

Necessidades educacionais em cuidados paliativos de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde

Educational needs in palliative care of Primary Health Care nurses

Necesidades educacionales en cuidados paliativos de enfermeros de la Atención Primaria de Salud

In Memoriam **Vívian Marina Calixto Damasceno Spineli¹**
ORCID: 0000-0002-2258-5287
Gislaine Desani da Costa¹
ORCID: 0000-0002-0672-6764
Jéssica Sponton Moura Minosso¹
ORCID: 0000-0001-8904-6600
Maria Amélia de Campos Oliveira¹
ORCID: 0000-0002-0533-7193

¹Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Spineli VMCD, Costa GD, Minosso JSM, Oliveira MAC. Educational needs in palliative care of Primary Health Care nurses. Rev Bras Enferm. 2022;75(3):e20210391. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0391>

Autor Correspondente:
Gislaine Desani da Costa
E-mail: gislaine_desani@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Valladares Broca

Submissão: 26-07-2021 **Aprovação:** 10-10-2021

RESUMO

Objetivos: compreender a experiência de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde com cuidados paliativos e suas necessidades educacionais na temática. **Métodos:** estudo exploratório, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados mediante 19 grupos focais que envolveram 181 enfermeiros. Na interpretação dos resultados, utilizou-se a análise temática. **Resultados:** o conhecimento apresentado pelos enfermeiros em cuidados paliativos revelou-se limitado. Foram identificadas lacunas na definição dos cuidados paliativos e nos princípios filosóficos que os norteiam. As experiências descritas evidenciaram a necessidade de educação permanente relativa à definição e filosofia dos cuidados paliativos, elegibilidade dos pacientes, cuidado integral ao paciente e à família, comunicação interpessoal e de notícias difíceis, atuação em equipe multiprofissional e cuidados no final de vida. **Considerações Finais:** a análise das percepções dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre cuidados paliativos pode ajudar a identificar os obstáculos para a melhoria da oferta dessa modalidade de cuidado. **Descriptores:** Cuidados Paliativos; Atenção Primária à Saúde; Enfermeiras e Enfermeiros; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Educação Profissional em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objectives: to understand the experience of Primary Health Care nurses with palliative care and their educational needs on the topic. **Methods:** an exploratory study, with a qualitative approach. The data was collected through 19 focus groups involving 181 nurses. In interpreting the results, the thematic analysis was used. **Results:** the knowledge presented by nurses in palliative care proved to be limited. Gaps were identified in the definition of palliative care and in the philosophical principles that guide it. The experiences described highlighted the need for continuing education regarding the definition and philosophy of palliative care, patient eligibility, integral care to the patient and the family, interpersonal communication and difficult news, performance in a multi-professional team, and end-of-life care. **Final Considerations:** the analysis of the perceptions of Primary Health Care nurses about palliative care can help identify the obstacles to improving the provision of this care modality. **Descriptors:** Palliative Care; Primary Health Care; Nurses; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Education, Public Health Professional.

RESUMEN

Objetivos: comprender la experiencia de enfermeros de la Atención Primaria de Salud con cuidados paliativos y sus necesidades educacionales en la temática. **Métodos:** estudio exploratorio, de abordaje cualitativo. Datos recolectados mediante 19 grupos focales que involucraron 181 enfermeros. Para interpretación de resultados, utilizado el análisis temático. **Resultados:** el conocimiento presentado por enfermeros en cuidados paliativos revelado limitado. Identificadas lagunas en definición de los cuidados paliativos y los principios filosóficos que los dirigen. Las experiencias descriptas evidenciaron la necesidad de educación permanente relativa a definición y filosofía de cuidados paliativos, elegibilidad de los pacientes, cuidado integral al paciente y la familia, comunicación interpersonal y noticias difíciles, actuación en equipo multiprofesional y cuidados al final de vida. **Consideraciones Finales:** el análisis de las percepciones de los enfermeros de la Atención Primaria de Salud sobre cuidados paliativos puede ayudar a identificar los obstáculos para mejoría de la oferta de esa modalidad de cuidado. **Descriptores:** Cuidados Paliativos; Atención Primaria de Salud; Enfermeros; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Educación en Salud Pública Profesional.

INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos (CP) são uma modalidade de cuidados perpetuados estrategicamente para a prevenção, detecção precoce e tratamento de agravos que acometem tanto os portadores de doenças crônicas potencialmente fatais quanto suas famílias⁽¹⁾. Seus objetivos são: proporcionar conforto, melhorar a qualidade de vida, diminuir o sofrimento e promover a dignidade de pessoas que se encontram em uma condição ou doença que as aproxima da morte⁽¹⁻²⁾.

Em 2012, os CPs foram reconhecidos como uma necessidade de saúde em declaração da Reunião de Alto Nível na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), que discutiu a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁽³⁾. Mais tarde, em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um consenso que contribui para o estabelecimento de programas e serviços integrantes da abordagem paliativa. Nesse documento, reitera-se a necessidade de acesso universal aos CPs de alta qualidade a todos os tipos de pacientes com condições crônicas avançadas e prognóstico de vida limitado, além de pessoas com sequelas de doenças ou em tratamentos por tempo prolongado, neonatos e crianças portadores de doenças congênitas ou adquiridas⁽⁴⁾.

Em que pese sua importância em sociedades cujo perfil populacional e epidemiológico vem mudando, como as de países em desenvolvimento, a oferta de CPs nesses locais ainda é um desafio para os sistemas de saúde e educação. Em todas as partes do mundo, inúmeras pessoas, sobretudo as de baixa renda, vivem e morrem com pouco ou nenhum CP ou alívio da dor e sofrimento, o que caracteriza iniquidade na aplicação dos avanços tecnológicos⁽⁵⁾.

Ao lado da Austrália e do Reino Unido, a Alemanha ocupa as primeiras colocações no que diz respeito à formação com certificação profissional em CPs e à disponibilidade de médicos e enfermeiros especialistas no atendimento à população que necessita desses cuidados. Nesses países, é recomendado que os CPs integrem-se à Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁶⁻⁷⁾.

