



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

PAULO HENRIQUE FERNANDES DOS SANTOS

**O PAPEL PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS  
PALIATIVOS: DO CUIDADO EM DOMICÍLIO AO CONTEXTO  
HOSPITALAR**

Brasília  
2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA

PAULO HENRIQUE FERNANDES DOS SANTOS

**O PAPEL PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS  
PALIATIVOS: DO CUIDADO EM DOMICÍLIO AO CONTEXTO  
HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Graduação para Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Janaína Meirelles Sousa

Brasília  
2013

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela oportunidade de estudar e aprimorar os dons que Ele me concedeu.

Aos meus amados pais, Paulo Roberto dos Santos e Helena Fernandes de Alencar, por todo o apoio e investimento nos meus estudos. Vocês são os grandes responsáveis pela realização deste sonho.

À Coordenação e ao Corpo Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, especialmente àqueles que foram meus professores, por todo empenho para que este curso fosse consolidado e pela contribuição na minha formação pessoal e acadêmica.

À prof<sup>a</sup>. Ms. Janaína Meirelles Sousa, minha orientadora, por todo suporte e contribuição na realização deste trabalho. Obrigado pela paciência, pelas horas de orientação e por todo conhecimento compartilhado.

À 2<sup>a</sup> Turma de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília - a “turma mais bonita da cidade” - pela convivência e amizade nos últimos cinco anos. Vocês tornaram esta Universidade mais bonita e alegre. Obrigado por compartilharem comigo os melhores anos da minha juventude.

*Digo-vos que não sabeis o que acontecerá amanhã.  
Porque, que é a vossa vida? É um vapor que aparece por  
um pouco, e depois se desvanece.*

Epístola de Tiago 4:14

## RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa que objetiva identificar, em artigos científicos, o papel do profissional enfermeiro na assistência em cuidados paliativos nos diferentes contextos de atenção à saúde. Os dados foram coletados na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando-se os descritores “papel do profissional de enfermagem” e “cuidados paliativos”. Os artigos encontrados foram filtrados através de critérios de inclusão e exclusão, resultando em 20 artigos que compõem a amostra deste estudo. Foi elaborado um instrumento específico para coletar os dados relevantes dos artigos e posteriormente estes foram agrupados de acordo com o contexto de atenção à saúde e com a categoria da assistência identificada. Os resultados demonstram publicações entre os anos de 2007 e 2012, em países que já possuem serviços de cuidados paliativos bem estruturados. Os contextos de assistência evidenciados foram: domiciliar, hospitalar, ambulatorial, hospice e de educação. Verificou-se que o papel do enfermeiro permeia a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação e educação permanente, caracterizado por ações de tomada de decisões no fim da vida; estabelecimento de comunicação adequada entre paciente, família e equipe; atenção aos familiares cuidadores; e assistência no luto.

**Palavras-chave:** Papel do profissional enfermeiro - Cuidado paliativo - Assistência paliativa.

## **ABSTRACT**

It is an integrative review that aims to identify, in scientific articles, the role of professional nurses in palliative care in different health care settings. Data were collected in Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) using the keywords "role of professional nursing" and "palliative care". The articles were filtered through inclusion and exclusion criteria, resulting in 20 articles that comprise the study sample. It was developed an instrument to collect the relevant data items and these were subsequently grouped according to the context of health care and assistance to the category identified. The results demonstrate publications between the years 2007 and 2012 in countries that already have palliative care services well structured. The contexts of care were highlighted: home care, hospital, outpatient, hospice and education. It was found that the role of nurses permeates health care, decision making, communication and continuing education, characterized by actions of decision making at the end-of-life; establishment of proper communication between patient, family and staff; attention to family caregivers; and bereavement care.

**Keywords:** Role of professional nurse – Palliative care – Palliative assistance.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1 Histórico dos Cuidados Paliativos.....	8
1.2 Níveis de Assistência em Cuidados Paliativos.....	11
1.3 Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos.....	13
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>16</b>
<b>3. MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>17</b>
3.1 Elaboração da pergunta norteadora.....	17
3.2 Busca ou amostragem na literatura.....	18
3.3 Coleta de dados.....	19
3.4 Análise crítica dos estudos incluídos.....	19
3.5 Discussão dos resultados.....	19
3.6 Apresentação da revisão integrativa.....	20
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>41</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Histórico dos Cuidados Paliativos

A prática do Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo *hospice*, antigamente utilizado para definir os abrigos cuja finalidade era receber e cuidar dos peregrinos e viajantes. O relato mais antigo é do século V e faz menção a Fabíola, discípula de São Jerônimo, que cuidava de estrangeiros no Hospício do Porto de Roma (MATSUMOTO, 2009).

No século XVII surgiram várias instituições de caridade na Europa que construíram abrigos destinados aos órfãos, pobres e doentes, prática que se propagou por organizações religiosas católicas e protestantes em diversos pontos do continente europeu. No século XIX essas instituições começaram a ter características de hospitais, mas o cuidado prestado era essencialmente leigo e voltado para o cuidado espiritual e para a tentativa de controle da dor (MACIEL, 2008; MATSUMOTO, 2009).

Foi em uma destas instituições, chamada *St. Luke's Home*, que a inglesa Cicely Saunders trabalhou em meados do século XX. Cicely Saunders, já graduada em enfermagem e serviço social, e inconformada com o sofrimento humano, graduou-se em medicina e passou a conduzir seu trabalho no *Hospice St. Joseph*. Este hospice forneceu a ela inspiração de como deveria ser a assistência a pessoas moribundas e propiciou o desenvolvimento de suas próprias ideias clínicas (MACIEL, 2008; SANTOS, 2011).

A experiência de Cicely Saunders no *St. Lukes' Home* e no *Hospice St. Joseph* (comunicando-se com os pacientes, realizando anotações, monitorando o desenvolvimento da dor, o controle dos sintomas e o manejo de opióides orais) foi decisiva para que ela desenvolvesse uma estratégia moderna para os cuidados hospice, o que culminou na fundação do *St. Christopher's Hospice*, em Londres, no ano de 1967, dando início ao que chamamos de Movimento Hospice Moderno. Ao criar este hospice, seu objetivo era preencher a lacuna existente na pesquisa e ensino referentes à assistência aos pacientes com câncer e também aos que precisavam de alívio em outras doenças crônicas e incuráveis, estendendo-se a seus familiares (SANTOS, 2011).

Na década de 1970 o Movimento Hospice também cresceu nos Estados Unidos, e o *St. Christopher's Hospice* teve influência direta na formação dos profissionais dos hospices



americanos, oferecendo a eles períodos de treinamento e estudo em suas dependências (MATSUMOTO, 2009; SANTOS, 2011).

Na década de 1980 o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho responsável pelo desenvolvimento de políticas voltadas para o alívio da dor e cuidados do tipo hospice que pudessem ser recomendados mundialmente para pacientes com câncer. A partir de então, a OMS passou a utilizar o termo Cuidados Paliativos devido à dificuldade de tradução adequada do termo hospice em alguns idiomas (MATSUMOTO, 2009).

O termo *paliativo* deriva do latim *pallium* (que significa manto, cobertor) e faz referência ao manto utilizado por peregrinos em suas viagens para protegê-los das más condições climáticas. Analogicamente, o cuidado paliativo ampara a pessoa enferma durante o último período de sua vida. No uso cotidiano, este termo ganhou uma conotação de menor importância, se referindo a medidas inúteis, ineficazes, mas sabe-se que os cuidados paliativos são os únicos que verdadeiramente têm utilidade ao paciente que está morrendo, visto que previne o sofrimento e lhe garante dignidade no processo de morte (MACIEL *et al.*, 2006).

Em 2002 a OMS atribuiu aos cuidados paliativos a seguinte definição:

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002 *apud* MACIEL, 2008, p. 16).

As primeiras iniciativas de cuidados paliativos no Brasil datam da década de 1980, quando surgiram unidades ou centros destinados a esta prática. A maior parte destes serviços tinha vínculo com o tratamento de pacientes com câncer e/ou centros para tratamento de dor crônica, localizados no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro (FLORIANI, 2011). Tem-se notícia que a primeira iniciativa de serviço de cuidados paliativos se deu no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS), em 1983 (SANTOS, 2011).

Destaca-se a criação de alguns serviços de cuidados paliativos no Brasil: Instituto Nacional do Câncer (INCA), na cidade do Rio de Janeiro, em 1986 – este é o serviço brasileiro que mais se aproxima da integralidade dos cuidados prestados no *St. Christopher's Hospice*; Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), na cidade de São Paulo, em 1997; Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), também em São Paulo, em 2005

(SANTOS, 2011). Os objetivos da ABCP e ANCP são parecidos no que diz respeito à divulgação, ao ensino e à pesquisa em cuidados paliativos (FLORIANI, 2011).

No ano de 2008 o *International Observatory on End of Life Care* (IOELC) divulgou um estudo que identificou no Brasil 14 serviços de cuidados paliativos registrados, localizados principalmente na região Sudeste, especialmente em São Paulo. Porém, hoje a realidade é outra, visto que surgiram muitos serviços nos últimos anos. Dados da ANCP mostram que atualmente há 61 unidades de cuidados paliativos no Brasil, somando aproximadamente 300 leitos (SANTOS, 2011).

Para que um país atenda as demandas em serviços de cuidados paliativos é necessário apresentar alguns indicadores, entre eles: 50 leitos por milhão de habitantes; uma equipe de cuidados paliativos para cada hospital com 250 leitos; uma equipe de cuidados paliativos *home care* para cada 100 mil habitantes, cada equipe com no mínimo 4 a 5 profissionais exclusivos do serviço. Considerando estes indicadores, para atender às demandas do Brasil seria necessário 10 mil leitos, mais de 1000 equipes para os hospitais grandes e entre 4 e 5 mil profissionais com dedicação exclusiva. Esta realidade chama a atenção para a necessidade de cursos para formar profissionais em cuidados paliativos, e também de incentivos de políticas públicas (SANTOS, 2011).

