

FACULDADES INTEGRADAS DO EXTREMO SUL DA BAHIA  
LAILA MONIKE SANTOS ANDRADE

**A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS NO  
ATENDIMENTO DOMICILIAR EM IDOSOS: REVISÃO  
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

EUNÁPOLIS

2018

LAILA MONIKE SANTOS ANDRADE

**A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS NO  
ATENDIMENTO DOMICILIAR EM IDOSOS: REVISÃO  
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem das Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Renata Soares Passinho

EUNÁPOLIS

2018

LAILA MONIKE SANTOS ANDRADE

**A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS NO  
ATENDIMENTO DOMICILIAR EM IDOSOS: REVISÃO  
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem das Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Renata Soares Passinho

Prof<sup>o</sup>

(FACULDADES INTEGRADAS DO EXTREMO SUL DA BAHIA)

---

Prof<sup>o</sup>

(FACULDADES INTEGRADAS DO EXTREMO SUL DA BAHIA)

---

Prof<sup>o</sup>

(FACULDADES INTEGRADAS DO EXTREMO SUL DA BAHIA)

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Maria Cristina Marques

---

Coordenadora do curso de enfermagem

Eunápolis-Bahia.

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me ajudou transmitindo sua força e coragem durante toda esta longa caminhada e por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, dedico também ao meu pai Ariston Andrade, a minha mãe Nasmária Andrade, as minhas irmãs Laiza Mirelle e Lahis Milenna e ao meu esposo João Lucas que tiveram paciência e muito amor que contribuíram para que eu concluísse este trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Esta fase da minha vida é muito especial e não posso deixar de agradecer a Deus por toda força, ânimo e coragem que me ofereceu para ter alcançado minha meta.

Agradeço a meus pais pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

As minhas irmãs pela ajuda nos momentos mais difíceis.

A meu esposo pelo incentivo e carinho.

A minha orientadora Renata Passinho, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivo.

A minhas amigas Nathalia , Gildete e Adlazia pelo companheirismo, pelas risadas e pelo apoio em todos os momentos de estudo.

Aos meus professores por contribuir na minha construção de conhecimento através da vida acadêmica.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte”*

*Cicely Saunders*

## RESUMO

Os avanços científicos e tecnológicos, ocorridos nas últimas décadas, associados ao desenvolvimento da terapêutica contribuíram para a morte em ambiente hospitalar e domiciliar. Neste cenário que os cuidados paliativos constituem modalidade emergente de assistência no fim da vida, alicerçados dentro de um modelo de cuidados totais, ativos e integrais, legitimados pelo direito de morrer com dignidade. O objetivo deste trabalho foi o de identificar na literatura científica brasileira quais são os fatores responsáveis pela inserção insuficiente dos enfermeiros nos cuidados paliativos em idosos no domicílio. Optou-se pela metodologia de revisão integrativa da literatura. Os resultados alcançados através deste trabalho foram que a inserção insuficiente dos enfermeiros se dá pela falta de conhecimento sobre os cuidados paliativos e os profissionais enfermeiros não tem suporte psicológico e nem suporte institucional. Conclui-se que uma capacitação seria necessária para os enfermeiros que já estão atuando na área da saúde e que os acadêmicos de enfermagem deveriam ter um maior contato com este tipo de cuidado na sua formação.

**Descritores:** cuidados paliativos; assistência domiciliar aos idosos; enfermeiros.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO MUNDIAL.....	14
2.2 HISTORIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	15
2.1.2 Historia dos cuidados paliativos no Brasil.....	18
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	21
3.1 OBJETIVO GERAL: .....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	21
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	22
<b>5 RESULTADOS</b> .....	25
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	27
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45



## 1 INTRODUÇÃO

A população do Brasil está envelhecendo em grande velocidade. Com o aumento da expectativa de vida no país, os desafios da saúde pública brasileira também tendem a crescer, pois este grupo etário é o que mais exige atenção e cuidados especiais, já que carrega consigo doenças crônico-degenerativas, incapacidades e até mesmo desvantagens socioeconômicas (KOZA, 2012).

Nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), existem programas de atenção à saúde de pessoas idosas, assim como leis que garantem aos longevos gozar de seus direitos, como o Estatuto do Idoso, instituído pela Lei Federal nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, que tem como finalidade regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (MACIEL et al, 2006).

Tem-se assistido nas últimas décadas que o envelhecimento progressivo da população tem aumentado, assim como o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas degenerativas. Em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando a longevidade dos portadores dessas doenças que em sua maioria são idosos (ANDRADE et al, 2012).

No entanto, apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e preservação da vida, para o qual os profissionais da saúde, são treinados (ARAUJO et al, 2013).

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 (PESSINI et al, 2005).

Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas questionar a “tecnolatria” e refletirmos sobre a nossa conduta, diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo, para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz (FONSECA, 2010).

A ação paliativa não possui a intenção de curar, é uma medida terapêutica que se destina a diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do indivíduo, seja em ambiente hospitalar ou domiciliar. Ela deve ser parte integrante da prática profissional de saúde, independente do estágio de evolução da doença e pode ser prestada já no nível básico de atenção, tanto em casos irreversíveis como em caso de doença crônica progressiva (CREMESP, 2008).

O nível básico de atenção caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Pela sua organização, a atenção básica se constituiu como o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2011).

Dentro desse enfoque, é responsabilidade das equipes de atenção básica atenderem os cidadãos conforme suas necessidades em saúde. Essas necessidades, que são produzidas socialmente, muitas vezes se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar (BRASIL, 2012).

Prestar um cuidado competente, qualificado e diferenciado no atendimento domiciliar de um indivíduo é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cada um

dentro da área de sua competência. O enfermeiro tem capacitação técnico-científica para realizar um cuidado qualificado e um importante papel em sua realização, uma vez que a estrutura curricular de seu curso exhibe 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 e a arte do cuidar no seu cotidiano profissional. Entretanto, na realização de cuidados paliativos no domicílio, questiona-se se o preparo técnico e científico desse profissional na medida que analisamos sua formação acadêmica. No Brasil, essa tendência ainda é pior, pois ainda estamos longe das condições ideais de formação adequada na área de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009).

O presente trabalho de conclusão de curso justifica-se devido à necessidade da realização de estudos que tratem sobre a modificação na assistência aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. No âmbito social, o número de idosos acometidos por doenças crônicas degenerativas e incapacitantes tem tido um crescimento expressivo nas últimas décadas trazendo uma dependência maior dos serviços de saúde básicos, hospitalares e assistência domiciliar conseqüentemente um prolongamento da vida de forma tecnicista, isso demanda que os profissionais desenvolvam ações paliativas diante do cuidado trazendo uma humanização ao atendimento e uma ação mais eficaz diante de sinais e sintomas dos pacientes idosos.

Em âmbito social, este estudo fornecerá a possibilidade de sugerir modificações no âmbito da realidade diante da forma como os idosos morrem e, no posicionamento diferenciado dos profissionais de saúde principalmente do enfermeiro na hora da morte com a aplicação dos cuidados paliativos no atendimento domiciliar.

Sendo o enfermeiro, dentro da equipe multidisciplinar, um dos profissionais que tem maior contato e lida diariamente com o paciente e seus familiares, e, percebendo quanto suas ações interferem na assistência paliativa, surgiu o interesse de pesquisar na literatura a importância da enfermagem em cuidados paliativos em idosos no atendimento domiciliar com a seguinte pergunta norteadora e hipóteses respectivamente: quais são os fatores responsáveis pela inserção insuficiente dos enfermeiros nos cuidados paliativos em idosos no domicílio?

H1: O enfermeiro não reconhece a importância dos cuidados paliativos aos idosos no domicílio;

H2: Durante a graduação de enfermagem o tema “cuidados paliativos” é pouco abordado;

H3: há falha na comunicação entre o enfermeiro da ESF e do programa de atendimento domiciliar, tendo em vista que suas intervenções podem auxiliar ou até determinar o sucesso dessa medida terapêutica.

