

A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nursing and palliative care in primary health care

La enfermería y los cuidados paliativos en la atención primaria a la salud

Larissa Milani¹, Marcelle Miranda da Silva²

Como citar este artigo:

Milani L, Silva MM. A enfermagem e os cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Rev Fund Care Online. 2021 jan/dez; 13:434-442. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7485>

RESUMO

Objetivo: identificar as produções que abordem implicações à prática da enfermagem nos Cuidados Paliativos (CP) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados CINAHL, LILACS, MEDLINE e SCIELO, no período de julho a agosto de 2017. **Resultados:** emergiram quatro categorias: O papel do enfermeiro nos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde; A equipe multidisciplinar e suas inferências à enfermagem; Conflitos éticos da enfermagem na prestação de cuidados paliativos na atenção primária; Instrumentos úteis à avaliação da enfermagem. **Conclusão:** as barreiras e os desafios à implementação dos CP na APS perpassam as esferas governamentais e atingem a prática da enfermagem, seja pelas dificuldades nas relações com a equipe interdisciplinar, pelos conflitos éticos ou pelo *déficit* de conhecimento sobre a temática. Os instrumentos podem auxiliar na execução e avaliação dos CP.

Descritores: Cuidados paliativos; Enfermagem; Atenção primária à saúde; Revisão.

¹ Graduanda em Enfermagem Obstétrica da UFRJ.

² Graduanda em Enfermagem Obstétrica da UFRJ.

ABSTRACT

Objective: the purpose of this review of the literature is to address the implications of Palliative Care (PC) for the practice of Primary Care Nursing. **Methods:** this integrative literature review was performed by searching the databases of CINAHL, LILACS, MEDLINE and SCIELO for publications from July to August 2017. **Results:** four categories emerged: "primary care nurses' role in Palliative Care"; "impact of the multidisciplinary team on nursing practice"; "ethical conflicts experienced by primary care nursing professionals when delivering Palliative Care"; and "Useful tools for nursing evaluation". **Conclusion:** the obstacles and challenges faced by primary care professionals when delivering PC occur not only during the implementation of governmental measures but also during the nursing professionals' training. Difficulties in relation to interdisciplinary teams, ethical conflicts and lack of knowledge about the patient were pointed out. The instruments can help in implementing and assessing PC.

Descriptors: Palliative care; Nursing; Primary health care; Review.

RESUMEN

Objetivo: identificar las producciones que aborden implicaciones a la práctica de la enfermería en los Cuidados Paliativos (CP) en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud (APS). **Métodos:** se trata de una revisión integrativa realizada en las bases de datos CINAHL, LILACS, MEDLINE y SCIELO, en el período de julio hasta agosto de 2017. **Resultados:** emergieron cuatro categorías: el papel del enfermero en los cuidados paliativos en la atención primaria a la salud; El equipo multidisciplinario y sus inferencias a la enfermería; Conflictos éticos de la enfermería en la prestación de cuidados paliativos en la atención primaria; Instrumentos útiles para la evaluación de la enfermería. **Conclusión:** las barreras y los desafíos a la implementación de los CP en la APS atraviesan las esferas gubernamentales y alcanzan la práctica de la enfermería, sea por las dificultades en las relaciones con el equipo interdisciplinario, por los conflictos éticos o por el déficit de conocimiento sobre la temática. Los instrumentos pueden auxiliar la ejecución y evaluación de los CP.

Descriptorios: Cuidados paliativos; Enfermería; Atención primaria a la salud; Revisión.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica é uma realidade mundial e acontece de forma acelerada no país. Estima-se que em 2020, pela primeira vez, a população idosa mundial será maior que a de crianças até cinco anos e, em 2050, atingirá os 2 bilhões de indivíduos,¹ sendo 66,5 milhões somente no Brasil.²

Este envelhecimento populacional, somado aos avanços tecnológicos e científicos, culminam na maior prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e, consequentemente, no aumento da demanda de Cuidados Paliativos (CP). Estipula-se que 40 milhões de pessoas no planeta necessitem destes cuidados, sendo que apenas 10% os recebem.³