Persiste, no Brasil, a ausência de uma política nacional específica para o cuidado paliativo, mas essa modalidade de assistência já faz parte da Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos; das estratégias dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica, e da Câmara Técnica de Controle da Dor e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; BRASIL, 2006).

Corroborar a prática dos cuidados paliativos a Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), onde no Art. 23, que trata dos critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD2 (destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos), relata a necessidade de pelo menos uma das 14 situações descritas, estando, entre elas, a do inciso XII que se refere à necessidade de cuidados paliativos (BRASIL, 2011).

Para alcançar um maior nível de complexidade nos serviços e compor o grupo de países que, além de apresentarem serviços de cuidados paliativos, possuem uma política

estruturada de provisão destes serviços, o Brasil ainda precisa preencher muitos critérios, entre eles: maior número de fornecedores e tipos de serviços, maior conscientização da população e dos profissionais da saúde sobre estes serviços, integração entre os provedores de saúde (Sistema Único de Saúde e empresas de saúde), impacto na política e investimento na educação e pesquisas em cuidados paliativos (SANTOS, 2011).

## **1.2 Níveis de Assistência em Cuidados Paliativos**

A prática dos cuidados paliativos garante que o sofrimento pode e deve ser aliviado, mesmo diante de uma sobrecarga causada pela enfermidade do paciente (SANTOS, 2011). O alívio do sofrimento humano, por ser complexo, exige uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, considerando a família e os recursos de apoio disponíveis na comunidade (voluntários, sacerdotes das diferentes crenças religiosas, entre outros) como fatores indispensáveis. Normalmente as equipes que atuam em cuidados paliativos são constituídas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e podem contar com a assistência de outros profissionais, como farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, capelões, entre outros (TAQUEMORI; SERA, 2008).

O trabalho da equipe de Cuidados Paliativos é regido por princípios estabelecidos pela OMS, sendo eles: a) promover o alívio da dor e de outros sintomas que causam sofrimento; b) afirmar a vida e considerar a morte um processo natural; c) não acelerar nem retardar a morte; d) integrar aspectos psicológicos e espirituais na assistência ao paciente; e) oferecer um sistema de apoio que ajude o paciente a viver ativamente tanto quanto possível até o momento da sua morte; f) oferecer sistema de apoio para ajudar a família durante a doença do paciente e o luto; g) oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; h) aprimorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; i) iniciar o quanto antes o Cuidado Paliativo, associado a outras medidas de prolonguem a vida (quimioterapia e/ou radioterapia), e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e abordar situações clínicas que causam sofrimento (MATSUMOTO, 2009).

A inclusão de pacientes em serviços de cuidados paliativos se faz necessária quando se percebe que, além do tratamento com fins curativos, existem sintomas e desconfortos prejudiciais a sua qualidade de vida e que exigem uma abordagem com uma equipe

especializada. Os pacientes que precisam de cuidados paliativos apresentam algumas características, por exemplo: portar doença avançada e progressiva, apresentar poucas possibilidades de cura, apresentar evolução clínica oscilante, portar doença que causa grande impacto emocional em si e em sua família e cujo prognóstico de vida é limitado, apresentar necessidade de adequar as medidas terapêuticas (MACIEL *et al.*, 2006).

É indicado o contato precoce entre o paciente e a equipe de cuidados paliativos, porque isto favorece o estabelecimento de um vínculo de confiança, tão importante para que o paciente tenha autonomia e possa participar ativamente das decisões que dizem respeito ao seu tratamento em final de vida (MACIEL *et al.*, 2006).

O atendimento de cuidados paliativos exige diferentes níveis de atenção (CHIBA, 2008), o que permite satisfazer as necessidades do local em que se encontra o serviço e assegurar uma formação diferenciada, considerando as peculiaridades regionais. As unidades podem oferecer cuidados em regime de internação hospitalar, assistência domiciliar e assistência ambulatorial - abrangendo diversas situações, idades e doenças -, e é necessário que exista uma efetiva articulação entre estes níveis de atenção e seu espaço geográfico, assegurando aos pacientes a continuidade dos cuidados. Neste sentido, considera-se importante definir os fluxos de encaminhamento e cadastrar os pacientes e as unidades assistenciais de referência (MACIEL *et al.*, 2006).

As unidades ambulatoriais de cuidados paliativos destinam-se a oferecer atendimento aos pacientes portadores de doença avançada, progressiva, que ameaça a vida e que tem poucas possibilidades de cura. Os objetivos da assistência nessas unidades são: proporcionar um excelente controle de sintomas, a melhor comunicação de informações sobre o curso de sua doença e as possibilidades de tratamento e também favorecer a elaboração das dificuldades pessoais de ser portador de uma doença que ameaça a vida – visto que nestas situações a possibilidade de morte é tão ameaçadora quanto a evolução da doença. O principal benefício deste nível de atenção é a possibilidade de acompanhar os pacientes precocemente, mesmo quando a doença tem pouco impacto sobre as suas funcionalidades. O controle adequado dos sintomas e a abordagem emocional nessa fase podem favorecer a melhoria da qualidade de vida do paciente e também ter impacto sobre a sua sobrevivência (MACIEL, 2009).

O atendimento domiciliar a pacientes que se encontram em cuidados paliativos é uma atividade destinada a portadores de doenças em estágios avançados, em progressão e que necessitam de monitoramento contínuo de sintomas, além da aplicação de um plano de cuidados. Estes pacientes recebem visitas de médicos ou enfermeiros capacitados para esse atendimento, mas é importante ressaltar que eles devem ser referenciados para ambulatório ou

unidade especializada responsável por elaborar seu plano de cuidados (MACIEL, 2009). Uma das vantagens desse nível de assistência é que as preferências do paciente podem ser abordadas com maior facilidade, porque não existe a limitação das regras e horários do ambiente hospitalar (RODRIGUES, 2009).

A assistência hospitalar normalmente se dá em enfermarias de cuidados paliativos, que consistem em alas de um hospital geral. Estas alas operam em leitos próprios (de preferência em quartos individuais) e dispõem de uma equipe constante, treinada e especializada em cuidados paliativos. Neste ambiente há maior flexibilidade em relação a visitas, alimentação e regras do hospital geral (MACIEL, 2009).

### **1.3 Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos**

Sabe-se que o cuidado é inerente a todas as teorias de enfermagem (SILVA; ARAUJO; FIRMINO, 2008). Cuidar significa “assistir o indivíduo sadio ou enfermo na realização das atividades que contribuam para a saúde, sua recuperação ou uma morte pacífica” (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011, p. 277).

No âmbito dos cuidados paliativos, cuidar significa assistir o indivíduo que se encontra em processo de perda de vitalidade e autonomia, com depressão, dor, entre outros sinais e sintomas, preocupando-se em conhecer e respeitar a cultura e os aspectos espirituais que o indivíduo traz consigo, viabilizando a resolução de assuntos pendentes e sendo o elo de ligação entre ele e a equipe, visto que o enfermeiro é quem despende mais tempo com estes pacientes (SILVA; ARAUJO; FIRMINO, 2008).

A atuação do enfermeiro em cuidados paliativos pode ser resumida em:

- a) Atuar nas diferentes situações que o paciente e família atravessam, tais como desinformação, dor, angústia etc.;
- b) saber prover e aconselhar em todos os aspectos do cuidado de enfermagem, contribuindo para o controle de sintomas que irão surgir, assim como os efeitos colaterais provocados pelos medicamentos;
- c) proporcionar o apoio psicológico, fundamental, ante a evolução da enfermidade, proximidade da agonia da perda e da própria morte;
- d) cooperar com a família e educá-la em situações de cuidados específicos como: administração de dieta, medicamentos, cuidados de higiene, com a boca, com a pele, na prevenção de úlceras etc.;
- e) estar preparado para situações de emergência, como, por exemplo: hemorragias massivas, dispneia grave, morte eminente etc.;
- f) proporcionar ao paciente maior conforto, revisando o tratamento em conjunto com o médico;
- g) estabelecer o vínculo entre a equipe e a família para facilitar o trabalho de

outros membros, se houver necessidade; h) estabelecer a continuidade do cuidado, apoio e coordenação entre diversos serviços de assistência (consultas externas, hospitalização e assistência domiciliar) e facilitar um bom fluxo de informação entre os membros da equipe de trabalho. (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011, p. 281).

Além das ações descritas acima, considera-se fundamental para uma melhor atuação do enfermeiro que trabalha nestes serviços a utilização de técnicas de comunicação terapêutica (FIRMINO, 2009). A comunicação, em diversas ocasiões, torna-se a única possibilidade de apoio e tratamento que a equipe pode oferecer ao paciente e à família, e a sua ausência pode levar o paciente a sentir solidão, vazio e incertezas. Em contrapartida, quando se estabelece uma boa comunicação, a equipe consegue identificar os sentimentos e as necessidades do paciente, o que irá refletir em assistência adequada, na melhor na adesão ao tratamento, no controle das situações de estresse e na melhora da qualidade de vida (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011).