Desta forma, este estudo visa servir de incentivo e embasamento científico para outros estudos, beneficiando profissionais, acadêmicos, pacientes e familiares.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO MUNDIAL

No Brasil, a população passa por um rápido processo de envelhecimento, devido à significativa redução da taxa de fecundidade desde meados da década de 1960 e ao aumento da longevidade dos brasileiros. A taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90 filhos em 2010, uma redução de cerca de 70%. No mesmo período, a expectativa de vida ao nascer aumentou 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010 (IBGE, 2012). Além disso, em 2050, estima-se que o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país. No mundo como um todo, a taxa de fecundidade total passou de 4,91 filhos por mulher em 1960 para 2,45 em 2010, segundo informações do Banco Mundial. Entre os países de alta renda, a fecundidade passou de 2,99 filhos em 1960 para 1,75 em 2010, enquanto nos países de baixa renda passou de 6,46 para 4,08 no mesmo período (IBGE, 2008)

Nos países desenvolvidos, esse declínio da taxa de fecundidade teve início nas últimas décadas do século XIX, enquanto nos países em desenvolvimento o processo se iniciou apenas no final do século XX. Embora tardia, pode-se afirmar que essa redução da fecundidade nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma acelerada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1960 e 2010, a fecundidade reduziu em cerca de 70% (6,28 filhos para 1,90). Na Suécia e na Inglaterra, por exemplo, foram necessárias seis décadas para essa taxa reduzir em 50%, entre 1870 a 1930 (LEE, 2003).

O envelhecimento populacional é, portanto, uma das consequências da transição demográfica, isto é, do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade. Essa transição se inicia com o declínio da mortalidade, relacionado, principalmente, aos avanços na medicina e na saúde pública, às melhores condições de alimentação, ao aumento da renda, ao controle de vetores causadores de doenças infecciosas, entre outros. Inicialmente, a mortalidade cai nas primeiras idades, causando uma expansão na base da pirâmide, com conseqüente rejuvenescimento da população (BLOOM, 2011).

Posteriormente, ocorre a redução da fecundidade, causada por mudanças nos padrões familiares, acesso a meios contraceptivos, maior participação feminina no mercado de trabalho, entre outros fatores. Essa redução sustentada da fecundidade diminui progressivamente a base da pirâmide, o que torna os grupos etários mais velhos proporcionalmente maiores em relação a toda a população. Embora a menor fecundidade seja a principal responsável pelo envelhecimento da população, o aumento da longevidade em idades avançadas também contribui, de forma secundária, para esse fenômeno (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Segundo informações do Banco Mundial, no mundo, a esperança de vida ao nascer saltou de 52,61 anos em 1960 para 69,63 em 2010, ainda que com significativas diferenças. Nos países de baixa renda, por exemplo, a esperança de vida ao nascer, em 2010, era de 58,84 anos e, nos países de alta renda, atingiu 79,76. Projeções populacionais da ONU indicam que a esperança de vida média chegará a 76 anos entre 2045-2050, sendo que, segundo a OMS (2010), nas regiões menos desenvolvidas, pode chegar a 74 anos e, nas mais desenvolvidas, a 83 anos. Como resultado desse processo de transição, a participação de pessoas com sessenta anos ou mais passou de 8% da população mundial em 1950 para 11% em 2010 e, segundo estimativas da ONU (2011), será de 17% em 2030 e de 22% em 2050.

No Brasil, estimativas do Banco Mundial (2011) apontam que, nos próximos 40 anos, a população idosa brasileira crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano (sendo que a população total crescerá a uma taxa de 0,3%) e atingirá 64 milhões de habitantes em 2050, o que representa cerca de 30% da população. Além disso, a previsão é de que, neste mesmo ano, a população de 65 anos ou mais será 13% maior que a população até 19 anos.

## 2.2 HISTORIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Civilizações antigas respondiam de uma forma comunitária às doenças ameaçadoras da continuidade da vida uma vez que a morte era uma ameaça direta a todo o grupo. O papel de “curandeiro” era desempenhado por um homem ou uma mulher especialmente designados. Acreditava-se que essas pessoas tinham

poderes divinos. O Cuidado Paliativo surgiu nesse contexto histórico juntamente com o termo Hospice. Esta palavra data dos primórdios da era cristã quando estas instituições fizeram parte da disseminação do cristianismo pela Europa (KOZA, 2012).

Hospices eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes, cujo relato mais antigo remonta ao século V, onde Fabíola, médica religiosa romana e discípula de São Jerônimo, funda um abrigo para pobres, doentes e peregrinos, seguindo preceitos cristãos. Ela escolhe a palavra “hospice”, que vem do latim hospes que significa hospedar um convidado ou estranho, porque cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do leste, no Hospício do Porto de Roma (BRASIL, 2008).

O termo “hospice” é aplicado pela primeira vez para um lugar dedicado ao cuidado de pessoas que estavam morrendo quando Madame Jeanne Garnier funda o Dames de Calvaire em Lyon, França. Esse modelo evolui para a *Federation des Associations des Dames de Calvaires* e uma rede de sete hospices, incluindo o *Calvary Hospital* na cidade de Nova Iorque (SBGG, 2014).

A *Irish Sisters of Charity* é uma das primeiras organizações com missão específica de cuidar de pessoas com doença em fase terminal. Em 1897, funda o *Our Lady's Hospice* em Dublin e em 1905, o *St. Joseph's Hospice* em Londres. Em 1948, *Cicely Saunders*, enfermeira e assistente social em um hospital de ensino em Londres, cuida do paciente *David Tasma*, um judeu polonês com câncer retal avançado. As conversas com ele e seu trabalho subsequente como voluntária no *St. Luke's Home for the Dying Poor* (fundado em 1893 pelo *Dr. Howard Barrett*) motivam *Cicely Saunders* a estudar Medicina (KOZA, 2012).

Após muitos anos de estudo e trabalho no *St. Joseph's Hospice*, *Cicely Saunders* funda o *St. Christopher's Hospice* em Londres, pioneiro no ensino acadêmico. *Cicely Saunders* é considerada fundadora do movimento hospice moderno graças à missão de assistência, educação e pesquisa do *St. Christopher's*, disseminando pelo mundo uma nova filosofia sobre o cuidar, contendo dois elementos fundamentais que pregavam o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos em fase avançada das doenças e o cuidado abrangendo as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias (BRASIL, 2008).

Em 1974, no Canadá, o Dr. Balfour Mount, cirurgião urológico, após visitar o St. Christopher's Hospice abre uma das primeiras unidades de hospice na McGill University, em Montreal. A palavra "hospice" em francês significa o lugar derradeiro para abrigar os doentes pobres e os desvalidos. Por esse motivo, Balfour Mount cunhou a expressão "cuidados paliativos" como sinônimo de "hospice", mais aceitável tanto para a língua inglesa quanto para a francesa (SBGG, 2014).

Em 1975, o Royal Victoria Hospital (Montreal, Canadá) inaugura uma unidade de cuidados paliativos e o *St. Boniface Hospital* (Manitoba, Canadá) abre uma unidade de cuidados terminais – que poucos meses depois também assumiu a denominação de "unidade de cuidados paliativos". Os termos "hospice" e "cuidados paliativos" apresentam origens históricas variáveis. Para atender as necessidades de pacientes e familiares que conviviam com doenças avançadas em muitos países e culturas diferentes, acontece uma evolução convergente no desenvolvimento de serviços da saúde (BRASIL, 2008).

Em 1982 o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde - 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. Portanto, "hospice" e "cuidados paliativos" evoluíram para descrever o mesmo conceito de cuidado que pretende aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida (SBGG, 2014).

A OMS publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares.

Depois da revisão de 2002 a definição de Cuidados Paliativos segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a ser:



Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

### **2.1.2 Historia dos cuidados paliativos no Brasil**

Em 1990, o professor Marco Túlio de Assis Figueiredo abre os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM). O Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugura o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico, que veio a se transformar em uma unidade de Cuidados Paliativos (HC-IV) no Rio de Janeiro (BRASIL, 2008).

Em 1997, foi fundada em São Paulo a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), que visa proporcionar a vinculação científica e profissional entre a equipe de saúde que estuda e pratica as disciplinas ligadas aos cuidados nas enfermidades crônico-evolutivas, em fase avançada e na terminalidade; aperfeiçoar a qualidade de atenção aos enfermos; fomentar as pesquisas no campo dos cuidados paliativos por meio de congressos, seminários, conferências, visando elevar o nível técnico científico de todos os profissionais de saúde; desenvolver, assessorar e prestar assistência técnica sobre conteúdo, programas curriculares e acadêmicos de educação na área de saúde; estudar e discutir problemas éticos e suas implicações na prática dos cuidados paliativos; e promover o bem-estar da comunidade, preservando a melhoria da qualidade de vida dos enfermos, nos diversos níveis de saúde (CREMESP, 2008).