Já a implementação dos CPs na América Latina ainda é incipiente. Apenas alguns países dispõem de políticas públicas que efetivamente promovem os CPs e os reconhecem como uma especialidade. Além disso, é bastante limitado o acesso a drogas como opioides e outros medicamentos controlados. A educação dos profissionais da saúde para o cuidado em uma abordagem paliativa tampouco é valorizada⁽⁸⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde vem contribuindo para implementação dos CPs no sistema de saúde do país. Em 23 de novembro de 2018, foi publicada a resolução que normatiza a oferta de CPs no âmbito do SUS, definindo-o como cuidado continuado, integral, oferecido o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento modificador da doença, a pessoas com doenças agudas ou crônicas que ameaçam a vida e suas famílias. Tem por objetivo promover o conforto, a qualidade de vida e o alívio do sofrimento, da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual dos pacientes, familiares e cuidadores em todo curso da doença e no luto. A resolução determina a integração dos CPs no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), revelando a necessidade de ofertar educação permanente em CPs para os trabalhadores da saúde no SUS. Acrescenta que

os CPs deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde: Atenção Básica; Atenção Domiciliária; Atenção Ambulatorial; Urgência e Emergência; e Atenção Hospitalar⁽⁹⁾.

Mesmo diante desses avanços, o cuidado na perspectiva paliativa ainda precisa progredir no Brasil, sobretudo no âmbito da APS, que é considerada a orientadora das necessidades de saúde da população e responsável pelo cuidado integral e contínuo de indivíduos, famílias e coletividades. Assim, espera-se que os profissionais de saúde do nível primário de atenção tenham conhecimentos, habilidades e atitudes que lhes permitam oferecer cuidados à saúde na perspectiva paliativista a portadores de doenças crônicas potencialmente fatais⁽¹⁰⁾.

Juntamente com terapias modificadoras do curso das doenças, CPs ofertados em abordagem interdisciplinar por profissionais de saúde capacitados contribuem para prevenir e/ou aliviar o sofrimento de pacientes e familiares. Se forem providos no contexto da APS, podem colaborar para a redução das hospitalizações e beneficiar tanto os pacientes e suas famílias quanto o próprio sistema de saúde⁽¹¹⁾.

OBJETIVOS

Compreender a experiência dos enfermeiros da APS diante do CP e suas necessidades de educação na temática.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e obteve a anuência das Secretarias de Saúde dos municípios onde os dados foram coletados. Foi feito contato com os coordenadores da APS desses municípios e solicitada reunião com os enfermeiros que atuavam na APS. Nessa reunião, explicaram-se os objetivos do estudo; e foi feito o convite aos enfermeiros. Aqueles que manifestaram concordância em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as normas da Resolução CONEP n. 466, de 12 de dezembro de 2012⁽¹²⁾.

Tipo de estudo

Realizou-se um estudo exploratório, de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, utilizaram-se grupos focais, uma técnica voltada para as representações e relações de diferentes populações ou grupos de profissionais de uma área, em seu processo de trabalho, sob o ponto vista da relação social⁽¹³⁻¹⁴⁾. Usou-se o instrumento *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).

Local do estudo

A investigação foi realizada em 84 Unidades Básicas de Saúde tradicional (UBS) e 282 UBSs com ESF dos 19 municípios mais populosos das regiões sul e sudoeste do estado de Minas Gerais, (MG), Brasil: Alfenas, Arcos, Campo Belo, Divinópolis, Formiga, Guaxupé, Itajubá, Lavras, Machado, Oliveira, Passos, Poços de

Caldas, Santa Rita do Sapucaí, São João Del Rei, São Lourenço, São Sebastião do Paraíso, Três Corações, Três Pontas e Varginha. A seleção deveu-se ao fato de apresentarem o maior número de UBSs e ESFs, serem referência no atendimento à população e contarem com universidades com cursos na área da saúde.

População e participantes do estudo

A população foi composta por enfermeiros das unidades selecionadas. A amostra foi intencional, com o plano de entrevistar entre 6 e 15 enfermeiros por grupo, distribuídos em 19 grupos focais (GF) (um GF por município), o que totalizou uma amostra de 181 enfermeiros, uma média de 9,5 participantes/grupo⁽¹⁵⁾.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro atuante nas unidades selecionadas e ter interesse em compartilhar sua experiência. Foram excluídos os profissionais com tempo de atuação na APS inferior a seis meses e os que se encontravam afastados das unidades por licença médica, licençamaternidade ou férias no período da coleta de dados.

Estratégia para coleta de dados

A estratégia utilizada para coleta foi o grupo focal, seguindo um roteiro previamente elaborado. Além dos dados de identificação dos participantes, o roteiro norteador continha os seguintes temas, identificados mediante revisão da literatura: o conceito de CPs e fase final de vida; a unidade de cuidado (paciente e família); a integralidade do cuidado (controle de sintomas físicos, psicossociais e espirituais); o processo de comunicação; os aspectos bioéticos; a enfermagem e a equipe multiprofissional.

A realização do grupo focal ocorreu em quatro etapas⁽¹⁵⁾. Após a apresentação da pesquisadora principal e dos participantes, foi feita uma breve explanação sobre os objetivos da pesquisa, do grupo focal e do percurso a ser seguido, esclarecendo que divergências de opinião eram esperadas. Entregou-se aos participantes um impresso contendo a definição e os princípios dos CPs de acordo com a OMS⁽¹⁶⁾. Em seguida, foram apresentados dois vídeos disponíveis no YouTube®. O primeiro aborda o processo de morrer no Brasil, a cultura de aceitação e consciência do processo de final de vida e da morte (<https://www.youtube.com/watch?v=WvHk0AwCK88>). O segundo chama atenção para o tema dos CPs na APS e faz referência à importância do papel do profissional de saúde diante do sofrimento causado por uma doença crônica em progressão e limitadora da vida (<https://www.youtube.com/watch?v=85rPhqGyDf4>). Os vídeos foram apresentados aos participantes com o objetivo de provocar a discussão acerca dos temas previamente elencados, a serem explorados durante a reunião. Essa etapa durou aproximadamente 20 minutos. Na sequência, houve a discussão da temática em questão, momento em que foi observada a linguagem e a atitude dos participantes. Mais tarde, antes do encerramento de cada grupo focal, foi elaborada uma síntese da discussão sobre o tema, juntamente com os participantes, a fim de validar os dados obtidos e esclarecer dúvidas. Nesse contexto, a quarta e última etapa serviu para verificar as necessidades de informação dos enfermeiros participantes quanto à temática discutida, sendo sanadas eventuais dúvidas.