No atendimento ambulatorial o objetivo geral do enfermeiro é promover a autonomia do paciente, de modo que ele saiba lidar com as limitações resultantes da enfermidade, além de abordar efetivamente os sintomas de caráter físico e emocional. Na consulta ambulatorial cabe a este profissional: realizar o primeiro contato com o paciente e sua família e prestar esclarecimentos sobre o serviço; investigar cuidadosamente os sintomas e sinais físicos do paciente, atentando ao que ele tem a dizer; averiguar o grau de conhecimento do paciente e da família sobre a doença e o prognóstico; avaliar, a cada consulta, os sintomas e o estado emocional do paciente, oferecendo o apoio necessário; entrar em contato por telefone nos intervalos entre as consultas para averiguar se o tratamento proposto apresenta bons resultados ou não; receber a família sempre que ela procurar o serviço, inclusive no período de luto; manter os demais membros da equipe (hospitalar ou domiciliar) informados sobre o estado do paciente (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011).

Na assistência domiciliar, a assistência consiste em oferecer ao paciente e sua família o apoio necessário em todo o processo de doença e morte em sua própria casa. Deve-se considerar que o cuidado deve ser individualizado, de acordo com as situações encontradas, e que este muda com a evolução da doença, tornando-se cada vez mais humano e menos técnico. Entre as intervenções de enfermagem realizadas em domicílio, encontram-se: oferecer cuidados físicos, realizando todas as tarefas realizadas no ambiente hospitalar; orientar a respeito da dieta e alimentação adequada; educar o cuidador para realizar cuidados gerais e sobre os medicamentos, avaliar sua situação e orientar sobre as formas de contato com a equipe; prestar apoio emocional ao paciente e família; avaliar a evolução do paciente e

a eficácia dos cuidados realizados; identificar problemas que podem ser abordados por outros profissionais; manter contato com a equipe da atenção primária responsável pelo paciente (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011).

Quando a assistência acontece a nível hospitalar, buscam-se alternativas que tornem a hospitalização o mais agradável possível para o paciente e sua família. Destacam-se algumas medidas que minimizam o sofrimento neste ambiente, como a adoção de quartos individuais, a presença da família 24h, e as visitas sem restrições. A equipe de enfermagem deve estar preparada para: atuar de maneira efetiva no controle dos sintomas; solicitar, quando necessário, o suporte de outros profissionais da equipe multidisciplinar; lidar com a agonia e a morte, além de saber o que fazer diante dos últimos momentos de vida do paciente; oferecer apoio aos familiares, principalmente nos momentos de agonia; no caso de falecimento do paciente, respeitar reações emocionais e crenças religiosas da família, além de orientar sobre os processos burocráticos (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011).

Com base no conteúdo apresentado anteriormente e considerando a relevância do profissional enfermeiro como membro da equipe que provê cuidados paliativos, neste estudo propõe-se investigar qual o papel destes profissionais nos diferentes contextos de assistência em cuidados paliativos.

## **2. OBJETIVO**

Este estudo tem como objetivo identificar, em artigos científicos, o papel do enfermeiro na assistência em cuidados paliativos nos diferentes contextos de atenção a saúde.



### **3. MATERIAL E MÉTODO**

Para alcançar o objetivo proposto optou-se pelo método de pesquisa denominado revisão integrativa de literatura, metodologia que proporciona a síntese de conhecimentos gerados em estudos anteriores sobre determinado tema e a aplicação dos resultados de estudos relevantes na prática clínica. É considerado como o método mais amplo de revisão, visto que permite incluir simultaneamente pesquisas de caráter experimental e não experimental, e permite combinar dados da literatura teórica e empírica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

No âmbito da enfermagem, diz-se que a revisão integrativa produz um saber fundamentado e uniforme que pode ser utilizado pelos enfermeiros para realizarem uma assistência de qualidade. É um método que favorece o acesso aos resultados de pesquisas (um único estudo apresenta resultados de diversas pesquisas realizadas), o que muitas vezes é uma dificuldade para estes profissionais devido ao grande número de publicações e também pelas limitações de tempo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração da revisão integrativa foram delimitadas seis etapas metodológicas, sendo elas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

As etapas do desenvolvimento da presente revisão integrativa serão descritas e nos tópicos a seguir:

#### **3.1 Elaboração da pergunta norteadora**

O tema desta revisão integrativa é o papel profissional do enfermeiro em cuidados paliativos nos diversos contextos de atuação, devido à relevância da atuação deste profissional nos serviços de cuidados paliativos, como membro de uma equipe multidisciplinar. A questão norteadora elaborada para esta pesquisa foi: qual o papel do profissional enfermeiro na assistência em cuidados paliativos?

### 3.2 Busca ou amostragem na literatura

A busca de artigos para esta revisão integrativa foi realizada em abril de 2013, e se deu através da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), acessada através da Bireme, mediante os descritores “papel do profissional de enfermagem” e “cuidado paliativo” em “todos os índices” e “todas as fontes”, objetivando encontrar todos os artigos que abordassem o papel do profissional de enfermagem em cuidados paliativos. Esta pesquisa resultou em 311 trabalhos, todos publicados na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

Posteriormente buscaram-se artigos que se adequassem aos critérios de inclusão e exclusão propostos para esta revisão. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola, no intervalo de 2002 a 2013 (12 anos), cujo texto completo estivesse disponível gratuitamente para acesso online, e que fizessem referência ao profissional enfermeiro. Critérios de exclusão: outros tipos de publicação (por exemplo, teses), artigos de revisão de literatura, reflexão e atualização, artigos que não fizessem referência ao profissional enfermeiro ou que não se adequassem aos objetivos desta pesquisa.

A preferência por artigos publicados a partir de 2002 justifica-se porque neste ano a Organização Mundial da Saúde revisou o conceito e os princípios que regem os cuidados paliativos, reafirmando-os.

Utilizando os critérios de inclusão através do filtro da BVS, a pesquisa resultou em 45 artigos, sendo que o acesso gratuito ao texto completo só estava disponível para 39 artigos. Destes 39, 4 artigos estavam indisponíveis para acesso devido erro na página, resultando em 35 artigos. Após leitura e análise criteriosa destes artigos, 15 foram excluídos devido identificação de critérios de exclusão. Sendo assim, a amostra final deste trabalho consiste em 20 publicações, as quais trazem resultados de pesquisas e estudos de caso envolvendo a atuação do enfermeiro nos diversos cenários de atuação em Cuidados Paliativos.

A localização dos artigos completos foi possível através do acesso à BVS para 44,2% dos trabalhos, e através do acesso a rede de internet, da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, que possibilitou o acesso a base de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES para os 55,8% restantes.

### **3.3 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em maio de 2013. Os artigos que compõem a amostra foram listados e posteriormente foi elaborado um instrumento para coletar os dados necessários para responder a questão norteadora e alcançar o objetivo deste estudo. As variáveis utilizadas no instrumento foram: título, autores, ano da publicação, periódico, local de realização do estudo, objetivos e resultados.

Em um segundo momento os dados coletados foram distribuídos de acordo com o contexto em que os estudos foram realizados e posteriormente distribuídos de acordo com a categoria da assistência identificada nos estudos.

### **3.4 Análise crítica dos estudos incluídos**

Após a coleta dos dados, realizou-se a análise das informações identificadas. Utilizou-se uma abordagem organizada, com o intuito de ponderar o rigor e as características dos estudos selecionados. Estes foram analisados de maneira crítica, comparando os resultados dos estudos e buscando explicações para as diferenças encontradas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

### **3.5 Discussão dos resultados**

Considerando os resultados encontrados, nesta etapa foi realizada a comparação dos dados ao referencial teórico, incluindo algumas conclusões e inferências do autor desta pesquisa. Também foram identificadas as lacunas na área de conhecimento, possibilitando a recomendação de estudos futuros (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

### **3.6 Apresentação da revisão integrativa**

Nesta etapa foi elaborado um documento apresentando a descrição das etapas do estudo e descrevendo os principais resultados advindos da análise dos artigos. Em concordância com a literatura, esta apresentação foi realizada de maneira clara e completa, permitindo ao leitor fazer uma avaliação crítica dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico foram realizados simultaneamente as etapas de análise crítica dos artigos incluídos na revisão e a discussão dos principais resultados encontrados, que consiste na comparação dos dados evidenciados na análise da amostra com o referencial teórico pertinente (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A amostra deste estudo consistiu em 20 artigos científicos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde, os quais atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos para a realização desta revisão integrativa, cujo objetivo foi identificar, nas publicações, o papel do enfermeiro na assistência em cuidados paliativos nos diferentes contextos de atenção a saúde.

Após seleção dos artigos que compõem esta revisão integrativa, foi realizada uma nova leitura para extrair definitivamente os dados. Estes foram analisados através de um olhar crítico, com comparações e explicações para as informações encontradas. Utilizou-se um quadro (QUADRO 1) como instrumento de coleta de dados, contendo título, nome dos autores, ano da publicação, periódico, local de realização do estudo, objetivos e resultados.

**QUADRO 1** – Distribuição dos artigos segundo título, nome dos autores, ano da publicação, periódico, local de realização do estudo, objetivos e resultados.

Nº DADOS DOS ARTIGOS	
<b>1</b>	<p><b>Título</b> Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life.</p> <p><b>Autores/Ano</b> STAJDUHAR <i>et al.</i> (2011)</p> <p><b>Periódico</b> Jornal of advanced nursing.</p> <p><b>Local</b> Canadá.</p> <p><b>Objetivos</b> Explorar a tomada de decisões de enfermeiros de home care sobre as necessidades e quantidade de cuidados por clientes e suas famílias no fim da vida.</p> <p><b>Resultados</b> Os participantes descreveram a avaliação das necessidades e capacidades do cliente/família. Estas avaliações, às vezes integradas com considerações sobre o relacionamento com os clientes e os familiares, informam julgamentos previstos sobre as visitas futuras;</p>

estes julgamentos são integrados com a carga de trabalho e considerações sobre recursos de saúde domiciliar. Ao descreverem as decisões, eles se referiram a conceitos como conhecimento, ideias práticas e abordagens do cuidado.