Em 1998, a ABCP realiza seu primeiro congresso e o Fórum Nacional de Cuidados Paliativos, onde se divulga o censo de serviços de Dor e Cuidados Paliativos. Em 1999, o INCA organiza seu primeiro evento de Dor e Cuidados Paliativos Oncológicos, com participação de expoentes internacionais. Em 2000, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo inicia o serviço de Cuidados Paliativos em modalidade de atendimento domiciliar, dois anos depois, inaugura uma enfermaria para garantir a continuidade do cuidado (PESSINI et al, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) inclui a prática dos Cuidados Paliativos em serviços de Oncologia no ano de 2002 com a Publicação da portaria 859 do Ministério da Saúde sobre disponibilidade de opioides diante desse grande passo do Ministério da saúde a partir de 2004 surgiu a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) que institui sua Comissão Permanente de Cuidados Paliativos. A partir desse ano, surgem várias iniciativas de criação de serviços ou de grupos de interesse em Cuidados Paliativos por todo o país. Fundou-se a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), os sócios fundadores são 30 médicos de diferentes especialidades clínico-cirúrgicas (BARBI, 2011).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) institui em 2006 a Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos. O Ministério da Saúde cria a Câmara Técnica de Assistência em Cuidados Paliativos. O CFM publica a Resolução nº 1.805/2006, que reconhece a prática de Cuidados Paliativos. Em 2009 O CFM inclui, pela primeira vez na história da Medicina brasileira, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental no novo Código de Ética Médica. A Associação Médica Brasileira (AMB) reconhece a Medicina Paliativa como área de atuação de seis especialidades médicas: Pediatria, Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica, Anestesiologia, Oncologia e Geriatria em 2011(BRASIL, 2008).

Em 2012, ocorreu a Certificação dos primeiros médicos brasileiros em Medicina Paliativa como área de atuação – 45, dos quais oito são geriatras. O CFM lança a Resolução nº 1.995/2012 sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Em 2014 a Medicina Paliativa é reconhecida pela AMB como área de atuação de outras duas especialidades médicas: Medicina Intensiva e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (BRASIL, 2008).

Atualmente no Brasil, após levantamento realizado pela Associação Brasileira de Cuidados Paliativos existem trinta e três serviços no país, com características próprias e peculiares. O objetivo principal dessa iniciativa é criar as diretrizes nessa área e modelos que sejam adequados à realidade de nosso país. O Brasil é um país imenso, com peculiaridades sócio-culturais e econômicas que devem ser respeitadas, para que esses serviços, localizados nos diversos estados, possam ser efetivos em sua abordagem e contribuir para uma melhoria do atendimento (SBGG, 2014).

A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos tem o intuito de agregar cada vez mais esses serviços e de ultrapassar os obstáculos existentes na formação dos profissionais, promoção de informações, política de saúde, em busca do exercício da essência do cuidado. Cuidar e não apenas curar, buscar o alívio dos sintomas e o controle da dor; viver e acompanhar esse processo do adoecimento com respeito e dignidade, prevenindo o sofrimento desnecessário e intervindo preventivamente (SBGG, 2014).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL:**

Identificar na literatura científica Brasileira quais são os fatores responsáveis pela inserção insuficiente dos enfermeiros nos cuidados paliativos em idosos no domicílio.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Desvelar sobre os fatores responsáveis pela inserção insuficiente dos enfermeiros nos cuidados paliativos
- Verificar o contato com os cuidados paliativos na formação acadêmica dos alunos de enfermagem
- Identificar na literatura através de artigos o motivo da falta de reconhecimento da importância dos cuidados paliativos em idosos no domicílio

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura realizada a partir de seis etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora da pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição se os enfermeiros estão aplicando os cuidados paliativos em idosos no atendimento domiciliar a serem extraídos dos resultados dos artigos originais; avaliação dos artigos selecionados na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação do conhecimento evidenciado pela revisão integrativa.

A revisão integrativa da literatura pode ser definida como um método de revisão amplo que inclui pesquisas experimentais e não-experimentais, objetivando o melhor entendimento a respeito de um fenômeno e permitindo o resumo do estado do conhecimento a respeito de um assunto específico, sinalizando, dessa forma, as lacunas científicas que necessitam ser preenchidas com a execução de novas pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; ALMEIDA et al., 2011 apud PASSINHO, 2017).

A finalidade dessa revisão foi compreender, analisar e discutir sobre os enfermeiros com os cuidados paliativos em idosos no domicílio sendo direcionada pela seguinte questão norteadora: quais são os fatores responsáveis pela inserção insuficiente dos enfermeiros nos cuidados paliativos em idosos no domicílio?

Foi realizada uma busca entre agosto de 2017 até setembro de 2017 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) com os descritores: cuidados paliativos, assistência domiciliar aos idosos, enfermeiros e enfermeiras cruzados dois a dois, no idioma português. O recorte temporal utilizado foi à seleção de artigos científicos extraídos dessas bases de dados no período de 2010 a 2016. Os critérios para a inclusão dos artigos foram: serem artigos originais, apresentarem em seus resultados resposta da sua pergunta norteadora da revisão e possuírem resumos disponíveis nas bases de dados. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: trabalhos apresentados em congressos, dissertações,

monografias, teses, cartas ao editor, estudos de reflexão, artigos sobre outros temas e artigos sem resumo disponível.

As buscas foram realizadas, de forma independente, por duas pesquisadoras Laila Monike Santos Andrade (autora da monografia) Renata Soares Passinho (orientadora). A seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Vale destacar que, em situações de divergências, as mesmas foram resolvidas através do consenso. Os artigos incluídos na revisão que não estavam disponíveis, inicialmente, nas bases de dados foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram encontrados 12 artigos na LILACS e 3 na MEDLINE. Desse total de 15 artigos, todos foram selecionados para leitura dos resumos. Dos 15 artigos, 01 foi excluído por ser repetido, restando 14 artigos. Destes, 01 foi excluído por não atender ao critério de inclusão, ficando 13 artigos elegíveis para a leitura na íntegra. Por fim, 13 artigos foram incluídos nessa revisão integrativa (12 com desenho qualitativo e 1 com quantitativo) (Figura 1).

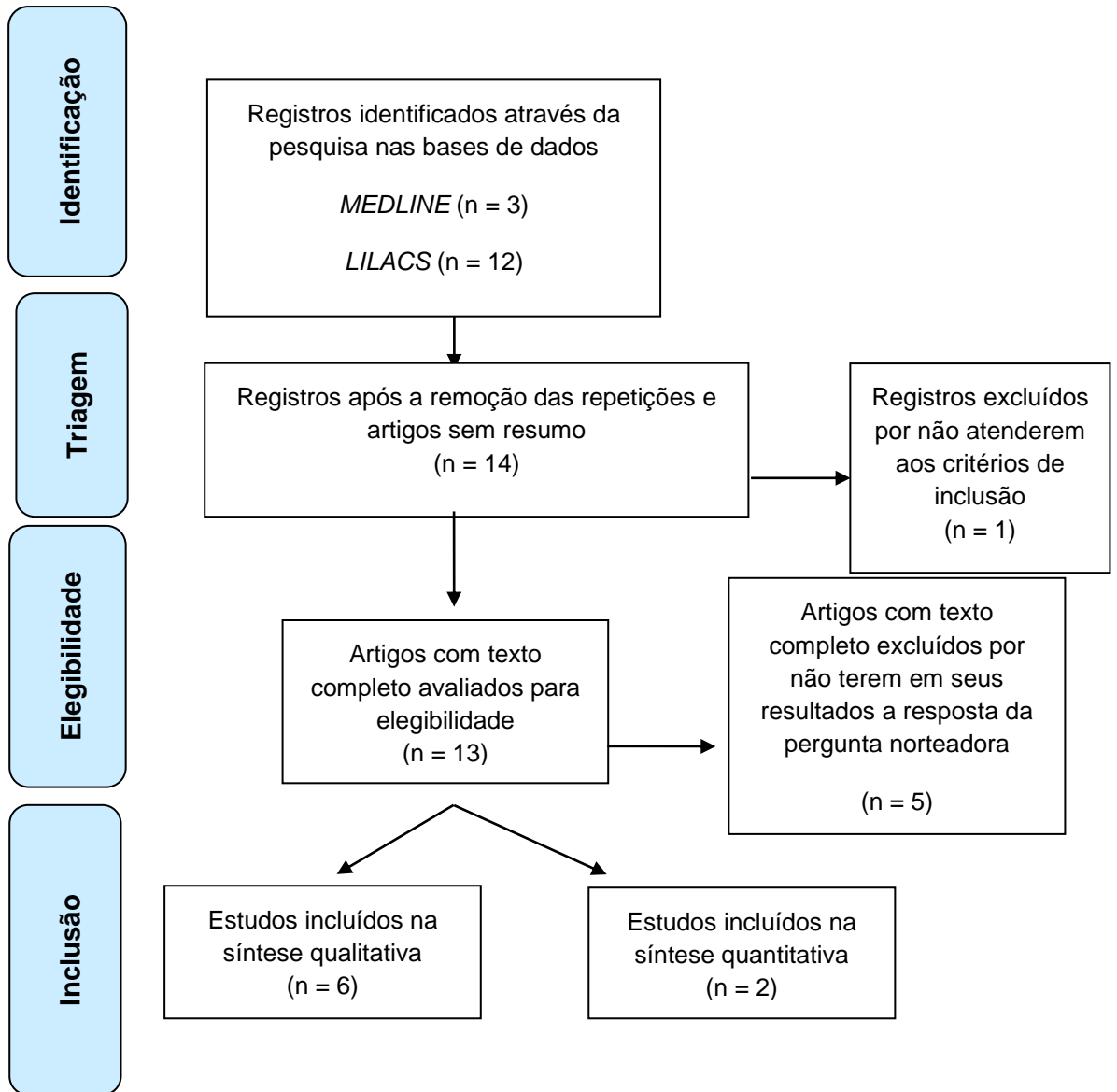


Figura 1: Fluxograma PRISMA do processo de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.