O estudo teve a pesquisadora principal como moderadora; e como observadora, uma enfermeira com experiência em pesquisa qualitativa. O período para coleta dos dados foi de julho de 2016 a janeiro de 2018, e as discussões foram gravadas.

Tratamento e análise dos dados

O corpus desta investigação, composto pelos dados obtidos por meio dos grupos focais, foi analisado de acordo com o método de análise de conteúdo de Bardin⁽¹⁷⁾, com emprego da técnica “análise temática”, à luz da teoria do conforto, proposta por Katharine Kolcaba⁽¹⁸⁾.

Os dados obtidos por meio dos grupos focais foram transcritos na íntegra em documento Word®. Para análise e interpretação do conteúdo, foram seguidas as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação), propostas por Bardin⁽¹⁷⁾.

Para a análise de dados qualitativos, optou-se por utilizar como ferramenta o software *Web Qualitative Data Analysis – WebQda*⁽¹⁹⁾. O corpus dos dados foi armazenado e organizado no software WebQda, o que permitiu sua pré-análise. Nessa fase, foi feita a leitura flutuante para familiarização com os dados, seguida da leitura exaustiva e aprofundada do material. Foram feitos apontamentos para interpretação e estruturação das informações coletadas, de forma a pensar em seus atributos e códigos. Em seguida, teve início a fase de exploração do conteúdo e processo de codificação.

O sistema de codificação do WebQda disponibiliza várias funcionalidades a depender das características dos dados e dos objetivos do pesquisador. Todavia, neste estudo, foi adotado o códigoárvore como forma de categorização, utilizando o modelo aberto/indutivo para codificar os dados, de modo a extrair as unidades de análise ou significado⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

Participaram do estudo 181 enfermeiros que atuavam na APS das regiões sul e sudoeste de MG, em 19 GFs, com média de 9,5 participantes por grupo. Destes, 141 (77,9%) pertenciam à ESF; e 40 (22,1%), a UBSs tradicionais. A média de idade dos participantes foi de 35,1 anos, sendo a maioria do sexo feminino (92,9%).

Na análise do material produzido, os temas foram agrupados por semelhança, dando origem às categorias intermediárias. Após nova análise, resultaram nas categorias empíricas finais, que possibilitaram a interpretação do conteúdo⁽²⁰⁻²¹⁾. O uso do WebQda também permitiu o questionamento desses resultados. Ao elaborar perguntas orientadas para padrões, inferências e conclusões diante do corpus da investigação, foi possível explorar os dados em profundidade.

A análise revelou categorias e subcategorias que exprimem a realidade do cuidado prestado por enfermeiros da APS (dificuldades e facilidades) e suas necessidades de educação permanente. Estas foram reunidas por similaridade em três dimensões, às quais estão vinculadas as categorias e as subcategorias evidenciadas: Concepção sobre CPs; Gestão dos CPs; e Formação em CPs. Os excertos dos discursos que as ilustram estão descritos em itálico, acompanhados da sigla GF seguida de um número que corresponde à ordem da realização do grupo focal. Tais resultados podem ser contemplados nos Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias identificadas na dimensão Concepção sobre Cuidados Paliativos, Minas Gerais, Brasil, 2018

Categoria	Subcategoria	Evidência
A percepção sobre CPs	→ O cuidado humanizado	<i>Acho que o cuidado paliativo é você oferecer para o indivíduo conforto, qualidade de vida, independente do período que foi programado para ele morrer da doença dele ou não [...]. (GF4); Bem, o cuidado paliativo passa muito pela questão da humanização [...]. (GF14)</i>
	→ O cuidado de fim de vida	<i>Nós cuidamos! Lá a gente fazia cuidados paliativos porque não tinha mais nada a fazer [...] é só o cuidado da família, o carinho, não deixar sentir dor [...] a alimentação, não deixar passar fome e [dar] remédio para dor. (GF1)</i>
A integralidade do cuidado	→ A promoção do conforto	<i>Então eu acho que, nos cuidados paliativos, vamos trabalhando nesse sentido, isto é, conduzir para que tenha um final de vida sem sofrimento, sem dor, com controle de sintomas físicos, emocionais, psíquicos, isso sim. Acho que a gente precisa dar conforto e trabalhar com a família nesse sentido. (GF7)</i>
	→ A fragmentação do cuidado	<i>Na faculdade, a gente tem uma formação para a assistência integral. Mas na prática, a gente não faz isso. Então, quando você chega naquela Unidade, para você conseguir levar aquilo, para cuidar mesmo, leva um tempo [...] você se depara com aquele paciente e aquele conhecimento é necessário [...] porque, na verdade, você tem que usar tudo, você usa parte do físico, que você tem uma boa base na faculdade, de psicologia, de posicionamento do paciente, de clínica, tudo aquilo que pode ser usado de forma paliativa. Mas nem sempre [...] o que a gente mais faz é o cuidado físico. (GF6)</i>
	→ A espiritualidade e religiosidade	<i>[...] Eu pergunto para família se tem alguma religião e aí eu peço para que chame o líder religioso. Por exemplo, quando é católico, eu mesma já ligo para o padre e peço para fazer uma visita. Quando é evangélico ou espírito, eu peço para que o pessoal da igreja venha fazer uma visita. Por que eu vejo que isso conforta [...]. (GF5)</i>
A morte e o morrer	→ A finitude da vida	<i>Interessante falar sobre isso [morte]. Vou falar de cultura, pois não encarar a morte é cultural, e realmente a gente tem isso. Parece que a gente sabe que todo mundo vai morrer, mas não está preparada para abordar isso. Acho que nem na família, muito menos no nível profissional, com o outro. (GF16)</i>
	→ Os sentimentos dos profissionais diante da morte	<i>Eu tenho a impressão também que os profissionais de saúde têm dificuldade de admitir que a gente vai se deparar com a morte, porque a gente trabalha muito querendo manter a vida, salvar vidas, melhorar o sofrimento, e de repente a gente se sente impotente e parece que não quer reconhecer isso. (GF19)</i>
CPs na APS	→ A continuidade do cuidado	<i>Eu acho que o cuidado é estratificado, cada um faz uma partezinha. Eu tenho um paciente nessas condições, então faço visitas diárias, cuidados, orientações para a família [...]. Uma vez por mês o médico vai lá também e faz sua parte; o outro profissional também vai, encaminha [...] e ninguém fica sabendo de nada. É tudo assim, fragmentado. (GF9)</i>
	→ O vínculo para a promoção dos CPs	<i>Primeiro é [preciso] conhecer a família que você está lidando. Eu tenho um caso de um paciente que descobriu que tinha câncer, a família contou, mas ele não queria fazer tratamento. Aí, como eu sei que ele é muito turrão, e já conheço a família, a mulher foi, conversou comigo, e eu fui lá. Com ele, eu falei diferente, fui bem mais rígida, eu falei que não era o fim do mundo. Ele saiu de lá até chorando. Hoje ele fala que fez o tratamento porque eu peguei firme com ele. Aí é questão de conhecer a pessoa, de ter vínculo. Talvez outra pessoa, eu tenha que tratar de maneira mais doce, com mais carinho. Porque eu tenho paciente que eu tenho até que pegar no colo e insistir para deixar a gente cuidar. É a particularidade de cada um [...]. (GF6)</i>

