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): **Lippincott Williams & Wilkins**; p.457-94, 2006.
- QUEIROZ, A. H. A. B., et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 18 n 9, p 2615-23, 2013.
- RABELLO, C. A. F. G.; RODRIGUES, P. H. A.. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 379-88, 2010.
- Revista dos Tribunais. Código Penal. 9ª ed. São Paulo: **Revista dos Tribunais**; p. 848, 2004.
- ROBLES–SILVA, L.. El cuidado en el hogar a los enfermos cronicos: um sistema de autoatención. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 20, n. 2, abr 2004.
- RODRIGUES, I. G. **Cuidados Paliativos: análise de conceito**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 231p., 2004.
- ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**; v. 3 n. 2: p. 109-12, dez 1998.
- SAITO, D. Y. T., ZOBOLI, E. L. C. P. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Rev. bioética**, v 23 n 3, p 593-607, 2015.
- SELLI, M. L. ; ALVES, J.S. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**; v. 17 n. 4: p. 1-6, 2009
- SILVA, E.P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm**; v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.
- SILVA, M. L. S. R., O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v 9 n 30, p 45-53, 2014.

- SINGER, P. Voluntary euthanasia: a utilitarian perspective. **Bioethics.**; v. 17 n. 6: p. 526-41, 2003.
- SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL). Recomendações Básicas sobre formação em cuidados paliativos. **Medicina Paliativa**, v 7 nº 1. 2000.
- SOUSA, J. M.; ALVES, E. D. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **Acta Paul Enferm.** v 28 n 3, p 264-9, 2015.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.** São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010.
- SOUZA, H. L., et al . Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 23, n. 2, p. 349-359, Aug. 2015.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília, 2002.
- VARGAS, M.A.O.; VIVAN J.; VIEIRA, R.W.; MANCIA, J.R.; RAMOS, F.R.S.; FERRAZZO, S. et al. Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? **Texto & Contexto Enferm**, 2013.
- VERHOEVEN, A. A. H.; SCHULING, J.; MAECKELBER, E. L. M. **The death of a patient: a model for reflection in GP training.** BMC Fam Pract. 2011; v. 12 n. 2: p 8-15, 2011.
- VILLAS-BÔAS, M.E. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. **Rev Bioet**; v. 1 n. 16: p. 61-83, 2008.
- WALSHE, C.; TODD, C.; CARESS, A.L.; GRAHAM, C.C.. **Judgements about fellow professionals and the management of patients.** Br J Gen Pract.; 58: p. 264-72; 2008.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs.** v. 52 n. 5: p. 546-53, 2005.
- World Health Organization. Palliative care for older people: better practices. Denmark: WHO; 2011.
- YAMAGUCHI, A.M.; OLIVEIRA, I.B. Cuidados paliativos na assistência domiciliar. In: Santos FS, editor. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas.** São Paulo: Atheneu, p. 31-8; 2011.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

A. Identificação do Artigo	
Título do Artigo	
Nome do Periódico	
Ano de Publicação	
B. Identificação dos Autores	
Nome do Autor:	Titulação:
Nome(s) do(s) Coautor (es):	
C. Características da Pesquisa	
1. Site de Base de Dados: <input type="checkbox"/> Scielo <input type="checkbox"/> Lilacs <input type="checkbox"/> Bireme	2. Tipo de Estudo: <input type="checkbox"/> Quantitativo <input type="checkbox"/> Qualitativo <input type="checkbox"/> Tese <input type="checkbox"/> Revisão Integrativa <input type="checkbox"/> Dissertação
3. Descritores: <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Atenção Primária à Saúde	
4. Objetivos do Estudo	
5. Possui considerações éticas? Quais?	
D. Aspectos Específicos	
1. Faz menção à graduação em Enfermagem?	
2. Os profissionais consideram importante uma formação específica?	
3. Faz recomendações para a prática da Enfermagem? Qual?	
4. Os profissionais têm dificuldade em referenciar o paciente que necessita de CP para outro serviço?	
5. Faz menção a outro profissional? Qual?	