## 5 RESULTADOS

A organização dos artigos encontrados na revisão integrativa da literatura foi realizada através da elaboração de um instrumento estruturado contendo a base de dados; o nome da revista; o tipo de estudo; a amostra do estudo; o país no qual esse foi realizado; e o nível de evidência. O processo de análise dos 8 artigos selecionados deu-se por meio da leitura exploratória e crítica dos títulos, resumos e dos resultados das pesquisas, onde se buscou os fatores responsáveis pela inserção insuficiente dos enfermeiros nos cuidados paliativos em idosos no domicílio. Quanto às evidências dos estudos, classificou-se considerando a hierarquia de evidências para estudos de intervenção (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005): Nível I – revisão sistemática ou metanálise; Nível II – estudos controlados e aleatórios; Nível III – estudos controlados sem randomização; Nível IV – estudos caso-controle ou de coorte; Nível V – revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; Nível VI – estudos qualitativos ou descritivos; e Nível VII – opiniões ou consensos. Considerando-se a análise dos artigos originais e excluindo-se as revisões integrativas ou sistemáticas da literatura, assim como artigos de opiniões de especialistas, conforme mencionado nos critérios de inclusão e exclusão, só serão selecionados artigos com níveis de evidência II, III, IV ou VI (Quadro 1).



Nº	AUTOR	BASE DE DADOS	ANO	REVISTA	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA DO ESTUDO	PAÍS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1	(SILVA; MOREIRA, 2010)	LILACS	2010	Acta Paul Enferm	Qualitativa, descritiva, grupo focal e análise de conteúdo	08 enfermeiras	Brasil	VI
2	(FRIPP; FACCHINI; SILVA, 2012)	LILACS	2012	Epidemiol. Serv. Saúde	Quantitativo Transversal	213 pacientes	Brasil	VI
3	(SILVA R. et al., 2015)	LILACS	2015	Rev Rene	Qualitativo exploratório-descritivo com análise de conteúdo	10 estudantes de enfermagem.	Brasil	VI
4	(SILVA M. et al., 2015)	LILACS	2015	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Qualitativa descritiva, análise temática.	13 enfermeiras	Brasil	VI
5	(LIMA et al., 2014)	LILACS	2014	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Qualitativo fenomenológica	8 enfermeiras	Brasil	VI
6	(SOLANO; SCAZUFCA; MENEZES, 2010)	LILACS	2010	Rev Bras Epidemiol	Quantitativo coorte	2.072 idosos com 65 anos ou mais	Brasil	VI
7	(GERMANO; MENEGUIN, 2013)	LILACS	2013	Acta Paul Enferm	Qualitativa descritiva, exploratória com análise metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)	33 graduandos de enfermagem	Brasil	VI
8	(BARROS et al., 2012)	LILACS	2012	Rev de pesq.: cuid. fundam. online	Qualitativa descritiva, exploratória com análise conforme a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.	6 enfermeiras da UTI	Brasil	VI

Quadro 1: Distribuição da produção científica a respeito de a enfermagem e os cuidados paliativos no atendimento domiciliar em idosos: revisão integrativa da literatura nas bases de dados (2010-2016).

## 6 DISCUSSÃO

No artigo número um do quadro 1 ,com o titulo: Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros; com uma metodologia qualitativa, descritiva, com grupo focal e análise de conteúdo através de uma amostra de oito enfermeiras do Hospital do Câncer IV, unidade do Instituto Nacional do Câncer especializada na área, localizada no Município do Rio de Janeiro, Brasil que objetivou descrever a visão dos enfermeiros a respeito da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a clientes com câncer avançado em cuidados paliativos; analisar os fatores intervenientes na implantação da SAE na visão dos enfermeiros e discutir possíveis estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam sua implantação nesse cenário.

Neste artigo segundo Silva e Moreira (2010) observou-se que as enfermeiras encontravam dificuldades em inserir a sistematização de assistência de enfermagem segundo a visão delas a SAE esta relacionada com algo difícil e complexo dependente de múltiplos fatores, desde os estruturais, aos relacionados com o compromisso de todas as pessoas envolvidas no processo. Mas, as enfermeiras deste estudo reconhecem a SAE como importante e que traz autonomia e organização ao seu serviço, dentro disso surgiu também um medo relacionado à falha dessa implantação na pratica e que pode ser entendido como mais um serviço da enfermagem que não funciona trazendo uma desvalorização ao grupo. Todas as enfermeiras que constituíram o grupo demonstraram interesse e reconheceram a importância da prática de enfermagem sistematizada. Além disso, enfatizaram à necessidade de conscientização de todos, incluindo as diferentes instâncias de poder, ou seja, as chefias imediata e geral, contribuem para a visão da SAE como um processo macrodimensional, com fases que demandam planejamento e estratégias em nível institucional.

A falta de conhecimento sobre a SAE por partes das enfermeiras traz uma dificuldade na aplicabilidade dos cuidados paliativos, segundo Silva e Moreira (2010) essa foi uma das dificuldades para a implantação da SAE, relatado pela enfermeira conforme observado no depoimento a seguir: “O que a gente viu na faculdade, falando por mim, não foi suficiente. Eu percebi que na minha graduação tive uma

deficiência com relação ao ensino das teorias de enfermagem” (SILVA; MOREIRA, 2010, p.176).

Assim como neste depoimento relatado no artigo de Silva e Moreira (2010, p.176):

Eu acho que uma coisa que a gente tem que lembrar é que a gente precisa ter conhecimento para isso. A gente precisa ter conhecimento para não cair no achismo, na mesmice, e falar coisa que não tem a ver. Então, de repente, faz o diagnóstico que não se aplica ao doente. Então, eu acho que conhecimento é um fator determinante pra gente fazer adequadamente.

Segundo Silva e Moreira (2010) os depoimentos trazem alguns indicativos do despreparo das enfermeiras diante das exigências para adotar o pensamento crítico na organização dos processos de cuidar. Quando estimuladas a refletir sobre o assunto, destacam problemáticas relacionadas ao pensar e ao fazer, e ao processo de formação profissional. Além da falta de conhecimento, o contexto de atuação em relação aos cuidados paliativos é marcado pelas imprevisibilidades, pelas incertezas da vida, pela proximidade da morte, pela instabilidade do quadro clínico do cliente e pela multiplicidade de problemas, sendo outros fatores reconhecidos pelas enfermeiras que dificultam o processo de implantação da SAE. Esse perfil de clientela demanda que o enfermeiro realize constantes reavaliações de cada situação, já que podem variar muito rapidamente, exigindo ação e decisão diante da urgência e da incerteza. Dessa forma, essas situações, em sua maioria, fogem às regras e padrões, requerem disponibilidade de tempo por parte do profissional, conseqüentemente, recursos humanos adequados, e uma prática humanizada pautada em referências dinâmicos e flexíveis, uma vez que essa realidade complexa precisa ser gerenciada pelo enfermeiro. Para, além disso, o enfermeiro tem que valorizar as questões subjetivas na execução do processo assistencial para facilitar o estabelecimento das prioridades de acordo com as reais necessidades dos clientes em processo de finitude e da família nas tomadas de decisões. Por isso, estabelecer prioridades, em cuidados paliativos exige do enfermeiro uma escuta atenta, respeitosa e empática, de forma a sintonizar o máximo possível às propostas de cuidado com as necessidades dos clientes para assim alcançar de forma efetiva um excelente cuidado.

No artigo número dois do quadro 1 , com o título: Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS; utilizou-se o método quantitativo transversal com o objetivo de descrever as características do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) para pacientes oncológicos no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil foi utilizada como amostra o perfil de 213 pacientes internados no PIDI de 2005 a 2008 foi estabelecido com informações de prontuário; informações sobre infraestrutura e processo de trabalho foram obtidas de entrevistas com profissionais do PIDI.