Cuidados Paliativos configuram uma abordagem que promove a qualidade de vida de pessoas e seus familiares que enfrentam juntos os problemas associados com doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial, emocional e espiritual.⁴

Para obter maior eficácia e cobertura da população que demanda este tipo de atendimento, os CP devem ser integra-

dos ao sistema de saúde do país em todos os níveis de atenção à saúde, assim como pode ser observado, por exemplo, na Política de Atenção Oncológica. Entretanto, existem muitas dificuldades na implementação dos CP nos serviços de saúde,⁵ e muitas pessoas com perfil ao tratamento paliativo recebem, por vezes, uma assistência hospitalar, insuficiente, equivocada, bio-tecnocrata-curativa, mesmo com a possibilidade de receber um cuidado harmônico, adaptado e próximo à sua realidade sociocultural, ambiental e econômica no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

A modalidade de Atenção Domiciliar em CP, prevista no Art. 9º da Portaria nº 825,⁶ é indispensável à implementação equitativa e ampla destes cuidados, particularmente em países como o Brasil em que há limitações de recursos na área da saúde e possibilidades restritas de cuidado institucional. Destina-se às pessoas com patologia em estágio avançado, em progressão e que precisem de monitoramento contínuo de sintomas, com um plano de cuidados preliminar estabelecido. Proporciona a permanência do indivíduo em ambiente conhecido, preserva a intimidade, possibilita a realização de algumas tarefas laborais, perdura hábitos e atividades de lazer, flexibiliza os horários, fortalece sua autonomia, integridade e dignidade. Geralmente, os familiares ficam mais satisfeitos por terem participação ativa no cuidado e por estarem respeitando a vontade do ente, podendo prevenir o luto patológico.⁷

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que reorganizou a atenção primária no país visando romper com a hegemonia do modelo positivista biológico,⁸ tem princípios e diretrizes que anuem aos CP e demonstram seu potencial para os cumprir: capilaridade, universalidade, acessibilidade, vínculo, longitudinalidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.⁹

Neste contexto, a enfermagem emerge como profissão protagonista e sua atuação na perspectiva dos CP é primordial, pois está na linha de frente da atenção à saúde e tem maior contiguidade do ambiente domiciliar.

Em assim sendo, objetivou-se identificar as produções que abordem implicações à prática da enfermagem nos CP no âmbito da APS.

MÉTODOS

Revisão Integrativa realizada no período de julho a agosto de 2017. Este método sintetiza resultados de pesquisas já realizadas e expõe, principalmente, as conclusões do *corpus* da literatura sobre um fenômeno determinado, e acontece em seis etapas, a saber: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.¹⁰