<b>2</b>	<b>Título</b>	Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses.
	<b>Autores/Ano</b>	BRINKKEMPER <i>et al.</i> (2011)
	<b>Periódico</b>	Journal of advanced nursing.
	<b>Local</b>	Netherlands.
	<b>Objetivos</b>	Avaliar experiências de enfermeiros envolvidos em sedação paliativa em ambiente domiciliar, após a introdução de uma orientação dos médicos para sedação paliativa.
	<b>Resultados</b>	A maioria dos entrevistados concordou com a indicação de sedação paliativa. No entanto, 21% relataram ter recusado realizar uma sedação paliativa no ano anterior. O clínico não estava presente no início da sedação paliativa em 1/3 dos casos, mas estava disponível quando foi necessário. A sedação foi considerada suficientemente eficaz em 42% dos entrevistados. De acordo com 1/3 dos participantes, não houve relação entre o nível de sedação e o nível de alívio dos sintomas, e as mudanças na dosagem não foram baseadas na gravidade dos sintomas.
<b>3</b>	<b>Título</b>	End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study.
	<b>Autores/Ano</b>	BLOOMER <i>et al.</i> (2010)
	<b>Periódico</b>	Australian critical care.
	<b>Local</b>	Austrália.
	<b>Objetivos</b>	Revisar o processo de fim de vida e o envolvimento da família com a Unidade.
	<b>Resultados</b>	Haviam 70 pacientes com a idade média de 69 anos. A morte de 86% destes pacientes era esperada e o pedido de não-ressuscitação foi documentado em 85% dos casos. Discussões familiares foram realizadas em 90% dos casos e a suspensão do tratamento ocorreu em 49% dos casos, sendo que, após a suspensão, 44% destes pacientes morreram em 6 horas. Os membros da família estavam presentes no momento da morte em 66%. Preocupações da família sobre os cuidados

		no fim da vida foram documentadas em apenas um caso (1,4%).
<b>4</b>	<b>Título</b>	Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium.
	<b>Autores/Ano</b>	INGHELBRECHT <i>et al.</i> (2009)
	<b>Periódico</b>	Palliative medicine.
	<b>Local</b>	Flanders, Bélgica.
	<b>Objetivos</b>	Investigar as atitudes dos enfermeiros frente a decisões de fim de vida que podem acelerar a morte, e seu papel nessas decisões.
	<b>Resultados</b>	A maioria dos enfermeiros concordou com a prática de suspender tratamentos que prolongam a vida (93%), com decisões de aliviar sintomas com os possíveis efeitos que encurtam a vida (96%) e com a prática da eutanásia (92%). Muitos enfermeiros reconheceram que têm um importante papel especialmente na tomada de decisões no fim de vida.
<b>5</b>	<b>Título</b>	A comparison of the quality of care provided to cancer patients in the UK in the last three months of life in in-patient hospices compared with hospitals, from the perspective of bereaved relatives: results from a survey using the VOICES questionnaire.
	<b>Autores/Ano</b>	ADDINGTON-HALL e O'CALLAGHAN (2009).
	<b>Periódico</b>	Palliative medicine.
	<b>Local</b>	Inglaterra.
	<b>Objetivos</b>	Apresentar uma comparação da qualidade do cuidado prestado a pacientes com câncer em hospice ou hospital, na perspectiva dos familiares enlutados.
	<b>Resultados</b>	Houve diferenças significativas entre as opiniões dos entrevistados em oito das treze variáveis que medem aspectos de satisfação com o atendimento. Em todos os casos os entrevistados classificaram os cuidados do Hospice mais positivamente do que o cuidado hospitalar. Segundo eles, o Hospice ofereceu melhor controle da dor, melhor comunicação com os pacientes e os familiares, e melhor assistência médica e de enfermagem, que trataram os pacientes com maior dignidade.
<b>6</b>	<b>Título</b>	Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal

		bereavement care: a study in Shandong and Hong Kong.
	<b>Autores/Ano</b>	CHAN <i>et al.</i> (2009)
	<b>Periódico</b>	Journal of clinical nursing.
	<b>Local</b>	Hong Kong e Shandong.
	<b>Objetivos</b>	Explorar a atitude dos enfermeiros frente ao cuidado no luto perinatal e identificar fatores associados com essas atitudes.
	<b>Resultados</b>	A maioria dos enfermeiros neste estudo teve uma atitude positiva para o cuidado frente ao luto. Os resultados mostram que apenas 21,6% (n = 141) dos enfermeiros tinha formação relacionada com o luto. Em contraste, 89,8% (n = 300) achava que precisava ser equipado com conhecimento relevante, habilidades e compreensão no cuidado, e apoio dos pais enlutados e mais de 88,5% (n = 592) iria compartilhar suas experiências com seus colegas e buscar apoio quando se sentir sob stress.
7	<b>Título</b>	Appraisal of The Pediatric End-of-Life Nursing Education Consortium training program.
	<b>Autores/Ano</b>	JACOBS <i>et al.</i> (2009).
	<b>Periódico</b>	Journal of pediatric nursing.
	<b>Local</b>	Não especificado no artigo.
	<b>Objetivos</b>	Apresentar os dados da pré-avaliação e do acompanhamento de 12 meses pós-avaliação dos participantes que frequentaram o ELNEC - Pediatric Palliative Care em 2005 e 2006.
	<b>Resultados</b>	Os dados demonstram que os enfermeiros são receptivos a educação em cuidados paliativos pediátricos e são efetivos na disseminação de materiais educativos e em alcançar os objetivos do curso.
8	<b>Título</b>	The palliative care link nurse role in nursing homes: barriers and facilitators.
	<b>Autores/Ano</b>	HASSON <i>et al.</i> (2008).
	<b>Periódico</b>	Journal of advanced nursing.
	<b>Local</b>	Irlanda.
	<b>Objetivos</b>	Explorar a opinião e experiências de <i>link nurses</i> em relação ao



	desenvolvimento, barreiras e facilitadores para a implementação do papel em cuidados paliativos em cuidados domiciliares.
<b>Resultados</b>	O sistema de <i>link nurses</i> mostra potencial para melhorar os cuidados paliativos em cuidados domiciliares. Entretanto, <i>link nurses</i> têm encontrado muitas dificuldades na implementação de programas de educação. Facilitadores do papel incluem: suporte externo, encontros mensais e suporte mútuo entre <i>link nurses</i> .
<b>9</b>	<p><b>Título</b> Do heart failure specialist nurses think differently when faced with 'hard' or 'easy' decisions: a judgement analysis.</p> <p><b>Autores/Ano</b> THOMPSON <i>et al.</i> (2008).</p> <p><b>Periódico</b> Journal of clinical nursing.</p> <p><b>Local</b> Inglaterra.</p> <p><b>Objetivos</b> Estudar a tomada de decisão de enfermeiros especialistas em falência cardíaca e explorar se julgar uma decisão como fácil ou difícil está associado com características de diferentes de tomada de decisão.</p> <p><b>Resultados</b> Os enfermeiros variaram em seus julgamentos.</p>
<b>10</b>	<p><b>Título</b> Nursing the dying within a generalist caseload: a focus group study of district nurses.</p> <p><b>Autores/Ano</b> BURT <i>et al.</i> (2008).</p> <p><b>Periódico</b> International journal of nursing studies.</p> <p><b>Local</b> Londres.</p> <p><b>Objetivos</b> Explorar a percepção de enfermeiros comunitários sobre o seu papel nos cuidados paliativos e sobre a prestação destes cuidados no contexto de sua carga horária generalista.</p> <p><b>Resultados</b> Os enfermeiros comunitários reconheceram que têm um papel fundamental na prestação de cuidados paliativos a pacientes no âmbito domiciliar; muitos sentiram que este papel não foi reconhecido por outros profissionais de saúde e gestores. Os cuidados paliativos neste contexto foram considerados imprevisíveis e demorados devido falta de recursos humanos e tempo. Estes cuidados tiveram efeitos sobre as emoções dos enfermeiros, agravada pela falta de suporte formal. A realização de cuidados paliativos em uma carga horária generalista criou pressão adicional para os enfermeiros comunitários.</p>

11	<b>Título</b>	Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients.
	<b>Autores/Ano</b>	IRANMANESH, DARGAHI e ABBASZADEH (2008).
	<b>Periódico</b>	Palliative & supportive care.
	<b>Local</b>	Irã.
	<b>Objetivos</b>	Examinar as atitudes de enfermeiros iranianos frente ao cuidado de pacientes no fim de vida.
	<b>Resultados</b>	A maioria dos entrevistados tende a ver a morte como parte natural da vida e também como uma porta de entrada para a vida após a morte. A maioria relatou que eles estão suscetíveis a prover cuidados e suporte emocional para as pessoas que estão morrendo e seus familiares, mas não estão suscetíveis a falar com eles ou até mesmo educá-los sobre a morte. Eles apresentam tendência de não aceitar que os pacientes e suas famílias assumam o papel de tomadores de decisão ou envolver os familiares no cuidado ao paciente. As opiniões dos enfermeiros sobre a morte afetam suas atitudes frente ao cuidado no fim de vida.
12	<b>Título</b>	The challenges of family member caregiving: how the home health and hospice clinician can help at the end of life.
	<b>Autores/Ano</b>	RUDER (2008).
	<b>Periódico</b>	Home healthcare nurse.
	<b>Local</b>	Não especificado no artigo.
	<b>Objetivos</b>	Descrever algumas intervenções potencialmente úteis que os clínicos de <i>homecare</i> podem usar para melhorar as experiências de pacientes e cuidadores..
	<b>Resultados</b>	Os membros de equipes de <i>Hospice</i> podem desempenhar um papel importante na educação e suporte aos familiares cuidadores, atuando no reconhecimento de dificuldades, comunicação efetiva, na tomada de decisões, oferecendo suporte e educação sobre cuidado domiciliar, reconhecendo e assistindo as necessidades físicas e emocionais do cuidador, e reconhecendo angústias e pesar/luto.
13	<b>Título</b>	Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure: "Let's hope it'll get better, when I know in my heart of hearts it won't".