CPs – Cuidados Paliativos; APS – Atenção Primária à Saúde.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias identificadas na dimensão Gestão dos Cuidados Paliativos, Minas Gerais, Brasil, 2018

Categoria	Subcategoria	Evidência
O ambiente e os CPs	→ A estrutura dos serviços	<i>Difícil prestar cuidado. Porque a gente não tem material na unidade, então, às vezes, nem para fazer um curativo em um paciente que é cuidado paliativo, a gente está tendo material. (GF5); Porque nós trabalhamos no serviço público com número reduzido de profissionais e toda burocratização da Unidade de Saúde, que está na competência do enfermeiro executar. Então, o enfermeiro tem de cuidar da parte assistencial, administrativa e gerencial da Unidade [...]. (GF6); Aqui não se pode nem fazer endovenoso na Unidade, imagina se eles vão liberar eu para fazer morfina no paciente em casa [...] mas na roça eu fazia, olha para você ver! Então a gente não tem estrutura aqui, nem de transporte. (GF7)</i>
	→ A rede de serviços de saúde	<i>Esses pacientes vão ter que ter cuidado em domicílio, não vai ter como colocar todo mundo dentro do hospital, pronto-socorro ou posto de saúde. Porque no posto de saúde, a proposta não era trabalhar com esse tipo de paciente. Mas é uma realidade nova que, mesmo sem saber muito o que fazer, a gente já está fazendo [...]. (GF4)</i>
A família como unidade de cuidado	→ A família como centro dos CPs	<i>Eu acho que o que falta muito é esse diálogo do profissional de saúde com a família [...] explicar para a família o que está acontecendo. A família também precisa de cuidado (GF2); [...] envolver a família nesses cuidados, porque eu acho que muitas vezes a família precisa de mais cuidado que o próprio doente. E a família não quer cuidar [...]. Mas a família não deve só cuidar, tem que ser cuidada também [...]. (GF16)</i>
	→ A integração da família aos CPs	<i>Acho que muito do sucesso do nosso cuidado vai do comprometimento que a família tem com a condição daquela pessoa doente. Porque se é uma família que não tem vínculo familiar nenhum, você não consegue prestar o cuidado. (GF13); A gente bate na mesma tecla do paciente terminal que está lá vegetando, com um soprinho de vida, e a família insiste em manter a vida dele. Aí o paciente não tem como responder por ele, claro, e a família também tem a questão de não aceitar ter esses cuidados e fica insistindo tanto que tem de fazer isso, tem de fazer aquilo [...]. É difícil. Em um paciente consciente, tudo bem. Mas o complicado é trabalhar a família quando o paciente não tem como responder. (GF11)</i>

Continua

Continuação do Quadro 2

Categoría	Subcategoria	Evidência
A comunicação como elemento essencial aos CPs	→ As dificuldades de comunicação	<i>Para trabalhar os cuidados paliativos nesse aspecto é complicado. Você chegar a falar sobre o que está acontecendo, e é complicado [...] minha maior dificuldade é falar quando a família não aceita dizer para o paciente. A gente vê que isso gera aborrecimento e desconforto para todos! Mas a família não aceita falar nesse caso. (GF19)</i>
	→ Comunicar notícias difíceis	<i>Porque a gente não é psicólogo e infelizmente tem de assumir essa responsabilidade de estar ali com o familiar [...] então as dúvidas vão surgindo. "Ai, meu Deus, o que eu tenho que falar?! O que eu vou falar?! Eu vou falar e vou magoar essa pessoa?" [...]. (GF1); [...], a gente sempre espera primeiro que o médico fale, porque senão às vezes você coloca uma coisa que o médico não falou, e aí vem muita responsabilidade porque a gente está falando [...]. (GF10)</i>
A equipe de saúde nos CPs	→ A equipe multiprofissional	<i>[...] até porque falta uma equipe multiprofissional. Eu sei algumas coisas, outras eu trago e encaminho para o NASF, o psicólogo [...] às vezes a gente precisa de uma equipe multiprofissional para poder lidar e a gente não tem isso. Para mim, é uma das coisas que mais dificulta, principalmente em cuidados paliativos! (GF6)</i>
	→ O papel da enfermagem nos CPs	<i>[...] Eu tive essa experiência [...] mesmo com toda dificuldade que ela colocou, social, pessoal, familiar e tal, que todo mundo tem e vive isso! [...] mas para amenizar a dor, o sofrimento em geral e a equipe conseguir aos menos em partes, vou falar: mais de 60% desse cuidado é da enfermagem, se colocando, [assumindo] as responsabilidades ali. (GF18)</i>

CPs – Cuidados Paliativos.