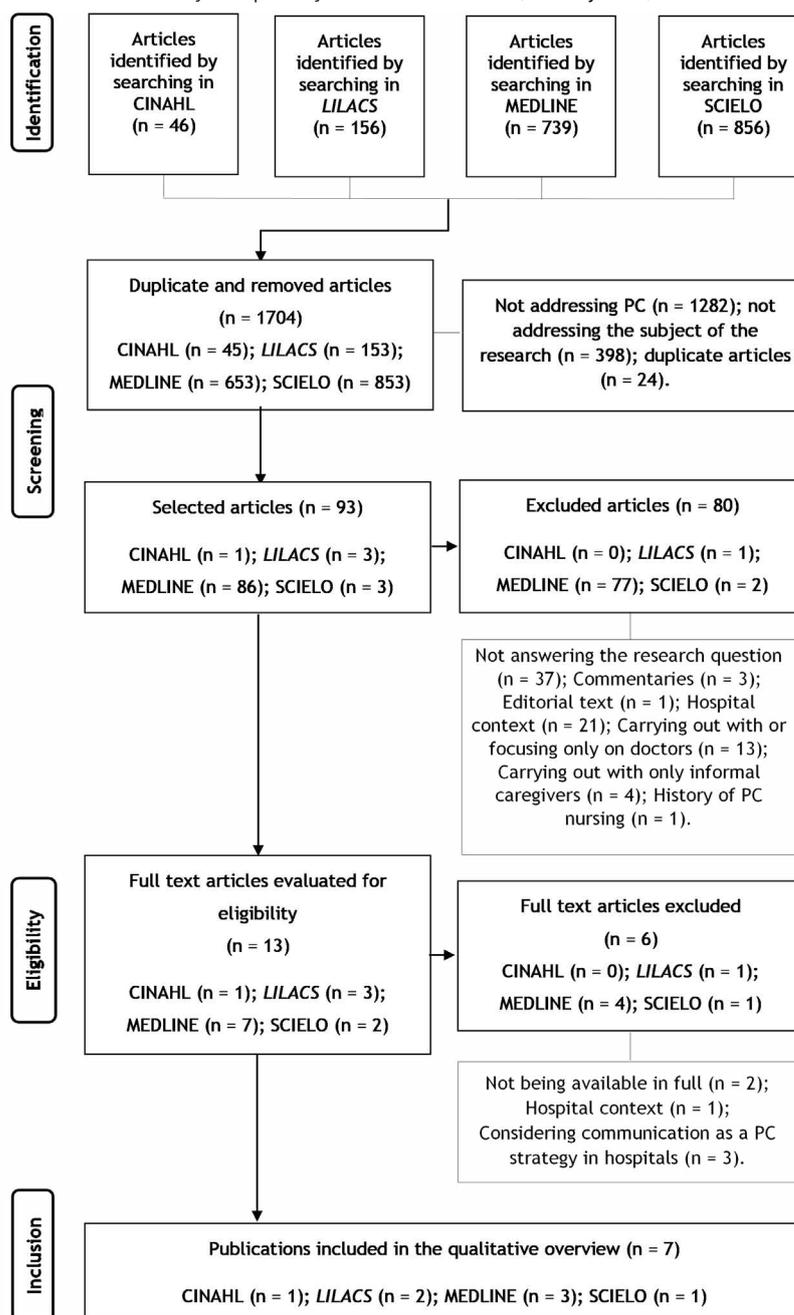
Em consonância com o método, definiu-se o tema a ser investigado: “a prática da enfermagem nos Cuidados Paliativos no âmbito da Atenção Primária à Saúde”, e a pergunta de pesquisa: “O que há na literatura científica sobre a prática da enfermagem nos Cuidados Paliativos no âmbito da Atenção Primária à Saúde?”. Para tanto, além da obtenção dos termos Decs/Mesh, valeu-se a estratégia PICO (Population, Interest, Context).

Quadro I – Estratégia PICO do estudo, Rio de Janeiro, 2017.

Estratégia	Descrição	Decs/Mesh
P	Cliente em Cuidados Paliativos	Cuidados paliativos/ palliative care
I	Enfermagem	Enfermagem/nursing
Co	Atenção Primária à Saúde	Atenção primária à saúde/ primary health care

Elaborado pelas autoras.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA: Método de escolha e seleção de publicações nas Bases de Dados, Rio de Janeiro, 2017.



Elaborado pelas autoras.

Por meio de acesso remoto ao portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), realizou-se a busca nas bases de dados digitais *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), *Literatura Latino-*

-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), considerando o conhecimento científico disponível sobre a temática.

Os termos Decs/Mesh foram associados ao trio e aos pares com o operador booleano and de forma a se obter todas as combinações possíveis e um rastreamento amplo. Os critérios de inclusão adotados foram ser artigos, estarem nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra e que respondessem à pergunta de pesquisa. E os critérios de exclusão foram ser comentário, editorial, dissertação ou tese. Não foi aplicado recorte temporal.

Assim, no processo de busca, 1797 publicações foram obtidas, às quais se empregou a recomendação PRISMA e sete artigos foram selecionados ao final. O PRISMA consiste em um *checklist* com 27 itens e um fluxograma de quatro etapas.¹¹ Para organização, análise e síntese dos artigos incluídos na revisão foi elaborado um quadro descritivo. Aplicou-se aos artigos incluídos na meta-síntese a análise de conteúdo de Bardin, composta de três grandes etapas: 1) a pré-análise;

2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados e interpretação.¹²

RESULTADOS

Os artigos incluídos na meta-síntese foram caracterizados segundo referência, objetivos e conclusão, distribuindo-os em quadros de acordo com a origem nas bases consultadas.