	<p><b>Autores/Ano</b> SELMAN <i>et al.</i> (2007).</p> <p><b>Periódico</b> Heart.</p> <p><b>Local</b> Londres.</p> <p><b>Objetivos</b> Formular orientações e recomendações para melhorar os cuidados de fim de vida em falência cardíaca crônica; gerar dados sobre as preferências dos pacientes/cuidadores sobre as modalidades de tratamentos futuros; investigar a comunicação entre a equipe, pacientes e familiares sobre questões de fim de vida.</p> <p><b>Resultados</b> Pacientes e famílias relataram uma grande variedade de preferências de cuidados de fim de vida, mas nenhum deles tinha discutido isto com os clínicos, e nenhum estava consciente das alternativas de futuras modalidades assistenciais, como a adoção de uma abordagem paliativa. Pacientes e cuidadores vivem com medo e ansiedade, e são desinformados sobre as implicações de seu diagnóstico. A equipe de cardiologia confirmou que eles raramente levantam tais questões com os pacientes. Foram identificadas barreiras relacionadas com as doenças e a especialidade para melhorar os cuidados de fim de vida.</p>
14	<p><b>Título</b> Macmillan nurses' education and development needs: a documentary analysis.</p> <p><b>Autores/Ano</b> ASTIN, JOSÉ CLOSS e HUGHES (2008).</p> <p><b>Periódico</b> Journal of clinical nursing.</p> <p><b>Local</b> Inglaterra.</p> <p><b>Objetivos</b> Identificar as necessidades de educação e desenvolvimento dos “UK Macmillan Nurses”, os quais têm colaborado para o desenvolvimento de serviços especializados em Cuidados Paliativos.</p> <p><b>Resultados</b> Muitas necessidades educacionais e de desenvolvimento foram identificadas neste estudo: aprimorar e manter conhecimento, habilidades e competências; participar de atividades educacionais; identificar planos de carreira e oportunidades de desenvolvimento pessoa; aprimorar a habilidade de ensinar e disseminar habilidades; desenvolver a liderança e habilidades de gestão; aprimorar serviços já existentes; se engajar com a transição de papéis.</p>
15	<p><b>Título</b> The use of nurses in community palliative care.</p>

	<p><b>Autores/Ano</b> MCKECHNIE, MACLEOD e JAYE (2011).</p> <p><b>Periódico</b> Home healthcare nurse.</p> <p><b>Local</b> Nova Zelândia.</p> <p><b>Objetivos</b> Analisar a utilização dos enfermeiros em cuidados paliativos na comunidade para pessoas sem câncer com expectativa de vida de dois anos.</p> <p><b>Resultados</b> Esta pesquisa destacou que nem todas as pessoas estavam cientes ou informadas de seu direito de receber cuidados paliativos, apesar do fato de todos terem expectativa de vida de 12 a 18 meses e estarem cientes das suas condições de tratamento. Consequentemente, nenhum participante estava recebendo cuidado paliativo no momento das entrevistas. Seus médicos acreditavam que estavam prestando cuidados adequados através da prática generalista, porém nem sempre o cuidado era baseado nas necessidades dos pacientes e nem sempre recebiam uma abordagem multidisciplinar para seu fim de vida.</p>
16	<p><b>Título</b> Exploring patient experiences of cancer services in regional Australia.</p> <p><b>Autores/Ano</b> DRURY e INMA (2010).</p> <p><b>Periódico</b> Cancer nursing.</p> <p><b>Local</b> Austrália.</p> <p><b>Objetivos</b> Explorar experiências de pacientes com câncer na perspectiva de pacientes e profissionais de saúde em uma região da Austrália.</p> <p><b>Resultados</b> Verificou-se que pacientes que tiveram envolvimento de um enfermeiro oncológico e outros profissionais de suporte ao câncer tiveram melhores experiências e cuidados mais simples do que aqueles que atravessaram esta jornada sozinhos.</p>
17	<p><b>Título</b> Nurses' perceptions of factors influencing patient decision support for place of care at the end of life.</p> <p><b>Autores/Ano</b> MURRAY <i>et al.</i> (2009).</p> <p><b>Periódico</b> American journal of hospice &amp; palliative care.</p> <p><b>Local</b> Ottawa/Canadá</p> <p><b>Objetivos</b> Identificar fatores que influenciam a provisão de suporte nas decisões por parte dos enfermeiros.</p>

	<b>Resultados</b>	No geral, enfermeiros tiveram atitudes favoráveis na provisão de suporte nas decisões no fim da vida. Embora eles considerem que o suporte nas decisões é parte do cuidado centrado no paciente, eles relatam falta de habilidades, confiança e ferramentas para ajudá-los a fornecê-lo.
18	<b>Título</b>	Perception of palliative care and euthanasia among recently graduated and experienced nurses.
	<b>Autores/Ano</b>	BRZOSTEK (2008).
	<b>Periódico</b>	Nursing ethics.
	<b>Local</b>	Polônia.
	<b>Objetivos</b>	Explorar a percepção sobre cuidados paliativos e eutanásia entre enfermeiros recém-formados e enfermeiros experientes.
	<b>Resultados</b>	A maioria dos enfermeiros excluiu a eutanásia dos cuidados paliativos. Eles reconheceram a filosofia própria de vida como o fator que mais influencia as atitudes frente à eutanásia. A importância da lei foi mais valorizada pelos enfermeiros mais experientes.
19	<b>Título</b>	Physicians' and nurses' experiences with continuous palliative sedation in the Netherlands.
	<b>Autores/Ano</b>	SWART <i>et al.</i> (2010).
	<b>Periódico</b>	Archives of internal medicine.
	<b>Local</b>	Netherlands.
	<b>Objetivos</b>	Descrever experiências de médicos e enfermeiros com sedação contínua até a morte, com foco nas características dos pacientes, tomada de decisões e os efeitos da sedação.
	<b>Resultados</b>	Os sintomas severos mais comumente relatados após o início da sedação contínua foram: fadiga, dor e desejo de morrer. As indicações decisivas para iniciar a sedação contínua mais relatadas pelos profissionais foram dispneia e dor. Na maior parte dos casos, os profissionais relataram que os sintomas foram adequadamente aliviados, que os parentes pareceram satisfeitos com o curso da sedação contínua e que a qualidade da morte foi boa.

<b>20</b>	<b>Título</b>	That's part of everybody's job': the perspectives of health care staff in England and New Zealand on the meaning and remit of palliative care.
	<b>Autores/Ano</b>	GOTT <i>et al.</i> (2012)
	<b>Periódico</b>	Palliative medicine.
	<b>Local</b>	Inglaterra e Nova Zelândia.
	<b>Objetivos</b>	Explorar o entendimento, e os papéis percebidos, de provisão de cuidado paliativo entre provedores generalistas e especialistas de cuidados em saúde na Inglaterra e Nova Zelândia.
	<b>Resultados</b>	Foram identificadas implicações importantes para esta nova fase de desenvolvimento de cuidado paliativo: dificuldades com a terminologia e percepção dos papéis/responsabilidades; problemas de integração do cuidado paliativo em uma carga horária generalista; desafios na parceria do trabalho generalista/especialista; e as consequências negativas da especialização.

Após a organização dos dados no quadro acima foi possível identificar características que merecem destaque. Sobre o ano das publicações, verificou-se que estes artigos foram publicados entre os anos de 2007 e 2012, sendo 1 (5%) publicado em 2007, 7 (35%) publicados em 2008, 5 (25%) publicados em 2009, 3 (15%) publicados em 2010, 3 (15%) publicados em 2011 e 1 (5%) publicado em 2012.

Em relação ao local de realização dos estudos, houve predominância dos estudos realizados no continente Europeu (50%), seguidos da Oceania (20%), América do Norte (10%) e Ásia (10%). Dois artigos não especificaram o local de realização.

Diante destas informações cabe resgatar o trabalho realizado no ano de 2006 pelos professores David Clarck e Dr. Michael Wright, ambos do *International Observatory on End of Life Care (IOELC)*, da Universidade de Lancaster, Reino Unido, que apresentaram o documento *Mapping levels of Palliative Care Development: a Global View*, trabalho que mensurou o desenvolvimento dos cuidados paliativos em 234 países que compõem a Organização das Nações Unidas, identificando a disponibilidade dos serviços e classificando-os de acordo com os níveis de desenvolvimento do cuidado paliativo. Este mapeamento foi realizado novamente em 2011 (LYNCH; CLARK; CONNOR, 2011).

Neste mapeamento os países foram separados nas categorias a seguir: 1) países onde não há registro de iniciativas de cuidados paliativos conhecidas; 2) países que não possuem serviços estruturados, mas tem capacidade de construir serviços de cuidados paliativos; 3.a)

países com serviços isolados de cuidados paliativos; 3.b) países com provisão generalista de cuidados paliativos; 4.a) países onde a prestação de os serviços de cuidados paliativos se encontram em fase preliminar de integração com serviços convencionais; 4.b) países onde os serviços de cuidados paliativos estão em fase avançada de integração com serviços convencionais (MACIEL, 2008; LYNCH; CLARK; CONNOR, 2011).