Neste artigo os autores Fripp, Facchini e Silva (2012) apresentam um programa de internação domiciliar interdisciplinar (PIDI). O PIDI foi implementado pela Fundação de Apoio Universitário em abril de 2005, em estrutura contígua à do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. A sede do programa conta com espaços adequados às atividades profissionais e acadêmicas, incluindo a discussão dos casos clínicos e a realização de reuniões com os cuidadores de usuários do PIDI. É importante ressaltar esse artigo nesse trabalho, pois o mesmo traz uma estrutura diferenciada de ensino para os acadêmicos que entraram em contato com os cuidados paliativos de forma prática fazendo assim que os mesmos adquiram conhecimento adequado de acordo com os cuidados de palição.

A equipe deste programa é composta por uma médica coordenadora e um auxiliar administrativo na sede. A equipe assistencial direta é composta por médica, enfermeira, assistente social, duas técnicas de enfermagem e dois motoristas. A equipe matricial de suporte é constituída de uma nutricionista, uma psicóloga e um capelão. Semanalmente, todos os membros da equipe se reúnem para discutir o projeto terapêutico de cada paciente. Estudantes de medicina, enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia apresentam casos clínicos periodicamente, utilizando a estrutura e os equipamentos do próprio serviço. Diante dessa relação com o serviço de internação domiciliar e os estudantes de enfermagem é visível que através desse programa os acadêmicos possuem um contato maior com os

cuidados paliativos se comparado com faculdades que não possui nenhum vínculo com serviços que executam os cuidados paliativos. Para, além disto, o programa realiza educação permanente dos profissionais e estudantes do PIDI que ajuda na definição e estabelecimento de protocolos e rotinas. O serviço realiza ainda, anualmente, seminário interdisciplinar voltado aos cuidados de pacientes oncológicos, dando ênfase aos temas 'Internação domiciliar' e 'Cuidados paliativos'. Desde a implantação do PIDI, há quatro anos, já foram realizados cinco seminários, tendo como público-alvo profissionais e estudantes das várias áreas da Saúde. A média de público por evento foi de 250 pessoas.

Na Espanha, Inglaterra, Canadá e Estados Unidos da América (EUA), há uma grande variedade de serviços de cuidados paliativos, incluindo, além da assistência e internação domiciliar, "hospices" (residências terapêuticas) e hospitais com estrutura, equipe e processo de trabalho mais diversificados e complexos do que no Brasil. Esses países pertencem ao grupo com melhor nível de desenvolvimento na área (Grupo 4), por apresentarem provisão suficiente de serviços de cuidados paliativos, segundo o Observatório Internacional de Cuidados de Final de Vida (IOELC), que estudou os níveis de cuidados paliativos, em todos os continentes. A avaliação do IOELC de 2006 sobre o número de serviços de cuidados paliativos nos países situava o Brasil no Grupo 3, com apenas 14 serviços em localizações pontuais, contra 500 serviços no Canadá e 4.000 nos EUA. Argentina e Chile, nossos vizinhos, possuíam 80 e 21 serviços respectivamente, sendo os únicos países da América Latina classificados no Grupo 4 . Segundo levantamento realizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), a maioria dos serviços do Brasil está localizada na região Sudeste, com poucas unidades nas demais macrorregiões do país. Além disso, grande parte dos serviços brasileiros realiza cuidados paliativos apenas em ambiente hospitalar.

No artigo número três do quadro 1 ,com o título: O cuidado à pessoa em processo de terminalidade na percepção de graduandos de enfermagem; trouxe o objetivo de conhecer as experiências dos graduandos de enfermagem frente o cuidado à pessoa em processo de terminalidade através de uma metodologia qualitativa exploratória-descritiva com análise de conteúdo com dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com dez estudantes de enfermagem de

uma Universidade pública da cidade de Salvador-BA, utilizou-se a amostragem aleatória para escolha dos participantes do estudo, sendo a coleta dos dados encerrada quando estes mostraram sinais de saturação, ou seja, momento em que não se obtinha nenhuma nova informação sobre o fenômeno em estudo. O estudo ocorreu nos meses de julho a outubro de 2011.

No artigo de Silva et al. (2015), os acadêmicos de enfermagem se sentiram com sentimento de angústia, tristeza, insegurança e impotência, diante de seus pacientes em processo de terminalidade.

De acordo com Silva et al. (2015, p.418) a seguir o relato dos estudantes :

Como estudante eu sentia tipo de mãos atadas, como se eu não pudesse fazer nada. De certa forma angustiada (EE05). Foi minha primeira experiência e foi assim, muito angustiante, porque, a gente estava alguns dias cuidando dela e os dias se passavam e ela estava respondendo bem ao tratamento e de uma hora pra outra ela complicou e foi aquele desespero. E eu me senti um pouco limitada pra estar atendendo ela (EE06). A experiência que eu tive não foi muito boa, porque eu me senti impotente diante da situação, de não poder reverter o quadro do paciente (EE-08).

Uma desvalorização do cuidado humano/relacional em detrimento da técnica relatado por Silva et al. (2015) ficou evidente em uma das falas dos acadêmicos onde o objetivo do cuidado era visualizar os sinais vitais, dar a medicação e etc mais voltado para a técnica em vez do cuidado voltado para o ser indivíduo. Quando não existia mais a possibilidade de cura não se podia mais fazer nada pelo paciente, ou seja, onde entraria o aprendizado da intervenção com os cuidados paliativos entra a ideia do não se pode fazer nada pelo paciente, gerando o sentimento de impotência nos profissionais e nos acadêmicos que já saem da instituição de ensino aprendendo a deixar o paciente isolado esperando a morte.

A discrepância entre o que se vê na teoria em sala de aula e o que se realiza na prática nos hospitais é um dos motivos para que o enfermeiro fique inseguro de realizar o seu papel principalmente em relação a um paciente em processo de morte e morrer. No relato a seguir de um estudante de enfermagem isto fica evidente.

De acordo com Silva et al. (2015, p.418 e 419):

Acho que há uma visão diferente desse cuidado na prática, entre o que é ensinado e o que se faz,... O cuidar não significa apenas você fazer os procedimentos de enfermagem, administração de enfermagem, mas é todo um conjunto que deve estar atendendo as necessidades de seu cliente e não só a questão da assistência em si, mas o cuidado com o espírito, com a questão da subjetividade do paciente (EE-02). A gente sempre discute durante as aulas, essa questão do cuidado humanizado, sempre prezam muito por isso na teoria, mas não é o que a gente vê muito na prática (EE-03). Eu acho que no projeto curricular deveria haver estratégias, de como a gente abordar estes temas sem ficar tão estranho pra gente e sem deixar de tratá-los da forma mais delicada mesmo, da melhor maneira possível pra que a gente possa dar um tratamento real (EE-10).

Este estudo revelou ainda que existe uma dificuldade de aliar o cuidado técnico ao cuidado relacional, e que isto pode se dá, também, pela falta de apoio institucional. Que se tornou evidente de acordo com uma entrevista relatada a seguir:

De acordo com Silva et al. (2015,p.419):

Senti que os profissionais têm essa dificuldade, porque, eles não têm o apoio institucional. As enfermeiras, principalmente, elas ficam muito distantes do cuidado com o paciente. Então, eu acho que a gente deveria ter um pouco mais de flexibilidade curricular para que pudesse tratar destas questões, do processo de morrer, de como lidar com esse processo com um cuidado mais humanizado e não somente prestar aquele cuidado pós-morte que você faz com o preparo do corpo. E isso não é tratado no currículo, nas práticas (EE-10).

No artigo número quatro do quadro 1, com o título: Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros; com o objetivo de Identificar as dificuldades enfrentadas na prestação da assistência à pessoa hospitalizada no contexto dos cuidados paliativos em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do estado do Rio de Janeiro, na percepção dos enfermeiros, e discutir estratégias para melhor qualificar a assistência de enfermagem utilizando a metodologia qualitativa descritiva e análise temática a pesquisa foi desenvolvida em um hospital universitário, localizado no Município do Rio de Janeiro - Brasil. A instituição é um CACON de importante representatividade no atendimento das pessoas com câncer. A coleta de dados foi realizada no período entre dezembro de 2011 a abril de 2012, em duas das enfermarias clínicas do hospital, 13 enfermeiros participaram da pesquisa.