As pesquisas foram divulgadas nos periódicos Acta Paulista de Enfermagem, Annual of Palliative Medicine, BMC Palliative Care, British Journal of General Practice, Ciência & Saúde Coletiva, International Journal of Older People Nursing, Journal of Palliative Care, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista de Bioética, Revista Mineira de Enfermagem, Texto & Contexto Enfermagem, entre os anos de 2006 a 2017, e têm delineamento qualitativo e descritivo.

Quadro 2 – Caracterização do artigo selecionado oriundo do CINAHL, Rio de Janeiro, 2017.

Referência	Objetivos	Conclusão
Hey A, Hermann AP, Mercês NNA, Lacerda MR. Participação da enfermeira nos cuidados paliativos domiciliares. Rev Min Enferm. 2017; 21:1-7. ¹³	Descrever os CP domiciliares realizados pela enfermeira; identificar as inter-relações existentes entre enfermeira, família e paciente; e caracterizar os momentos significativos da participação da enfermeira neste contexto.	A presença do enfermeiro nessa modalidade de cuidado é fundamental, podendo contribuir para a estruturação desse cuidado no sistema de saúde do Brasil.

Quadro 3 – Caracterização dos artigos selecionados oriundos da LILACS, Rio de Janeiro, 2017.

Referência	Objetivos	Conclusão
Saito DYT, Zoboli ELCP. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: <i>scoping review</i> . Rev bioét, 2015; 23 (3): 593-607. ¹⁴	Identificar, na visão dos profissionais de saúde, os problemas éticos decorrentes da prática dos cuidados paliativos na atenção primária.	Na abrangência, os problemas encontrados se diferenciaram dos vividos na APS em situações específicas. Para incorporar os CP na APS, são necessárias normatizações e formação específicas, além da cultura do cuidado compartilhado e corresponsável.
Souza HL, Zoboli ELCP, Paz CRP, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. Rev bioét, 2015; 23 (2): 349-59. ¹⁵	Identificar casos de usuários, a fim de inventariar os problemas éticos que a equipe vivencia.	Os resultados indicam que a formação de recursos humanos com competência técnica e a continuidade da assistência na transição ao CP são fatores propícios à integralidade e obtenção de respostas mais adequadas aos desafios éticos vivenciados pela equipe.

Quadro 4 – Caracterização dos artigos selecionados oriundos do MEDLINE, Rio de Janeiro, 2017.

Referência	Objetivos	Conclusão
Ewing G <i>et al.</i> Palliative care in primary care: a study to determine whether patients and professionals agree on symptoms. British Journal of General Practice. January 2006;27-34. ¹⁶	Investigar o acordo sobre as avaliações de sintomas entre pacientes em casa e médicos de clínica geral e enfermeiros do distrito.	A ferramenta de avaliação usada (CAMPAS-R) é rápida e fácil de completar, tem potencial para monitorar a qualidade de controle de sintomas de CP em casa.
Marcucci FCI <i>et al.</i> Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. BMC Palliative Care. 2016; 15:51. ¹⁷	Identificar quantos pacientes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) precisam de CP; descrever as condições de saúde e o <i>status</i> sociodemográfico destes; descrever o suporte profissional e social recebido por eles na ESF.	Há pacientes com necessidades de CP na ESF e o suporte básico de cuidados é fornecido, mas falta atenção a algumas necessidades específicas. Políticas de CP e treinamento profissional devem ser implementadas para melhorar esta área.

(Continua)

(Continuação)

Referência	Objetivos	Conclusão
Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y. Reliability and concurrent validity of the palliative outcome scale, the rotterdam symptom checklist, and the brief pain inventory. <i>Journal of Palliative Care</i> . 2013; 16(8):867-74. ¹⁸	Investigar a confiabilidade e a validade concorrente da Escala de Resultados Paliativos (POS), Lista de Verificação de Sintomas de Rotterdam (RSCL) e do Inventário de Dor Bruta (BPI).	BPI, POS e RSCL mostraram confiabilidade adequada e validade concomitante moderada entre eles.