Em 2006, 115 países (49%) tinham estabelecido um ou mais serviços de cuidados paliativos; em 2011, 5 anos após o primeiro relatório, houve um acréscimo de 21 países nesta situação, totalizando 136 países (58%). Em 2006, 156 países (67%) estavam ativamente engajados em oferecer serviços de cuidados paliativos ou desenvolver estruturas onde os cuidados paliativos possam ser prestados; em 2011, houve um pequeno acréscimo neste número, totalizando 159 países (68%) (LYNCH; CLARK; CONNOR, 2011).

Através dos resultados apresentados neste mapeamento entende-se que apenas 45 países, dos 234 estudados, apresentam uma prática bem estruturada de cuidados paliativos, porém outros 114 países já se posicionam com o intuito de implantar políticas adequadas (MACIEL, 2008; LYNCH; CLARK; CONNOR, 2011).

Como foi observado no Quadro 1, houve uma maior concentração de publicações entre os anos de 2008 e 2011, o que pode estar relacionado aos resultados do mapeamento global do desenvolvimento do cuidado paliativo, o qual evidenciou um aumento do número de países que estabeleceram um ou mais serviços de cuidados paliativos desde o ano de 2006. Supõe-se que a expansão destes serviços deve ser acompanhada de um aumento da quantidade de pesquisas realizadas nesta temática, visto que, em concordância com a *American Academy of Pediatrics* (2000, *apud* BARBOSA *et al.*, 2008, pág. 142), o objetivo da pesquisa é aprimorar a assistência paliativa.

Os locais de origem dos artigos desta revisão foram: 1) na América do Norte: Canadá; 2) na Ásia: Hong Kong e Irã; 3) na Europa: Netherlands, Bélgica, Inglaterra, Irlanda, Polônia; 4) na Oceania: Austrália e Nova Zelândia. De acordo com o mapeamento da IOELC, estes países compõem o grupo dos 45 países classificados no nível 4 de desenvolvimento dos cuidados paliativos, com exceção do Irã, classificado no nível 3. Portanto são países que, além de já disporem de serviços de cuidados paliativos, já possuem políticas bem estruturadas para provisão da assistência paliativa (LYNCH; CLARK; CONNOR, 2011).

Nenhum artigo selecionado na amostra desta revisão tem origem em países da América Latina, mas sabe-se que nesta região há 922 serviços de cuidados paliativos, sendo que o Chile tem a maior quantidade de serviços nesta região, um total de 277 (30%) (PASTRANA, 2012).

Considerando o contexto da assistência em que os estudos foram realizados, observou-se a presença dos seguintes contextos: ambulatorial, domiciliar, educação, hospice e hospitalar. Dos 20 estudos, 14 foram realizados em apenas um contexto, 2 foram realizados em 2 contextos, outros 2 foram realizados em 3 contextos; 2 estudos não especificaram o contexto de realização. Sendo assim, somando-se a quantidade de cenários em que estes estudos foram realizados, o resultado corresponde a 24 cenários. A tabela a seguir (TABELA 1) apresenta a distribuição dos cenários de acordo com o contexto da assistência.

**TABELA 1** – Distribuição das publicações segundo o contexto assistencial.

<b>CONTEXTO</b>	<b>Nº (%)</b>
<b>Ambulatorial</b>	1 (4,16%)
<b>Domiciliar</b>	9 (37,5%)
<b>Educação</b>	2 (8,33%)
<b>Hospice</b>	4(16,66%)
<b>Hospitalar</b>	8 (33,33%)
<b>TOTAL</b>	24 (100%)

Como explicitado na tabela acima, o contexto domiciliar foi o que mais se repetiu nos estudos analisados, dado que vai de encontro ao que a literatura apresenta a respeito da assistência domiciliar, uma modalidade em franca expansão no âmbito dos sistemas de saúde. Trata-se de uma assistência que visa à adequação e a diminuição da necessidade por atendimento hospitalar e de seus custos, porém sem comprometer a qualidade do atendimento (SAKURADA; TAQUEMORI, 2008). Este deve ser prestado por uma equipe bem treinada, capaz de monitorar as necessidades do paciente e da família em relação às possíveis alterações nas prescrições, novas orientações ou demandas de assistência (MACIEL, 2009).

Os benefícios da assistência domiciliar para o paciente e família são diversos, destacando-se a promoção do autocuidado, maior autonomia em relação às atividades diárias, a retomada do vínculo entre o paciente e a família, e a retomada da rotina domiciliar (SAKURADA; TAQUEMORI, 2008). Estes benefícios fazem referência a princípios da assistência paliativa, de aprimorar a qualidade de vida e influenciar de maneira positiva no



curso da doença, oferecer suporte para que o paciente tenha uma vida ativa dentro de suas possibilidades, e também de assistir a família em suas necessidades (MATSUMOTO, 2009).

Os demais contextos apareceram com menor frequência nos artigos, porém, como apresentado na introdução deste trabalho, sabe-se que a prática dos cuidados paliativos exige diferentes níveis de atenção, e que é necessária a integração destes níveis para que o tratamento dos pacientes possa ser contínuo (CHIBA, 2008; MACIEL *et al.*, 2006).

Com o intuito de responder à questão norteadora deste estudo, sobre o papel do profissional enfermeiro na assistência em cuidados paliativos, foi realizada a distribuição dos artigos em categorias de acordo com a assistência identificada nas publicações. Optou-se por utilizar como referência as categorias apresentadas para as competências gerais do profissional enfermeiro descritas no documento intitulado Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

Estas competências gerais são divididas em seis categorias, sendo elas:

- a) **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo;
- b) **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;
- c) **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- d) **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- e) **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

**f) Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde deve m aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (BRASIL, 2001, p. 1-2).

O quadro abaixo (QUADRO 2) apresenta a distribuição dos artigos nas categorias de acordo com a assistência identificada nos artigos.

**QUADRO 2** – Distribuição dos artigos segundo a categoria de assistência.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>ARTIGOS</b>
<b>Atenção à saúde</b>	BRINKKEMPER <i>et al.</i> (2011); BURT <i>et al.</i> (2008); CHAN <i>et al.</i> (2009); DRURY e INMA (2010); GOTT <i>et al.</i> (2012); HASSON <i>et al.</i> (2008); INGHELBRECHT <i>et al.</i> (2009); IRANMANESH, DARGAHI e ABBASZADEH (2008); MCKECHNIE, MACLEOD e JAYE (2011); RUDER (2008); SELMAN <i>et al.</i> (2007); SWART <i>et al.</i> (2010).
<b>Tomada de decisões</b>	BLOOMER <i>et al.</i> (2010); BRZOSTEK <i>et al.</i> (2008); CHAN <i>et al.</i> (2009); INGHELBRECHT <i>et al.</i> (2009); IRANMANESH, DARGAHI e ABBASZADEH (2008); MURRAY <i>et al.</i> (2009); STAJDUHAR <i>et al.</i> (2011); SWART <i>et al.</i> (2010); THOMPSON <i>et al.</i> (2008).
<b>Comunicação</b>	BLOOMER <i>et al.</i> (2010); MCKECHNIE, MACLEOD e JAYE (2011); SELMAN <i>et al.</i> (2007).
<b>Liderança</b>	-
<b>Administração e gerenciamento</b>	-
<b>Educação permanente</b>	ASTIN, JOSÉ CLOSS e HUGHES (2008); JACOBS <i>et al.</i> (2009).

Ao observar o quadro acima nota-se que a categoria prevalente nos artigos foi a de atenção à saúde. Entende-se que esta categoria, no contexto dos cuidados paliativos, tem relação com a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Para os pacientes cuja doença não tem perspectiva de cura, o foco da atenção passa a ser a busca por qualidade de vida no momento de finitude. Isto será possível através da associação de ações como promover o conforto, alívio e controle dos sintomas, oferecer assistência espiritual, psicossocial e suporte no processo de enlutamento, proporcionando qualidade de vida tanto para o paciente como para seus familiares nos momentos finais (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Os artigos de Brinkkemper *et al.* (2011) e Swart *et al.* (2010), realizados em Netherlands, abordam as experiências e atitudes dos enfermeiros em sedação paliativa, uma intervenção importante na prática dos cuidados paliativos, visando o alívio dos sintomas refratários no fim da vida, como dor, delírio e dispnéia. Brinkkemper *et al.* (2011) ressaltam que a maior parte dos estudos internacionais sobre a prática da sedação paliativa são focados na atuação dos médicos, entretanto pouco é conhecido sobre as experiências e atitudes dos enfermeiros.

No estudo de Brinkkemper *et al.* (2011) foi avaliada a prática da sedação paliativa no ambiente domiciliar na perspectiva de enfermeiros, após a introdução da diretriz de sedação paliativa da *Dutch Royal Medical Society*. A opinião da maior parte dos enfermeiros é de que a sedação paliativa é feita adequadamente na maioria dos casos com respeito à indicação da sedação paliativa. Entretanto, a pesquisa identificou falhas na política de medicamentos, comunicação, controle médico sobre o início e continuidade do monitoramento da sedação paliativa.

Considerando a importância do enfermeiro no controle dos sinais e sintomas que impõem sofrimento aos pacientes, estes estudos a respeito das experiências e atitudes destes profissionais frente à sedação paliativa são muito relevantes, visto que consistem em evidências de que de fato os enfermeiros atuam de maneira significativa no contexto da sedação e que há o interesse por parte de estudiosos da área de melhorar a compreensão, registrar e compartilhar as experiências destes profissionais.

Os artigos de Inghelbrecht *et al.* (2009) e Iranmanesh, Dargahi e Abbaszadeh (2008), ambos classificados nas categorias de atenção à saúde e tomada de decisões, abordam a temática de atitudes frente a cuidados no fim da vida.