No artigo segundo Silva et al. (2015) dentre os fatores responsáveis pela inserção insuficientes dos enfermeiros nos cuidados paliativos as enfermeiras deste estudo

destacaram aspectos relacionados com a formação profissional, diante da falta de preparo para lidar com situações que refletem a complexidade do ser humano e o processo de morrer, bem como com a carência de recursos materiais e humanos, e ausência de estrutura física adequada, de forma a favorecer o cuidado de qualidade, individualizado e humanizado. No que tange à falta de preparo dos profissionais da área da saúde em nível de graduação, incluindo os enfermeiros, em especial, para lidar com o avanço da doença e consequente processo de morte e morrer, destaca-se a seguinte fala:

Relato do artigo de Silva et al. (2015, p.463):

Por ser um hospital não especializado em oncologia, em momento nenhum você tem caracterizado que um paciente está fora de possibilidade de cura, o que interfere nas condutas. Os profissionais acabam fazendo procedimentos invasivos desnecessários, porque eles não sabem lidar com isso, e acham que a família vai exigir, ou que o professor vai exigir, que o colega vai exigir, que aquilo vai ser omissão de socorro, quando na verdade não é [...] (E3)

Outras dificuldades encontradas no artigo de Silva et al. (2015) estão no gerenciamento do cuidado de enfermagem e o enfermeiro também evidencia dificuldades em estabelecer as prioridades de atendimento, levando em consideração a variação do perfil das pessoas que são atendidas na clínica médica, bem como dos objetivos de tratamento, quando acaba priorizando os casos em que há possibilidade de cura. Assim como no artigo de Silva et al. (2015) o Isolamento do paciente fora da possibilidade de cura é evidenciado deixando claro que os profissionais e os acadêmicos não sabem lidar com um paciente em sua terminalidade ou em processo de finitude e consequentemente os cuidados paliativos não são executados. O déficit de recursos humanos na enfermagem, a ausência da equipe multiprofissional para atender as necessidades dessas pessoas, bem como de recursos materiais são dificuldades que limitam a prática dos cuidados paliativos. Tais carências geram sobrecarga de atividades administrativas, afastando este profissional enfermeiro da assistência direta à pessoa.

A evidência estar em um relato feito pelas enfermeiras no artigo de Silva et al. (2015, p.463):

O contato é muito rápido com o paciente, por ser uma clínica médica e que porta muitos leitos, a gente além de atender assistencialmente, faz a parte



burocrática [...]. Aqui, infelizmente, a demanda é muito grande para as enfermeiras, e como tem poucas, acaba sobrecarregando todo mundo e não prestamos uma assistência correta (E5).

[...] vejo a minha prática limitada, a partir do ponto em que a gente tem uma estrutura limitada, com uma carência de recursos materiais e humanos [...] temos várias funções na nossa carga horária de trabalho [...]. Além disso, não se tem uma equipe multiprofissional direcionada para os cuidados paliativos aqui, para promover mais conforto para esse paciente e seus familiares (E7).

Além das dificuldades apresentadas, as enfermeiras relataram uma carência do atendimento das suas próprias necessidades, principalmente as referentes ao apoio psicológico, este poderia ser também um dos motivos pelo qual a inserção do enfermeiro é insuficiente no setor de terminalidade da vida, por não ter nenhum acompanhamento e por visualizar que neste setor o enfermeiro estar mais exposto a se envolver emocionalmente e psicologicamente o que poderia causar no profissional um receio na aplicabilidade dos cuidados paliativos no mercado de trabalho.

Relatado no artigo de Silva et al. (2015, p.463):

[...] ter aquele profissional psicólogo atuando com a equipe [...] porque nós estamos vulneráveis, nos envolvendo emocionalmente com esse paciente e familiares, então vamos precisar também [...] (E7).

As enfermeiras do estudo de Silva et al. (2015) apontaram soluções para atender e executar os cuidados paliativos de forma adequada dentre elas destacaram-se: a capacitação da equipe por meio de educação permanente e treinamento em serviço; disseminação da política de humanização da assistência; redução da rotatividade e dos remanejamentos entre os funcionários da equipe de enfermagem; investimento no quantitativo de recursos humanos; e existência de leitos para acolher especificamente as pessoas em cuidados paliativos.

Segundo o artigo de Silva et al. (2015, p.463):

É preciso treinar a equipe para que possa prestar uma assistência adequada a esse paciente com câncer em fase terminal [...]. Cursos de

capacitação abordando o tema dos cuidados paliativos poderiam ser promovidos [...] (E7).

No artigo número cinco do quadro 1, com o título: O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico; Participaram oito enfermeiras, que trabalham na Central de Quimioterapia do CACON de um hospital universitário em Maceió, Alagoas. O período de realização das entrevistas foi janeiro e fevereiro de 2012 onde foram gravadas e transcritas na íntegra para a análise, foram seguidos os passos sugeridos por Martins e Bicudo revelando quatro categorias: Experienciando a morte como ciclo natural da vida; Experienciando a impotência diante da morte do outro; Experienciando a morte com ajuda da fé e Experienciando a empatia frente à possibilidade de morte do paciente. A pesquisa traz o objetivo de compreender o fenômeno experienciado pelos enfermeiros que trabalham em uma central de quimioterapia, frente à possibilidade de morte do paciente deste serviço. Optou-se pela metodologia qualitativa fenomenológica e, para fundamentar a análise, o referencial filosófico de Martin Heidegger.

Neste artigo segundo Lima et al. (2014) o quadro clínico que o paciente oncológico tem desperta no enfermeiro preocupações em relação a terminalidade da vida principalmente porque o ser-cuidador e o ser cuidado produz uma forte interação entre os seres. Então diante da morte desse paciente o enfermeiro sofre e vive um turbilhão de sentimentos enquanto, ser-cuidador o enfermeiro tenta preparar-se, emocionalmente, para enfrentar a morte do ser-cuidado que assiste. Mesmo que a finitude seja percebida como parte do decurso natural da vida, o enfermeiro pode não estar preparado, emocionalmente, para enfrentá-la e nem para lidar com seus próprios sentimentos suscitados desta experiência. Esta dificuldade é apontado no artigo de Lima et al. (2014) atrelada a formação de caráter majoritariamente tecnicista que a academia oferta ao graduando em detrimento das questões ligadas à emoção, principalmente, às causadas pela morte que contribuem para a falta de preparo no enfrentamento da morte e nas atividades profissionais.

Assim como no artigo de Silva et al. (2015) o sentimento de impotência também é relatado no artigo de Lima et al. (2014) referente à experiência do profissional de

enfermagem diante da possibilidade da morte dos pacientes oncológicos relatados nas entrevistas a seguir:

Segundo Lima et al. (2014, p.506):

[...] É uma tapa na cara todo dia. Porque você cuida, se dedica e às vezes não adianta, porque eles morrem [...] (Esmeralda).

[...] Para mim é péssimo quando um paciente regride e morre, todo mundo sofre [...] (Água Marinha).

[...] pô, oque estou fazendo aqui? Ficar fazendo essas medicações, deixando ela baqueada, pra daqui uns meses ela chegar aqui em fase terminal [...] (Ametista).

Entender que uma morte abala a todos que estão ao redor principalmente o profissional de saúde e que deixar de prolongar uma vida com técnicas que não vão mais funcionar pode trazer ao enfermeiro sentimentos como frustração, incapacidade, tristeza e sensação de vazio. Isto ficou evidente em um relato de uma enfermeira de dizia: adoeceu eu, adoeceu Ametista, adoeceu Jade, adoeceu Safira, quer dizer eles morriam e nós adoecíamos [...] (Lima et al. 2014, p.506)

Assim como tratado no artigo de Silva et al. (2015) o enfermeiro necessita de um acompanhamento psicológico, ou seja ele necessita de cuidados , de acordo com Lima et al. (2014) o trabalho do enfermeiro na oncologia leva a um desgaste físico e psicológico e admite-se que a uma necessidade de buscar ajuda para minimizar este prejuízo, como terapias, reuniões, discussões, sendo de extrema importância que os profissionais procurem formas de minimizar seus sofrimentos, buscando, principalmente, o apoio psicológico para uma melhor qualidade de vida. Para o enfermeiro, enquanto ser-cuidador dos pacientes oncológicos, lidar com os aspectos psicológicos decorrentes da finitude, tem sido uma dificuldade, devido à falta de capacitação para o manejo desse problema, ou seja lidar com os processos de terminalidade traz um desgaste profissional que necessita de uma capacitação desde sua formação acadêmica para que os enfermeiros apreendam a lidar com seus sentimentos, e oferecer aos seus pacientes cuidados relacionados a palição aprendendo que o mesmo estar ofertando um serviço de qualidade e com respeito ao próximo na hora da morte, para assim não surgir o sentimento de impotência ou frustração no ambiente profissional.