Quadro 5 – Caracterização do artigo selecionado oriundo da SCIELO, Rio de Janeiro, 2017.

Referência	Objetivos	Conclusão
Sousa JM, Alves ED. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. <i>Acta Paul Enferm</i> . 2015; 28(3):264-9. ¹⁹	Identificar competências do enfermeiro para o CP na atenção domiciliar.	O elenco de competências apresentou confiabilidade interna e fornece afirmações assertivas sobre a atuação do enfermeiro em CP na atenção domiciliar.

DISCUSSÃO

Com base nos resultados dos artigos selecionados, evidenciaram-se quatro categorias, conforme exposto a seguir.

O papel do enfermeiro nos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde

O enfermeiro emerge como um grande articulador da assistência primária no Brasil, graças à autonomia e às atividades atribuídas pela PNAB a ele. No contexto dos CP na APS não poderia ser diferente, inúmeras ações são de sua competência, algumas delas são destacadas pelos artigos estudados.

Reconhecer o contexto de vida no qual o indivíduo está inserido e as necessidades dele e da família¹³ para planejar a assistência é uma das principais atividades. Duas atribuições do enfermeiro, citadas nas referências, podem ser empregadas como estratégias para a execução: a sistematização da assistência de enfermagem¹⁹ e a visita domiciliar¹³.

A sistematização da assistência de enfermagem é uma ferramenta legal indispensável ao cuidado de qualidade e que possibilita ao enfermeiro cuidar de forma integral e individualizada. Em seu planejamento operacional, orienta os enfermeiros nas ações que incluem a análise do histórico do cliente com olhar integral, a realização do exame físico, diagnóstico e planejamento das condutas.²⁰ A primeira etapa do processo de enfermagem oportuniza a obtenção propositada, sistemática e contínua de informações sobre a pessoa e a família²¹, além de relatos sobre sua realidade.

A aplicação do processo de enfermagem contribui ainda ao manejo de sintomas, pois seu controle é imprescindível aos CP na APS, e representa um fator importante que pode demandar ou não a internação hospitalar.²² Um gerenciamento mais efetivo dos sintomas inclui avaliação integral e utilização de práticas integrativas e complementares de saúde. Para que isso ocorra, é evidente que o contato entre profissionais e clientes precisa ser feito. Entretanto, a regularidade nas visitas domiciliares foi identificada como um entrave à

manutenção da pessoa em domicílio e efetivo controle de sintomas. Estudo identificou que pessoas em CP não foram contatadas por profissionais de APS nos últimos quatro meses de vida.¹⁶

A visita domiciliar talvez seja o destaque de todo esse universo de CP na APS. Ela permite não só este contato, como também reconhecer e presenciar o contexto vivido pela pessoa e sua família. Ela é uma das principais ações que permite uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença, conhecer a infraestrutura (habitação, higiene, saneamento, entre outros) existente no local e estabelecer vínculos.²³

Atualmente, o vínculo responsável e positivo é empregado para organizar o relacionamento entre equipes de saúde e sua população usuária. Ele viabiliza laços interpessoais fortes, corresponsabilidade, compartilhamento e humanização do cuidado, sentimento de renovação e reenergização na prática do profissional. Além disso, é um recurso terapêutico que propicia a aproximação entre os envolvidos, por meio de momentos de conversa, escuta e troca de conhecimento, promove o *continuum* do cuidado e o alcance de objetivos.²⁴

Outra atividade do enfermeiro evidenciada é o apoio e a educação dos familiares e cuidadores. Compõem este apoio: responder holisticamente ao sofrimento humano gerado por experienciar a fragilidade diante do processo de morte no domicílio; estabelecer apoio emocional à família e aos cuidadores para lidar com o sofrimento durante os CP e na situação de luto, oportunizando o acesso deles à equipe multiprofissional após a morte do cliente.^{13,16, 17, 19} Além de concordarem com a própria definição de CP, estas ações cumprem os princípios que regem a atuação dos profissionais: ofertar “um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto” e “focar as necessidades dos pacientes e seus familiares incluindo o acompanhamento no luto”²⁵ e minimizam a (sobre)carga enfrentada pelos envolvidos no CP domiciliar.¹⁵