Inghelbrecht *et al.* (2009) faz uma investigação com enfermeiros de Flanders, Bélgica, a respeito de decisões no fim da vida que podem acelerar a morte dos pacientes, e o papel desses enfermeiros diante dessas situações. Os resultados mostraram que a maior parte dos enfermeiros entrevistados concordava com a prática de suspensão de tratamentos com potencial para prolongar a vida, com decisões para aliviar os sintomas com efeitos possíveis de encurtar o tempo de vida, e com a prática da eutanásia. Outro resultado que chama atenção é a compreensão por parte dos enfermeiros de que eles devem estar envolvidos em todo o processo de decisão no fim da vida (INGHELBRECHT *et al.*, 2009).

Os temas apresentados neste artigo abrem espaço para a abordagem de questões éticas que permeiam os cuidados no fim da vida, entre elas a prática da eutanásia. A eutanásia é conhecida atualmente como uma morte oferecida a alguém que se encontra em sofrimento,

com uma doença sem perspectiva de cura; traz impressa em seu conceito duas características: a primeira diz respeito a um ato externo que resulte no fim da vida e a segunda implica que este ato tem como objetivo o bem da pessoa que está em sofrimento (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Aqui, vale lembrar que a eutanásia é uma prática legalizada na Bélgica desde setembro de 2002 (FLORIANI; SCHRAMM, 2008), o que explica a boa aceitação da prática por parte dos profissionais. Porém, em outros países, esta prática não é legalizada; no Brasil, por exemplo, os enfermeiros são proibidos de promover a eutanásia ou outras práticas cujo fim seja antecipar a morte do paciente são proibidas, como consta no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Artigo 29 (COFEN, 2007).

Segundo Brzostek *et al.* (2008), que explora em seu estudo a percepção dos enfermeiros sobre cuidado paliativo e eutanásia, elucida que estes temas têm sido objetos de debates éticos e políticos na Polônia, entretanto os enfermeiros não tem muito espaço para expor suas opiniões. Esta afirmação é preocupante, visto que os enfermeiros que assistem pessoas no fim da vida frequentemente se deparam com conflitos éticos nesta temática.

O estudo de Iranmanesh, Dargahi e Abbaszadeh (2008), realizado no Irã, examinou a atitude dos enfermeiros frente aos cuidados no fim da vida. De acordo com este autor, enfermeiros que atuam em cuidados paliativos batalham para propiciar um ambiente onde os pacientes no fim da vida possam experimentar uma morte em paz. Sendo assim, as atitudes destes profissionais frente à morte e cuidados no fim da vida devem ser coerentes com este objetivo.

Os resultados do estudo demonstraram que os enfermeiros estavam suscetíveis a oferecer cuidado e suporte emocional para os pacientes no fim da vida e seus familiares, porém não estavam suscetíveis a conversar e educá-los sobre a morte. Também ficou claro que a visão dos enfermeiros sobre a morte afeta sua tomada de decisão frente ao cuidado no fim da vida (IRANMANESH; DARGAHI; ABBASZADEH, 2008).

Sobre a dificuldade de abordar o tema morte com os pacientes e seus familiares, cabe ressaltar que a morte deve ser encarada como um processo natural, onde suas significações possam ser discutidas entre o profissional, o paciente e a família, tornando assim este processo menos doloroso (SILVA; SUDIGURKY, 2008).

A literatura aponta que, ao educar para o cuidar em processo de morte, o caminho da reflexão do existir humano, do pensar e do aceitar a finitude parecem viáveis, uma vez que ao compreender a própria morte e o próprio existir é possível projetar possibilidades de educar a cuidar no processo de morte. Enfoca-se que todo profissional de saúde

que lida com indivíduos em iminência de morte deve refletir sobre sua pretensa onipotência e sua equivocada obrigação de curar sempre, pois, mesmo sem possibilidade terapêutica de cura, temos muito a fazer para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos (PINHO; BARBOSA, 2010).

Outro artigo que aborda os cuidados no fim da vida é o de Selman *et al.* (2007), realizado em Londres; seu estudo foi classificado nas categorias de atenção à saúde e comunicação. Entre os objetivos do estudo destacam-se gerar dados sobre as preferências dos pacientes e cuidadores sobre as modalidades de tratamentos futuros, e investigar a comunicação entre a equipe, pacientes e familiares sobre as questões de fim de vida. Os resultados evidenciaram que os pacientes e suas famílias tinham muitas preferências de cuidados no fim da vida, porém nenhum deles havia discutido estas preferências com os profissionais. Da mesma forma que nenhum deles tinha ciência sobre suas alternativas de futuras modalidades terapêuticas, como a abordagem paliativa.

Os resultados deste artigo reforçam a necessidade de estabelecer uma excelente comunicação entre os profissionais, pacientes e familiares, a fim de que eles possam ter consciência de todo o processo que estão atravessando (MACIEL, 2009). Além disso, é através das ações comunicativas que o paciente irá desenvolver confiança na equipe, o que é um dos principais alicerces na estruturação da assistência paliativa (SILVA, 2008).

Bloomer *et al.* (2010) também apresenta questões referentes a comunicação em seu artigo, e faz menção a outros estudos que têm destacado a importância desta ferramenta com a família dos pacientes em discussões no fim da vida e demonstrado que o diálogo regular com a família é essencial para a satisfação da mesma.

Diante destas informações, infere-se que o enfermeiro, por ser o membro da equipe multidisciplinar que mais despende tempo com o paciente em fim de vida (PIMENTA, 2010), desempenha papel importante no estabelecimento da comunicação adequada com o paciente e sua família.

Ainda sobre os cuidados no fim da vida, Ruder (2008) traz em seu trabalho a descrição de intervenções úteis da equipe de cuidado domiciliar para com os familiares cuidadores, personagens que também se encontram no centro dos cuidados no fim de vida. A autora diz que os membros da equipe tem um papel significativo na educação e no suporte destes familiares, de reconhecer dificuldades, estabelecer comunicação eficaz, auxiliar na tomada de decisões, educar sobre os cuidados domiciliares, reconhecer e assistir nas necessidades físicas e emocionais, e reconhecer a angústia e o luto. Tais intervenções ajudam a aliviar os encargos vividos pelos cuidadores e ajudam a tornar a experiência mais gratificante.

Outra temática que surgiu dentro das categorias de domínio de atenção à saúde e tomada de decisões foi a atitude dos enfermeiros frente ao luto. Chan *et al.* (2009) realizou um estudo em Hong Kong e Shandong, com o intuito de investigar a atitude dos enfermeiros diante do cuidado no luto perinatal e identificar os fatores associados com essas atitudes. Os resultados demonstraram uma resposta positiva dos enfermeiros diante das situações de luto, porém, apenas uma pequena parcela da amostra investigada tinha formação relacionada com o luto, e a maior parte apontou a necessidade de educação nesta área, assim como de mais experiência.

O luto tem uma importância ímpar na filosofia dos cuidados paliativos, constituindo objeto de sua ação. Trata-se de um momento extremamente doloroso, no qual a família tomará consciência da perda, do rompimento da relação afetiva, portanto é necessário confortar e oferecer suporte através do apoio da equipe multidisciplinar. Os enfermeiros frequentemente são chamados a assistir famílias neste processo, portanto precisam ser treinados com conhecimento relevante e desenvolver habilidades para prover o cuidado adequado e apropriado neste contexto (CHAN *et al.*, 2009; SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Observou-se em alguns artigos que existe uma demanda de educação por parte dos enfermeiros que atuam em cuidados paliativos. Um dos artigos no qual é possível identificar esta necessidade de maneira clara é o de Astin, José Closs e Hughes (2008), que em sua investigação com enfermeiros que atuam em cuidados paliativos na Inglaterra, identificou diversas necessidades educacionais e de desenvolvimento, tais como: aprimorar conhecimentos e habilidades (inclusive a de ensinar e ensinar habilidades), desenvolver liderança e habilidades de gestão, participar de atividades educacionais, entre outras.

## 5. CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa que trata do papel do enfermeiro na assistência paliativa nos diversos contextos em que ela pode ser prestada apresenta através da análise dos artigos que compõem a amostra, que estes foram publicados entre os anos de 2007 e 2012, sendo frutos de estudos realizados na Europa, Oceania, América do Norte e Ásia, contemplando em sua maioria países que já possuem serviços de cuidados paliativos bem estruturados. Ao longo dos anos observou-se um aumento na quantidade de publicações, dado que permite concordar com a afirmação de Boemer (2009), de que apesar das dificuldades na implantação dos cuidados paliativos, atualmente há uma quantidade relevante de estudos sendo realizados nesta temática.

Sobre os contextos em que a assistência paliativa foi prestada, evidenciou-se o domiciliar, ambulatorial, hospice, hospitalar, além do educacional. Os artigos também foram classificados em categorias onde se verifica que a assistência permeia a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação e educação permanente.

Analisando o conteúdo dos artigos foi possível concluir que a assistência paliativa prestada pelos enfermeiros é bastante coerente com os princípios estabelecidos para os cuidados paliativos, e também com o que já é descrito na literatura sobre o papel destes profissionais no âmbito dos cuidados paliativos.

Os estudos caracterizaram a atuação dos enfermeiros nos seguintes aspectos: controle dos sintomas; cuidados no fim da vida; tomada de decisões no fim da vida; estabelecimento de comunicação adequada entre paciente, família e equipe; atenção aos familiares cuidadores; assistência no luto. Percebe-se a aproximação de cada um destes aspectos com os princípios dos cuidados paliativos, de promover o alívio da dor e demais sintomas, aprimorar a qualidade de vida, integrar aspectos psicológicos e espirituais, focar nas necessidades da família, acompanhar no luto e influenciar de maneira positiva no curso da doença (MATSUMOTO, 2009).