Quadro 3 - Categorias e subcategorias identificadas na dimensão Formação em Cuidados Paliativos, Minas Gerais, Brasil, 2018

Categoría	Subcategoria	Evidência
A formação e a educação permanente em CPs	→ As lacunas de conhecimento	<i>Bom, esses cuidados paliativos a gente faz, mas só que de forma empírica. A gente viu isso rapidamente na faculdade e não tem uma vivência grande [...], mas a gente desenvolve, sim, esses cuidados no dia a dia, com os pacientes acamados, alguns pacientes crônicos que têm nas unidades [...]. (GF2); Tem uma enfermeira que fez um curso de tanatologia. Um dia eu perguntei se ela estava gostando do curso. Ela respondeu que estava amando. E neste curso tinha uma matéria específica de cuidado paliativo [...]. Ela disse não era nada diferente do que a gente já faz. A gente já faz isso desde quando a gente é bem pequenino e a gente chega perto da mãe e fala: "Dá um beijinho pra sarar!" A gente já faz isso naturalmente só que a gente, por medo de invadir o espaço da outra pessoa, a gente recua! [...]. (GF5); Eu falei que, às vezes, a gente tem conhecimento do que precisa ser feito, mas a dificuldade é exatamente na implementação, que envolve outras variáveis. Para mim pelo menos, falta muito [...]. (GF8)</i>
	→ A necessidade de formação e educação permanente em CPs	<i>Se a gente tivesse essa preparação necessária para suprir esse paciente nessas necessidades básicas de manutenção da qualidade de vida até a morte, não só a equipe de enfermagem, mas a equipe médica também, a gente conseguiria diminuir tanto o volume de atendimento nas unidades de pronto atendimento quanto melhorar a qualidade de vida, não só do paciente, mas principalmente da família, que fica extremamente desestabilizada com isso. (GF12); Quando se fala em paliativo, a gente [...] às vezes a gente está com aquela expectativa boa e fala assim: "Ah! O tratamento dele é paliativo!" Daí a gente mesmo murcha, né? Porque o paliativo dá aquela impressão de que vai para o paliativo quem está morrendo [...]. (GF15)</i>

CPs – Cuidados Paliativos.

DISCUSSÃO

Cuidar em uma perspectiva paliativa exige dos profissionais de saúde não só conhecimentos técnico-científicos, mas também formação humanística. A prática do cuidado deve ser pautada nas demandas do paciente e na preservação de sua autonomia. Uma das premissas dos CPs relacionada à integralidade é auxiliar tanto indivíduo com doença potencialmente fatal quanto sua família a enfrentarem essa condição e tudo que acarreta, de modo a terem conforto, alívio do sofrimento e serem atendidos em suas demandas e necessidades⁽²²⁾.

O cuidado abrange várias dimensões que não somente a biológica; inclui a social, espiritual e psicológica⁽²³⁾. Os resultados que emergiram da análise qualitativa referem-se ao duplo sentido da integralidade: a abordagem integral do ser humano e também a continuidade do cuidado nos diversos níveis de atenção à saúde.

A dimensão espiritual no contexto do cuidado integral e dos CPs é de grande importância para os pacientes e seus familiares. A proximidade com a morte faz com que o indivíduo busque sentido em tudo que está a sua volta. A espiritualidade e a religiosidade são consideradas fontes de apoio à saúde física e mental. Diante de doenças graves limitadoras da vida, é comum que os pacientes

e familiares procurem ancorar-se em crenças religiosas como uma maneira de enfrentar as situações difíceis desencadeadas pela doença/tratamento e vivenciar a morte de modo digno⁽²⁴⁾. Entretanto, essas situações são consideradas complexas e de difícil abordagem por parte dos profissionais, sobretudo por não se sentirem preparados para discutir a finitude da vida. Alguns sentem-se desconfortáveis para abordar as questões de religiosidade e espiritualidade; outros referem que essa temática não faz parte do seu trabalho. Todavia, a dimensão espiritual deve ser cuidada tanto quanto as dimensões física, social e psicológica⁽²⁵⁾.

A temática da morte e do processo de morrer foi mencionada pelos enfermeiros deste estudo como algo difícil de discutir. Entretanto, a morte e o morrer são inerentes à vida. Cuidar em um contexto de proximidade com a morte pode gerar reflexão por parte dos profissionais, mas também medo e angústia. Falar sobre a morte e preparar-se para ela ainda é considerado um tabu em algumas culturas⁽²⁶⁾ e ainda gera desconforto para a maioria dos participantes deste estudo.

Os princípios filosóficos dos CPs afirmam que a morte é um processo natural que faz parte da vida. Aos profissionais de saúde, não cabe acelerar nem adiar a morte, e sim oferecer cuidados e suporte que possibilitem às pessoas viver tãoativamente quanto

possível até o momento de sua morte, além do cuidado durante o luto da família. Os cuidados para uma boa morte ou morte digna relacionam-se com respeito, acolhimento, solidariedade, diminuição do sofrimento e promoção do conforto⁽²⁷⁾.

Por questões culturais e de formação, na maioria das vezes a morte não é discutida entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares, o que gera sentimentos de dor e sofrimento para todos os envolvidos. O ensino da tanatologia é importante para promover a identificação das etapas do processo de morrer e da morte e para prestar cuidados destinados ao alívio do sofrimento nesse período e no luto⁽²⁸⁾.

A vivência de enfermeiros diante do processo de morrer e da morte mostra que, na maioria das vezes, sua dificuldade em lidar com as questões de final de vida está relacionada à formação e também ao enfrentamento de seu próprio sofrimento, além do sofrimento do paciente. Os processos de tomada de decisão no final de vida são complexos e envolvem questões relacionadas a contextos socioculturais, experiências diante da morte, procedimentos realizados, vontade do paciente e família, curso da doença, aspectos médicos e legais. Isso significa que a implementação de intervenções bem-sucedidas no final da vida requer um sistema de saúde formalizado e resolutivo, políticas públicas consistentes, profissionais capacitados e preservação da autonomia do paciente⁽²⁹⁾.

Referir-se aos CPs como prática de cuidado para alívio do sofrimento e promoção do conforto denota a proximidade dos enfermeiros da APS com essa modalidade de cuidado, levando-os a assistir o paciente e família de acordo com suas necessidades.

O *Oxford Handbook of Palliative Care* afirma que os CPs de baixa e moderada complexidade devem ser oferecidos por profissionais generalistas como parte integrante de sua prática clínica, com foco na qualidade de vida e bom controle de sintomas, considerando a integralidade do cuidado, as experiências e condição de doença do indivíduo, com respeito a sua autonomia. Devem favorecer a comunicação com o paciente, família e outras equipes de saúde⁽³⁰⁾. Contudo, a implementação de ações específicas de cuidado em uma abordagem paliativa requer conhecimento específico⁽³¹⁾. Exemplo disso é saber quando os pacientes são elegíveis aos CPs, uma dificuldade mencionada pelos participantes deste estudo. No entanto, a própria definição de CPs faz referência aos critérios de elegibilidade da pessoa aos CPs: doença crônica em progressão que limita a vida e condição do indivíduo diante da doença⁽³²⁾.