No artigo número seis do quadro 1, com o título: Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais; Foi realizada uma investigação com amostra oriunda do “São Paulo Ageing & Health Study” (SPAH), que avaliou 2.072 idosos com 65 anos ou mais em inquérito domiciliar em três distritos administrativos de São Paulo: Butantã, Rio Pequeno e Raposo Tavares. Os participantes do SPAH foram novamente contatados e reavaliados dois anos após sua inclusão no estudo. Nesse período foram identificados 205 óbitos. Uma segunda estratégia foi usada para a identificação de idosos participantes do SPAH que vieram a falecer. A partir de julho de 2007, foi consultado periodicamente o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo (PROAIM) para identificar óbitos ocorridos após o encerramento da fase de seguimento da coorte. Esta segunda estratégia identificou 84 óbitos. As entrevistas foram realizadas por um único entrevistador no domicílio do melhor informante para o último ano de vida do idoso. Os dados foram digitados em banco de dados utilizando-se o programa Epi-Info 6.04. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa Stata 9.0. Foi feita uma análise descritiva, com checagem da consistência dos dados. Foram realizadas 81 entrevistas, sendo 56 oriundas dos óbitos identificados através de informações do PROAIM, e 25 oriundas dos óbitos identificados na fase de seguimento do SPAH.

No artigo de Solano, Scazufca e Menezes (2010) foi o único artigo que trouxe a especificação em relação aos idosos e o atendimento domiciliar, por ser um estudo de caráter quantitativo a informação que foi valida para este trabalho foi em relação ao contato com idosos com os serviços de saúde sendo mais específico ainda do atendimento domiciliar. De acordo com o estudo as unidades básicas de saúde da região (UBS) foram utilizadas por 53% dos idosos, com média de 6,5 visitas ao médico no seu último ano de vida. Setenta e seis por cento dos idosos estavam inscritos no Programa de Saúde da Família (PSF) e, segundo os cuidadores, 67% receberam visita domiciliar por parte da equipe do PSF no último ano de vida.

Este estudo mostrou que, apesar de um eficiente acesso a serviços de saúde, uma amostra de idosos de baixa renda da zona oeste de São Paulo passou seu último ano de vida padecendo de diversos sintomas comuns que poderiam ter sido paliados. Tal palição de sintomas parece ter acontecido de forma mais eficiente

apenas nos últimos dias de vida, nos hospitais e prontos-socorros onde 70% dos idosos deste estudo vieram a falecer, ou seja a maioria os cuidados paliativos ainda estar muito restringindo ao ambiente hospitalar. Entende-se que a implantação de serviços de medicina e cuidados paliativos nos diversos níveis de assistência com profissionais capacitados para sua inserção na teoria e na pratica poderá oferecer aos idosos brasileiros, que são cada vez mais numerosos e atingem idades cada vez mais avançadas, um final de vida mais digno e mais pleno em saúde.

No artigo número sete do quadro 1, com o título: Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos; com o objetivo de desvelar o significado atribuído pelos alunos do quarto ano de curso de graduação em enfermagem a experiência de cuidados paliativos. Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa, foi realizada em curso de graduação em enfermagem de universidade pública do interior de SP, com atividades assistenciais, ensino e pesquisa. Os sujeitos foram constituídos de alunos regularmente matriculados, que cursaram a disciplina de assistência de enfermagem ao paciente crítico, ministrada no sétimo semestre e com vivencia de estagio curricular em UTI adulto, pediátrica e neonatal. Foram realizadas entrevistas individuais com 33 alunos, a totalidade, no segundo semestre de 2012. Após as entrevistas, as falas foram transcritas e iniciou-se a análise dos discursos obtidos utilizando a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Diante do artigo de Germano e Meneguín (2013) este trabalho ganhou uma contribuição diferenciada porque os acadêmicos de enfermagem ainda estão na instituição de ensino no quarto ano do curso, e foram visualizados os mesmos relatos dos artigos anteriormente citados onde o enfermeiro estava cercado de insegurança, medo e despreparo emocional. Em um dos discursos do sujeito coletivo tem um relato de um estudante que diz:

Segundo Germano e Meneguín (2013, p.524):

É muito complexo, no começo temos medo, ficamos inseguros, pois além de bloqueios pessoais é muito aparelho e tecnologia. Eu ficava bastante insegura durante os procedimentos, sentia um pouco de medo de causar alguma coisa para o paciente, algum desconforto, pois são pessoas que queremos que estejam bem, mas ao mesmo tempo ainda somos muito

imaturas. Apesar de estarmos no quarto ano, ainda não temos preparo emocional suficiente para cuidar deste tipo de paciente, mas com a tutoria da professora fica mais tranquilo.

Em relação aos cuidados paliativos ofertados um dos discursos de sujeito coletivo trouxe um relato que diz:

Segundo Germano e Meneguim (2013, p.525):

Não podemos pensar somente em cura, temos que pensar em prestar uma assistência humanizada para que ele tenha uma morte digna. Para trabalhar com cuidados paliativos é necessário amor a profissão para prestar uma assistência de qualidade.

Germano e Meneguim (2013) trouxeram as dificuldades enfrentadas pelos acadêmicos de enfermagem para a implantação dos cuidados paliativos que são: dificuldade no relacionamento com familiares, dificuldade em lidar com a morte, dificuldade em estabelecer comunicação não verbal, sentimento de impotência e frustração, preocupação com morte digna, complexidade do cuidado, registros incompletos no prontuário e falhas na comunicação interpessoal.

O sentimento de impotência e frustração estar evidenciado a seguir de acordo com Germano e Meneguim (2013, p.525):

[...] O próprio fato de lidar com a morte é complicado, pois num primeiro momento vem o sentimento de impotência, é difícil aceitar a ideia de que aquele seu paciente, que muitas vezes você cuidou por um longo período, que criou vínculo, está ali na sua frente e já não se pode oferecer um tratamento curativo.[...]

A dificuldade em lidar com a morte e a preocupação com morte digna foi relatado a seguir no artigo de Germano e Meneguim (2013, p.525):

[...] Nós, profissionais da área da saúde, temos um bloqueio para a morte que deve ser vencido, chegamos da graduação querendo apenas a cura, querendo salvar vidas, mas em cuidados paliativos temos que entender que devemos oferecer o melhor, para que o paciente tenha uma morte digna [...].

Fica evidente também a importância de tratar sobre a morte no meio acadêmico isto ficou claro em uma parte do relato apresentado no artigo de Germano e Meneguim (2013, p.525) a seguir:

[...] O tema “morte” precisa ser muito bem tratado em sala de aula, falamos muito de vida, mas ninguém fala de morte, tratamos como se não fosse acontecer com ninguém, com nenhum paciente, e quando você cuida de um paciente em cuidados paliativos a morte fica muito próxima [...].

A dificuldade no relacionamento com familiares, a complexidade do cuidado e a falta de instrução acadêmica é exposto no artigo de Germano e Meneguim (2013, p.525) a seguir:

[...] Outra dificuldade é ele não interagir com você, ele é totalmente dependente, é preciso de muita gente para cuidar de um só paciente, além de ser muito complexo. Por outro lado, lidar com a família é muito complicado, pois estão muito sensibilizados e na faculdade não aprendemos a lidar com esta situação [...].

As dificuldades em estabelecer comunicação não verbal, registros incompletos no prontuário e falhas na comunicação interpessoal também foram citadas como uma dificuldade enfrentada pelos acadêmicos para implantação dos cuidados paliativos em seus pacientes, relatado na fala a seguir do artigo de Germano e Meneguim (2013, p.525):

[...] A impossibilidade do paciente de se comunicar também dificulta a assistência, pois é importante conhecermos as sensações do paciente, se ele sente dor, frio, fome, entre outras sensações. Para tanto, devemos utilizar todo conhecimento adquirido durante os primeiros anos de faculdade em comunicação. Os registros incompletos no prontuário também dificultam na transmissão de informações a respeito do paciente, além dos problemas de comunicação entre a equipe, que deveria ser interdisciplinar.

No artigo número oito do quadro 1, com o título: Cuidados paliativos na UTI: compreensão dos enfermeiros; através de um Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa realizado em abril e maio de 2011 com seis enfermeiras da UTI de um hospital público de João Pessoa/PB. Foi utilizado um questionário semiestruturado para coleta das informações, contendo questões de caracterização da amostra (idade, sexo, estado civil e tempo de trabalho na área) e três questões norteadoras elaboradas pelos pesquisadores: 1) Qual a sua compreensão sobre cuidados paliativos? ; 2) Que ações você executa e as considera como próprias dos cuidados paliativos? e 3) Qual sua opinião acerca destes cuidados no contexto de UTI ?. Os dados foram analisados com base no referencial teórico de Lefèvre dispostos de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para alcançar o objetivo do estudo que foi Investigar a compreensão dos enfermeiros sobre cuidados paliativos.