Também é possível comparar os achados com a literatura sobre a atuação da enfermagem em cuidados paliativos, que diz que o enfermeiro deve atuar no controle dos sintomas, acompanhar o paciente e a família em todas as situações enfrentadas, cooperar com a família, ser um elo entre o paciente, a família e os demais membros da equipe, entre outros papéis (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011, pág. 281).

Na amostra desta revisão encontrou-se uma lacuna no que diz respeito à atuação do enfermeiro nos aspectos da liderança, administração e gerenciamento, mas deve-se considerar que este estudo foi realizado com uma amostra pequena, e que provavelmente amostras de maior dimensão contemplariam artigos que abordam estes aspectos. A ausência de estudos realizados na América Latina e África, também sugere a realização de outros estudos que possam investigar a atuação dos enfermeiros nestas regiões.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDINGTON-HALL, J.M.; O'CALLAGHAN, A.C. A comparison of the quality of care provided to cancer patients in the UK in the last three months of life in in-patient hospices compared with hospitals, from the perspective of bereaved relatives: results from a survey using the VOICES questionnaire. **Palliative Medicine**, Cambridge, v. 23, n. 3, 2009. p. 190-197. Disponível em: <<http://pmj.sagepub.com/content/23/3/190.full.pdf+html>>. Acesso em: 11 maio 2013.

ASTIN, F.; JOSÉ CLOSS, S.; HUGHES, N. Macmillan nurses' education and development needs: a documentary analysis. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 17, n. 14, 2008. p. 1949-1951. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02198.x/pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.

BARBOSA, S. M. M., *et al.* Período Neonatal. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 142.

BLOOMER, M. J., *et al.* End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. **Australian Critical Care**, North Strathfield, v. 23, n. 1, 2010. p. 13-19. Disponível em: <[http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(09\)00133-7/abstract](http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(09)00133-7/abstract)>. Acesso em: 11 maio 2013.

BOEMER, M. R. Sobre cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Resolução CNE/CES N° 3, de 2001**. p. 1-2. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, p. 44 – seção 1 n° 208, 28/10/11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.319, de 23 de julho de 2002**. Regulamenta o cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Diário Oficial da União, 24/07/2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, seção 1:80-1, 09/12/05.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 3.150, de 12 de dezembro de 2006**. Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. Diário Oficial da União, seção 1E, p. 131, 3/10/2006.

BRINKKEMPER, T., *et al.* Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 67, n. 8, 2011. p. 1719-1728. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05614.x/pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.

BRZOSTEK, T. Perception of palliative care and euthanasia among recently graduated and experienced nurses. **Nursing ethics**, v. 15, n. 6, 2008. p. 761-776. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com/content/15/6/761.full.pdf+html>>. Acesso em: 11 maio 2013.

BURT, J., *et al.* Nursing the dying within a generalist caseload: A focus group study of district nurses. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 45, n. 10, 2008. p. 1470–1478. Disponível em: <[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(08\)00023-0/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(08)00023-0/pdf)>. Acesso em: 11 maio 2013.

CHAN, M. F., *et al.* Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal bereavement care: a study in Shandong and Hong Kong. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 18, n. 16, 2009. p. 2344-2354. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02689.x/pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.

CHIBA, T. Ambulatório. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 115-119.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311/2007**, de 2007. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323&sectionID=37>>. Acesso em: 11 maio 2013.

DRURY, V. B.; INMA, C. Exploring patient experiences of cancer services in regional Australia. **Cancer Nursing**, New York, v. 33, n. 1, 2010. p. 25-31. Disponível em:

<<http://journals.lww.com/cancernursingonline/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=01000&article=00014&type=abstract>>. Acesso em: 11 maio 2013.

FIRMINO, F. Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 216-217.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13 (Sup 2), 2008. p. 2123-2132. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jan. 2013.

FLORIANI, C. A. Cuidados paliativos no Brasil: desafios para sua inserção no sistema de saúde. In: SANTOS, Franklin Santana (Ed.). **Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 101-105.

GOTT, M., *et al.* 'That's part of everybody's job': the perspectives of health care staff in England and New Zealand on the meaning and remit of palliative care. **Palliative Medicine**, Cambridge, v. 26, n. 2, 2012. p. 232-241. Disponível em: <<http://pmj.sagepub.com/content/26/3/232.full.pdf+html>>. Acesso em: 11 maio 2013.

HASSON, F., *et al.* The palliative care link nurse role in nursing homes: barriers and facilitators. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 64, n. 3, 2008, p. 233-242. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04803.x/pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.

INGHELBRECHT, E., *et al.* Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. **Palliative Medicine**, Cambridge, v. 23, n. 7, 2009, p. 649-658. Disponível em: <<http://pmj.sagepub.com/content/23/7/649.full.pdf+html>>. Acesso em: 11 maio 2013.

IRANMANESH, S; DARGAHI, H; ABBASZADEH, A. Attitudes of iranian nurses toward caring for dying patients. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 6, n. 4, 2008, p. 363-369. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=2658908>>. Acesso em: 11 maio 2013.

JACOBS, H. H., *et al.* Appraisal of the Pediatric End-of-Life Nursing Education Consortium Training Program. **International Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 24, n. 3, 2009, p. 216-221. Disponível em: <[http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(08\)00161-9/pdf](http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(08)00161-9/pdf)>. Acesso em: 11 maio 2013.

LYNCH, T.; CLARK, D.; CONNOR, S. R. Mapping levels of palliative care development: a global update 2011. **Worldwide Palliative Care Alliance**, Lancaster, 2011. Disponível em: <<http://www.thewpca.org/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=89788>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

MACIEL, M. G. S., *et al.* Critérios de inclusão. In: MACIEL, Maria Goretti Sales, *et al.* **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. p. 12-14.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 16–32.

MACIEL, M. G. S. Organização de serviços de Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 72–85.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 14-19.

MCKECHNIE, R; MACLEOD, R; JAYE, C. The Use of Nurses in Community Palliative Care. **Home Healthcare Nurse**, Washington, v. 29, n. 7, 2011, p. 408-415. Disponível em: <<http://journals.lww.com/homehealthcareonline/pages/articleviewer.aspx?year=2011&issue=07000&article=00005&type=abstract>>. Acesso em: 11 maio 2013.

MENDES, K. D. S. M.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, 2008, p. 758-764. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2013.

MURRAY, M. A., *et al.* Nurses' perceptions of factors influencing patient decision support for place of care at the end of life. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Weston, v. 26, n. 4, 2009, p. 254-263. Disponível em: <<http://ajh.sagepub.com/content/26/4/254.full.pdf+html>>. Acesso em: 11 maio 2013.

PASTRANA, T., *et al.* Atlas de cuidados paliativos em Latinoamérica. **IAHPC**, Houston, 2012. Disponível em: <<http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20de%20Latinoamerica.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

PIMENTA, C. A. M. Cuidados Paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paulista de Enfermagem**, Salvador, v. 23, n. 3, 2010. p. 7-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 jun. 2013.

PINHO, L. M. O.; BARBOSA, M. A. A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 44, n.1, 2010. p. 101-112. Acesso em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 jun. 2013.

POLASTRINI, R. T. V.; YAMASHITA, C. C.; KURASHIMA, A. Y. Enfermagem e o Cuidado Paliativo. In: SANTOS, F. S. (Ed.). **Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 277-283.

RODRIGUES, L. F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 57-62.

RUDER, S. The challenges of family member caregiving: how the home health and hospice clinician can help at the end of life. **Home Healthcare Nurse**, Washington, v. 26, n. 2, 2008. p. 131-136. Disponível em: <http://journals.lww.com/homehealthcareonline/pages/articleviewer.aspx?year=2008&issue=02000&article=00013&type=abstract>. Acesso em: 11 maio 2013.

SANTOS, F. S. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: SANTOS, F. S. (Ed.). **Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 3-15.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, jul. 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/indexarquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2012.

SELMAN, L., *et al.* Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure: “Let’s hope it’ll get better, when I know in my heart of hearts it won’t”. **Heart**, Londres, v. 93, n. 8, 2007. p. 963-967. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1994396/pdf/963.pdf>. Acesso em: 11 maio 2013.

SILVA, E. P. S.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 3, 2008. p. 504-508.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0103-21002008000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-21002008000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 5 jun. 2013.

SILVA, M. J. P. Falando da comunicação. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 34-42.

SILVA, M. J. P.; ARAUJO, M. T.; FIRMINO, F. Enfermagem. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 61-63.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8 (1 Pt 1), 2010, p. 102-106. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2013.

STAJDUHAR, K. I., *et al.* Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 67, n. 2, 2011, p. 276-286. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05491.x/pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.

SWART, S. J., *et al.* Physicians' and nurses' experiences with continuous palliative sedation in the Netherlands. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 170, n. 14, 2010. p. 1271-1274. Disponível em: <[http://archinte.jamanetwork.com/data/Journals/InteMed/5775/ilt0726\\_1271\\_1274.pdf](http://archinte.jamanetwork.com/data/Journals/InteMed/5775/ilt0726_1271_1274.pdf)>. Acesso em: 11 maio 2013.

TAQUEMORI, L. Y.; SERA, C. T. N. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 55-57.

THOMPSON, C., *et al.* Do heart failure specialist nurses think differently when faced with 'hard' or 'easy' decisions: a judgement analysis. **Journal of Clinical Nurse**, Oxford, v. 17, n. 16, 2008, p. 2174-2184. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02303.x/pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Definition of palliative care [online]. Geneva: [2002]. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>. Acesso em: 4 dez. 2012.