Os temas emanados das categorias empíricas também guardam relação com o cuidado à família e com a comunicação de notícias difíceis. Os enfermeiros referiram que, em uma abordagem paliativa, o paciente e sua família são a unidade de cuidado. Entretanto, consideraram que orientar e envolver a família no cuidado é um dos desafios dos CPs. O primeiro contato do indivíduo é com a família, da qual advém a formação, o desenvolvimento e a socialização do ser humano. A família é considerada a primeira rede de apoio; e, por meio dela, os valores e a cultura são inicialmente transmitidos. Se por um lado a família evoca sentimentos de amor, satisfação, bem-estar e apoio, por outro pode envolver angústia e medo no adoecimento⁽³³⁾.

A doença afeta não somente a pessoa, mas a todos que estão a sua volta, sobretudo quando limita a vida. Por isso, deve ser oferecido suporte adequado à família⁽³³⁾. O cuidado aos membros

da família em uma abordagem paliativa busca auxiliá-los a cumprir seu papel de cuidadores e enfrentar questões relacionadas ao adoecimento e à morte de um de seus integrantes. Além disso, o cuidado integral prestado também à família e aos cuidadores contribui para a prevenção e redução de consequências negativas. A relação interpessoal e a comunicação permitem que familiares e cuidadores adquiram os conhecimentos necessários para prestar cuidados e estejam mais preparados diante da morte. O apoio ao luto também pode ser estabelecido⁽³⁴⁾.

As famílias sentem o peso de fornecer cuidados contínuos e precisam de assistência e orientação. A maior preocupação da família é saber que o paciente está confortável e não está sofrendo. Precisam receber informações sobre a evolução da doença e como ofertar os cuidados necessários. As informações fornecidas pelos enfermeiros são particularmente úteis na gestão dos desafios de cuidar em domicílio. Os membros da família devem ser comunicados sobre a importância de aceitar suas próprias necessidades emocionais e limitações como legítimas e válidas⁽³⁵⁾. Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, que têm maior contato com pacientes e familiares, sintam-se capazes de se comunicar efetivamente com os familiares para promover o conforto⁽³⁶⁾.

Os resultados deste estudo evidenciaram que a comunicação é um elemento essencial no cuidado e ao mesmo tempo um grande desafio. Para os profissionais, é difícil informar os pacientes e seus familiares sobre a necessidade de CPs, assim como dar notícias relacionadas ao diagnóstico e ao prognóstico. Também ficou evidente o quanto os enfermeiros da AB sentem-se despreparados para estabelecer uma comunicação adequada com os pacientes em CPs, seus familiares e entre a própria equipe de saúde.

A comunicação em fim de vida tem sido largamente reconhecida para promover cuidados de qualidade e o conforto dos pacientes. Um estudo de revisão revelou que a comunicação possibilita ao paciente compreender seu estado de saúde, o prognóstico e os tratamentos disponíveis, com consequente promoção do conforto. Para isso, deve ocorrer desde o início da trajetória da doença, a fim de dar tempo para que o paciente e seus familiares compreendam a situação e participem dos processos de tomada de decisão de modo consciente e compartilhado⁽³⁷⁾.

Estudo realizado com 303 profissionais de saúde constatou que consideravam a comunicação um elemento imensamente valorizado no cuidado. No entanto, demonstraram conhecimento limitado sobre as estratégias de comunicação para a interação com pacientes em CPs, sobretudo em fase final de vida⁽³⁸⁾. Estratégias de comunicação interpessoal podem e devem ser aprendidas para saber falar e escutar ativamente pacientes e familiares. Para tanto, é necessário abordar o tema nos currículos dos cursos de formação na área de saúde, bem como em programas de educação permanente em saúde (EPS) no trabalho⁽³⁹⁾.

A equipe de saúde foi outro tema abordado pelos enfermeiros deste estudo. Para eles, é de suma importância o envolvimento de diversos profissionais da APS e de outras instâncias no cuidado a pacientes e familiares em CPs. A necessidade de assistência multiprofissional decorre da complexidade que envolve os CPs. Controlar sintomas físicos e de outras dimensões, lidar com questões da fase final de vida, minimizar sofrimento e promover o conforto exige ação e a interação de vários profissionais⁽³³⁾.

Quando o cuidado é oferecido somente por um profissional da equipe de saúde, há limitações na promoção do conforto e no alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e social de pacientes e familiares que necessitam de cuidados em uma abordagem paliativa. Isoladamente, nenhum profissional das áreas das ciências da saúde e humanas conseguirá dar conta da complexidade das necessidades de cuidado de indivíduos que carecem de CPs⁽⁴⁰⁾.

Dentre os desafios elencados para a provisão de CPs pela equipe multiprofissional estão os problemas na organização da rotina de trabalho, na comunicação, a falta de estrutura física e recursos humanos compatíveis com a necessidade de atendimento, a fragmentação do cuidado e a necessidade de fortalecimento da educação permanente aos profissionais de saúde⁽⁴¹⁾.

Além da estruturação do sistema e dos serviços de saúde, a formação dos futuros profissionais e a educação permanente em CPs são fundamentais⁽⁵⁾. O conhecimento restrito sobre CP e as limitações do ambiente são pontos que dificultam a oferta desse modelo de cuidado de acordo com os enfermeiros deste estudo.

Com relação ao ambiente, foram considerados como obstáculos as difíceis condições de trabalho, a limitação de recursos materiais e humanos e a descontinuidade do cuidado. O apontamento de dificuldades e fragilidades nos processos de trabalho e na organização dos serviços de saúde denota a necessidade de estruturação da RAS para a oferta de CPs. Estes devem integrar a RAS como um componente essencial à prestação do cuidado integral ao longo do curso da vida. Para isso, é necessário que os serviços de saúde estabeleçam o vínculo e garantam a acessibilidade, a resolubilidade e a continuidade do cuidado integral à saúde⁽⁴²⁾.

Ter conhecimentos, habilidades e sentir-se capaz de prestar os cuidados em uma abordagem paliativa no que se refere ao controle da dor e de outros sintomas de ordem física, emocional e espiritual também é essencial ao enfermeiro⁽⁴²⁾. Assim, é preciso que as políticas públicas voltadas aos CPs assegurem os insumos necessários ao cuidado, o que inclui a disponibilização de medicamentos⁽⁴³⁾.