Neste artigo segundo Barros et al. (2012) Uma grande parte dos participantes desse mostrou ideias com controvérsias, demonstrando em primeiro momento ideias

confusas em relação ao conceito, algumas até fugindo totalmente da filosofia dos cuidados paliativos. Em outro momento da entrevista percebeu-se que as enfermeiras tiveram dificuldades em citar quais as ações paliativas mais comuns ou mais utilizadas em pacientes terminais, chegando a citar os cuidados básicos que a enfermagem deve ter com os pacientes, mas que não são os cuidados específicos da medicina paliativa. Já as respostas sobre a importância da aplicabilidade dos cuidados paliativos na UTI houve um consenso entre a maioria dos enfermeiros de que é necessário e sim muito importante, porém essa resposta entra em contrariedade em relação à pergunta sobre o conceito de cuidados paliativos, porque se o enfermeiro não compreende o que são estes cuidados como ele poderia afirmar que é necessário a sua aplicabilidade na UTI. Uma das definições sobre cuidados paliativos que não estar incluída em sua filosofia foi de uma enfermeira a seguir: [...] São os primeiros atendimentos admissionais; São aqueles cuidados prestados ao paciente enfermo, mas que não resultara em melhora [...]. (BARROS et al., 2012, p. 3296)

Aos participantes do estudo de Barros et al. (2012), foi perguntado se eles realizavam cuidados paliativos na UTI e cinco enfermeiros responderam que “sim”, enquanto que apenas um respondeu que “não”. Aos que responderam sim, perguntou-se: “que ações executavam e se achavam próprias dos cuidados paliativos?” Dos discursos obtidos dos participantes emergiram as ideias centrais de que são: ações que proporcionam conforto e o alívio da dor e ações de cuidados generalizado. Porém, os cuidado paliativos vão além de ações que aliviam a dor e trazem conforto e ultrapassam os cuidados gerais de enfermagem. Os cuidados de palição proporciona uma melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares desde o momento da descoberta de sua doença crônica até o acompanhamento das fases de luto de seus familiares. As entrevistas com as enfermeiras revelou certa confusão em relação a sua compreensão acerca desses cuidados. O que evidenciou que os mesmos têm noção do que se trata, quando se fala em cuidados paliativos, mas que talvez não consigam expressar o seu conhecimento acerca deste tema.

Segundo Barros et al. (2012,p 3299):



Não resta dúvida sobre a importância da educação e do treinamento dos profissionais para a implantação de cuidados paliativos nas UTIs, cuidados esses que podem levar a diminuição do tempo de internação e a melhor qualidade do atendimento nesses setores.

## CONCLUSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias quando na presença de problemas associados a doenças sem possibilidade de cura e que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, alcançando inclusive a fase de luto.

Diante da emergente necessidade de investimentos nos cuidados paliativos no Brasil, alguns movimentos que integram profissionais da área da saúde, serviços e entidades, como por exemplo, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, estão buscando ganhar notoriedade e força política. Tais movimentos visam contribuir para: consolidar uma política pública que trate, especificamente, dos cuidados paliativos; estabelecer uma rede integrada, de modo a vincular a atenção básica para fomentar a assistência domiciliar como principal modalidade de atendimento, bem como para criar a oferta de leitos diferenciados nos muitos hospitais gerais que atendem pessoas com câncer avançado; gerar mecanismos de acesso a medicamentos, materiais e serviços; e adaptar os currículos de graduação e pós-graduação, incluindo conteúdo específico de cuidados paliativos na formação de profissionais da área da saúde.

E, quando se trata do contexto no qual estão inseridos os profissionais de saúde, o fenômeno da morte passou a invocar sentimentos de impotência e culpa, haja vista o direcionamento dado à formação dos profissionais, quase que direcionada exclusivamente a “salvar vidas” e a “curar as doenças”. Os profissionais de saúde têm tido uma formação muito centrada na doença, e pouco se fala na morte como parte do ciclo vital, como se esta fosse uma oposição a vida. De acordo com os artigos citados na discursão do trabalho ficou evidente que a uma grande necessidade de preparar os profissionais de saúde desde a graduação, para melhor lidarem com a morte, uma vez que, na sua formação são muitas vezes instruídos apenas a cuidar

para cura da doença, não havendo um direcionamento para o enfrentamento positivo diante do fenômeno da morte e da sua inexorabilidade.

O pouco, ou nenhum contato dos acadêmicos de enfermagem na graduação tem refletido na execução do cuidado na hora na prática profissional, e quando se trata da formação acadêmica, as pesquisas têm evidenciado que os graduandos de enfermagem têm demonstrado a necessidade de receber apoio contínuo e de terem oportunidades para reflexão e discussão acerca de suas experiências durante as atividades práticas e de estágios, sobre como cuidar dos pacientes em processo de terminalidade e como enfrentar os seus medos e suas dúvidas diante da morte.

Portanto, este trabalho demonstrou os fatores responsáveis pela inserção insuficiente dos enfermeiros nos cuidados paliativos mostrando que um dos fatores está intrinsecamente relacionado com o pouco contato com este tema na formação acadêmica. Ao término da formação acadêmica o mercado de trabalho exige que os profissionais de enfermagem sejam capacitados e habilitados para atuar nas diversas áreas da saúde, bem como, nos cuidados paliativos. Entretanto, o que foi evidenciado através deste trabalho foi que ainda há um despreparo dos profissionais em relação aos cuidados paliativos, tanto profissionalmente através de técnicas e métodos, como o pessoal através de questões psicológicas. Lembrando que a atenção às necessidades dos próprios profissionais diante de realidades complexas que é o processo de terminalidade de um paciente remete ao fato de que se trata de pessoas cuidando de pessoas, sendo importante articular e integrar o cuidado de si, do outro e “do nós”

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE et al , CRISTIANI. Cuidados Paliativos ao Paciente Idoso: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol. 16, n.3, 2012.
- ARAÚJO, AMANDA; BRUSTEIN, VANESSA. A importância da enfermagem em cuidados paliativos: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, 2013.
- AUGUSTO et al, SOARES. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. **Textos Envelhecimento**, v.7, n.1, 2004.
- BARBI, MARINA. A inserção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS). **4 Estações Instituto de Psicologia**, vol.22, n. 10, 2011.
- BARROS et al. Cuidados paliativos na uti: compreensão dos enfermeiros. **Rev de pesq.: cuid. fundam. Online**, V.1, n.1, 2012
- BRASIL. Criando valor, desenvolvendo saúde. **Revista Brasileira de cuidados paliativos**, vol. 1, n.1, 2008.
- CREMESP. Cuidado paliativo. **Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, vol. 1, n. 1, 2008.
- DIAGRAPHIC. Manual de cuidados paliativos. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, v. 1, n.1, 2009.
- FONSECA et al, ANELISE. Cuidados paliativos como modalidade terapêutica para idosos portadores de doenças crônico-degenerativas admitidos em unidade de terapia intensiva. **Ministério da saúde fundação Oswaldo cruz escola nacional de saúde pública Sergio Arouca**, vol.1, n.1, 2010.
- FONSECA, MARIA. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, vol. 2, n.24, 2012.
- FRATEZI et al , FLAVIA .Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.7, n.16, 2011.
- FRIPP, CARRICONDE; FACCHINI, AUGUSTO; SILVA, MANJOURANY. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 1, n. 1, 2012.
- GERMANO, SANTOS; MENEGUIN, SILMARA. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paul Enferm**, V1, n.1, 2013.

KOJA, GABRIEL. Manual de cuidados paliativos. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, vol.2, n.2, 2012.

LIMA et al. O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, V.1, n.1, 2014.

MACIEL et al, MARIA. Critérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, vol.1, n1, 2006.

PESSINI et al, LEO. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O MUNDO DA SAÚDE**, vol. 29, n.4, 2005.

SBGG. Vamos falar de Cuidados Paliativos. **Sociedade brasileira de geriatria e gerontologia**, vol. 1, n 1, 2014.

SILVA M. et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, V.1, n.1, 2015.

SILVA R. et al. O cuidado à pessoa em processo de terminalidade na percepção de graduandos de enfermagem. **Rev Rene**, v.1, n.1, 2015.

SILVA, MIRANDA; MOREIRA, CHAGAS. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v. 8, n. 2, 2010.

SOLANO, CONSENTINO; SCAZUFCA, MÁRCIA; MENEZES, ROSSI. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. **Rev Bras Epidemiol**, V.1, n.1, 2010.