O reconhecimento da importância dos CPs na APS, a identificação de seu significado para os profissionais da APS, a compreensão das experiências de cuidado e a estrutura organizacional que envolve a assistência à saúde contribuem para a oferta dessa modalidade de cuidado⁽⁴⁴⁾. A formação e a EPS dos profissionais de saúde também são fundamentais aos CPs⁽⁴⁾.

Os enfermeiros que participaram desta investigação consideraram relevante a temática CPs na APS e demonstraram interesse em se aprimorar para cuidar em uma abordagem paliativa. Destacaram a enfermagem como o principal agente do cuidado, uma vez que realiza o diagnóstico das necessidades do doente, propõe medidas que atendam a essas necessidades e avalia os resultados alcançados. Ademais, mencionaram a promoção do conforto como um dos objetivos ao cuidar de pacientes com doenças crônicas avançadas que ameaçam a vida.

A literatura mostra que a maioria dos pacientes em CPs prefere ser cuidada em casa até o momento da morte⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾. A APS orienta-se pelos princípios da “coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”⁽⁴⁷⁾. As ações desenvolvidas

pela APS em consonância com esses princípios caracterizam os cuidados paliativos domiciliários, promovendo o conforto, a qualidade de vida e a morte com dignidade. Assim, a APS deve ser preparada para oferecer cuidados na perspectiva paliativista. O fortalecimento da APS, a formação dos profissionais de saúde em CPs e a promoção da prática colaborativa interprofissional podem contribuir para assegurar o futuro dessa modalidade de assistência⁽⁴⁶⁾.

A enfermagem necessita reconhecer sua importância nos CPs no âmbito da APS, pois sua atuação favorece o vínculo entre paciente, família, equipe e serviços de saúde, proporcionando maior integração no cuidado⁽¹⁾.

Em estudo japonês, 2.378 enfermeiras que atuavam em serviços oncológicos relataram conhecimento restrito e dificuldades ao prestar CP, especificamente no que tange ao controle dos sintomas psicológicos⁽⁴⁸⁾. Em outra pesquisa realizada no Japão, médicos e enfermeiros referiram não se sentir confiantes para prestar CP, necessitando desenvolver habilidades para manejar sintomas, sobretudo a dor⁽⁴⁹⁾.

Ainda, investigação realizada com o objetivo de identificar o conhecimento de profissionais de saúde antes e depois de uma atividade educativa evidenciou a importância da EPS para a prática dos CPs, principalmente quando elaborada com base na demanda dos próprios profissionais⁽⁵⁰⁾.

Limitação do estudo

O presente estudo apresenta informações relevantes na busca da melhoria das práticas assistenciais referentes aos CPs por parte de enfermeiros da APS. Uma limitação, entretanto, é a composição não aleatória da amostra, em que pode ter havido participação mais expressiva dos profissionais com maior interesse no assunto; e a subjetividade das respostas.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

A avaliação do conhecimento de enfermeiros da APS sobre CPs e o quanto se sentem capazes de realizá-lo, a compreensão de suas experiências diante do cuidado prestado em uma abordagem paliativa e seu reconhecimento sobre a importância dos CPs na APS podem contribuir para melhorar a oferta dessa modalidade de cuidado. Ademais, as necessidades de educação permanente em CPs de enfermeiros que atuam na APS identificadas neste estudo podem subsidiar a elaboração de uma proposta de educação permanente em CPs para esse público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento apresentado pelos enfermeiros da APS em CPs foi considerado limitado. Foram identificadas lacunas referentes à definição dos CPs e aos princípios filosóficos que o norteiam, além de discrepâncias no cuidado realizado na prática. As experiências descritas evidenciaram a necessidade de educação permanente em CPs sobre os temas: definição e filosofia dos CPs, elegibilidade dos pacientes aos CPs, cuidado integral ao paciente e à família, comunicação interpessoal e de notícias difíceis, equipe multiprofissional em CPs e cuidados no final de vida.

Os objetivos dos CPs são promover o conforto, a qualidade de vida e o alívio do sofrimento causado por sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais à pessoa com doença que a aproxima da morte e à sua família. Proporcionar esse cuidado considerando a história e a singularidade dos indivíduos que o recebem no contexto da APS pode ser um dos objetivos dos enfermeiros nesse âmbito da atenção à saúde.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Spineli VMCD. Conhecimento e autoeficácia em cuidados paliativos de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7143/tde-11122019-165525/pt-br.php>

REFERÊNCIAS

1. Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. 2nd ed. São Paulo: Martinari; 2019.
2. Atty ATM, Tomazelli JG. Palliative care in home care for cancer patients in Brazil. Saude Debate. 2018;42(116):225-36. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>
3. OPAS Brasil. Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2019[cited 2019 Jul 11]. Available from: https://www.paho.org/br/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saud&Itemid=843
4. Gómez-Batiste X, Connor S, editors. Building integrated palliative care programmes and services [Internet]. Catalonia: Liberdúplex; 2017[cited 2019 Feb 02]. Available from: <http://www.thewhpc.org/resources/category/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>
5. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet commission report. Lancet. 2018;391(10128):1391-454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
6. Victor GHGG. Cuidados paliativos no mundo. Rev Bras Cancerol. 2016;62(3):267-70. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.343>
7. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. Rev Bras Educ Med. 2013;37(1):120-5. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100017>
8. World Health Organization. Ten years in public health 2007-2017: report by Dr Margaret Chan [Internet]. Geneva: WHO; 2017[cited 2019 Apr 11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255355/9789241512442-eng.pdf;jsessionid=D8F078D840318A83B1E> DC0C389CECA1F?sequence=1
9. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde normatiza cuidados paliativos no SUS [Internet]. Brasília, DF: MS; 2018[cited 2019 Jan 25]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-normatiza-cuidados-paliativos-no-sus>
10. Salgado YCS. Cuidados paliativos: procedimentos para melhores práticas. Ponta Grossa: Atena Ed.; 2019.
11. Franco HCP, Stigar R, Souza SJP, Burci LM. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer [Internet]. RGS. 2017[cited 2019 Feb 8];17(2):48-61. Available from: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF: MS; 2012[cited 2018 Sep 19]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
13. Kinalski DDF, Paula CC, Padoim SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. Rev Bras Enferm. 2017;70(2):424-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13th ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
15. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais [Internet]. Psicol Rev. 2004[cited 2019 Feb 8];10(15):124-36. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/issue/view/22>
16. World Health Organization. Who definition of palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2002[cited 2018 Nov 29]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
17. Bardin L. Análise de conteúdo. 3th ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
18. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. J Adv Nurs. 1991;16(11):1301-10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>
19. Costa AP, Amado J. Análise de conteúdo suportada por software. Aveiro: Ludomedia; 2018.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10th ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
21. Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. Qualitas Rev Eletron. 2015;16(1):1-14. <http://doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113>
22. Silva RCF, Hortale VA. Palliative care in cancer: elements for debating the guidelines. Cad Saude Publica. 2006;22(10):2055-66. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000011>
23. Lemos RCA, Jorge LLR, Almeida LS, Castro AC. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. Rev Eletron Enferm. 2010;12(2):354-9. <http://doi.org/10.5216/ree.v12i2.5544>
24. Castro A, Testoni I, Zamperini A, Ronconi L, Galantin LP, Caraceni A. The implicit soul: Factors between the representation of death and dehumanization of patients. Health Psychol Open. 2019;6(1):1-9. <http://doi.org/10.1177/2055102919854666>

25. Bastos RA, Lamb FA, Quintana AM, Beck CLC, Carnevale F. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. *Rev Port Enferm Saude Ment.* 2017;(17):58-64. <http://doi.org/10.19131/rpesm.0184>
26. Mondragón-Sánchez EJ, Torre Cordero EA, Morales Espinoza ML, Landeros-Olvera EA. A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(2):323-8. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3550.2558>
27. NSW Ministry of Health (AU). End of life and palliative care framework 2019-2024 [Internet]. Sydney: NSW Government; 2019[cited 2019 Jun 20]. Available from: <https://www.health.nsw.gov.au/palliativecare/Publications/eol-pc-framework.pdf>
28. Afonso LA, Carvalho LL, Grincenkov FRS. Oncology professional's attitudes towards death: systematic review. *Rev SBPH* [Internet]. 2018[cited 2019 Mar 10];21(2):84-99. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n2/v21n2a06.pdf>
29. Hall A, Rowland C, Grande G. How should end-of-life advance care planning discussions be implemented according to patients and informal carers?: a qualitative review of reviews. *J Pain Symptom Manage.* 2019;58(2):311-35. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2019.04.013>
30. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Oxford handbook of palliative care. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
31. Silva AE, Ribeiro SA, Carvalho TV, Laia DHS, Ferreira GJ, Oliveira LA. The perception of the nurse professional in front of the communication of difficult news. *Res Soc Dev.* 2020;9(12). <http://doi.org/10.33448/rsd-v9i12.11014>
32. Sixty-Seventh World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course: report by the secretariat [Internet]. [Geneva]: WHO; 2014[cited 2018 May 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/158962/A67_31-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Espíndola AV, Quintana AM, Farias CP, München MAB. Family relationships in the context of palliative care. *Rev Bioet.* 2018;26(3):371-7. <http://doi.org/10.1590/1983-80422018263256>
34. Vermogen M, De Vleminck A, Leemans K, Van den Block L, Van Audenhove C, Deliens L, et al. Family carer support in home and hospital: a cross-sectional survey of specialised palliative care. *BMJ Support Palliat Care.* 2019;10(4):e33. <http://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001795>
35. O'Connor M, Aranda S. Palliative care nursing: a guide to practice. London: Routledge; 2018.
36. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Cienc Saude Colet.* 2013;18(9):2577-88. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
37. Gonella S, Campagna S, Basso I, De Marinis MG, Di Giulio P. Mechanisms by which end-of-life communication influences palliative-oriented care in nursing homes: a scoping review. *Patient Educ Couns.* 2019;102(12):2134-44. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.018>
38. Araújo MMT, Silva MJP. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(3):626-32. <http://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>
39. Bastos BR, Fonseca ACG, Pereira AKS, Silva LCS. Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bras Cancerol.* 2016;62(3):263-6. <http://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.342>
40. Araújo MMT, Silva MJP, De Simone GG, Torales GMG. Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. *Bioethikos* [Internet]. 2012[cited 2018 Sept 15];6(1):58-65. Available from: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a06.pdf>
41. Martins GB, Hora SS. Desafios à Integralidade da Assistência em Cuidados Paliativos na Pediatria Oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Rev Bras Cancerol.* 2017;63(1):29-37. <http://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n1.154>
42. Barrioso PDC. Cuidados paliativos e atenção primária à saúde: proposição de um rol de ações de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
43. Connor SR, Bermedo MCS, editors. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. London: WPCA; 2014[cited 2018 Oct 29]. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
44. Lima CGAF, Menezes RMP, Enders BC, Teixeira GA, Dantas DNA, Oliveira DR. Meanings attributed to palliative care by health professional in the primary care context. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):e5740016. <http://doi.org/10.1590/0104-070720180005740016>
45. Jorge R, Calanzani N, Freitas A, Nunes R, Sousa L. Preference for death at home and associated factors among older people in the city of Belo Horizonte, Brazil. *Cienc Saude Colet.* 2019;24(8):3001-12. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018248.24102017>
46. Côbo VA, Dal Fabbro AL, Parreira ACSP, Pardi F. Palliative care in primary health care: the perspective of health professionals. *Bol Acad Paul Psicol* [Internet]. 2019[cited 2019 Feb 8];39(97):225-35. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n97/a08v39n97.pdf>
47. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: MS; 2011[cited 2018 Sept 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
48. Santos MFO, Teles NO, Oliveira HJ, Gomes NC, Tavares JCV, Nóbrega EC. Avaliação do conhecimento dos anestesiologistas sobre cuidados paliativos. *Rev Bioet.* 2014;22(2):373-9. <http://doi.org/10.1590/1983-80422014222019>
49. Hirooka K, Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Yoshida S, Akizuki N, et al. Regional medical professionals' confidence in providing palliative care, associated difficulties and availability of specialized palliative care services in Japan. *Jpn J Clin Oncol.* 2014;44(3):249-56. <http://doi.org/10.1093/jjco/hyt204>.
50. Cezar VS, Castilho RK, Reys KZ, Rabin EG, Waterkemper R. Continuous education in palliative care: an action research proposal. *J Res Fundam Care Online.* 2019;11(2):324-32. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.324-332>