Citam-se como intervenções de educação aos familiares e cuidadores: ensinar como cuidar, abrangendo medidas de segurança, prevenção de quedas, cuidados corpóreos, uso de medicamentos, curativos, cuidados com cateteres, exercícios ativos-passivos e postura; avaliar e manejar os sinais e sintomas comuns, atentando-se à capacidade de compreensão e ação destes.^{13,16,17,19} As ações educacionais e comportamentais realizadas com os cuidadores estão associadas a resultados positivos no controle da ansiedade, competência de atendimento, preparação para agir e sentimento de recompensa.¹⁷ Ressalta-se que frequentemente os cuidadores são os próprios familiares e que sua guarda é primordial para indivíduos em CP domiciliar. Portanto, para concretizar estes cuidados na APS, deve-se apoiar e educar os familiares e cuidadores - alcançando muitas vezes os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde - para a prestação de cuidados e avaliação da saúde.

A equipe multidisciplinar e suas inferências à enfermagem

A implementação dos CP na APS é complexa, não exigindo apenas a execução de técnicas, mas também um cuidado global, humanizado e partilhado com a equipe multidisciplinar que auxilie nas ações e no compartilhamento de constatações, saberes e fazeres.^{13,19}

A abordagem multiprofissional é prevista pelos princípios dos CP e busca desenvolver o papel de educar em saúde e prestar o cuidado de maneira integral, propiciando melhoria na qualidade de vida do sujeito e dos familiares.^{13,25}

A enfermagem compõe a equipe básica da APS^{8,19} e é uma das categorias que mais se desgasta emocionalmente, pois está em interação constante com os indivíduos e familiares, acompanhando de perto o sofrimento, a dor, a doença e a morte.²⁶

Além do apoio dos profissionais da equipe básica, as ações de enfermagem podem receber o matriciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contam com psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e outros, entretanto, ainda se observa falta de suporte multidisciplinar às pessoas em CP.¹⁷

A falta de colaboração entre os profissionais é apresentada como um problema. Conflitos, ambiguidades e sobreposições de papéis dos profissionais, comunicação inadequada e problemas relativos à liderança são desafios constantes.¹⁴

Para enfermeiros, a qualidade dos relacionamentos e a percepção que cada profissional tem sobre o desempenho dos demais são fatores que influenciam o trabalho em equipe e o direcionamento dos indivíduos pela rede a outro serviço. A comunicação é falha entre médicos e enfermeiros e entre a equipe com a rede de atenção à saúde.¹⁴

A comunicação é uma habilidade que permeia categorias em saúde e relações, seja entre os profissionais e as pessoas cuidadas, seja entre os membros da equipe multidisciplinar. A equipe de saúde tem a comunicação como elo de seu processo de trabalho, porém, vivências e a literatura evidenciam-na como ineficaz. Diversidade na formação,

diferenças hierárquicas, poder e conflitos contribuem ao enredo e, conseqüentemente, repercutem na segurança do cuidado prestado.²⁷ A educação permanente em saúde é uma estratégia de caráter resolutivo e participativo que pode ser desenvolvida com a equipe na APS, podendo ser executada por meio de metodologias ativas, como as simulações realísticas, e resultar em uma comunicação mais eficaz e eficiente.

A liderança exercida pelos médicos é evidenciada em grupos focais, onde os enfermeiros não opinavam e os grupos se faziam representar, formal ou informalmente, por um médico.¹⁴ O conhecimento técnico e científico é destacado na literatura como a competência mais importante diante de outras competências vinculadas às práticas relacionais, bem como, o despreparo de enfermeiros ao desempenharem papel de coordenação, tendo a sobrecarga, a sobreposição de tarefas e a falta de capacitação como fatores que dificultam essa prática.²⁸ Portanto, mostra-se a necessidade de discutir a formação dos enfermeiros e de seu preparo que pode estar para além de uma liderança ampliada, transitando também pelo conteúdo técnico-científico.

Conflitos éticos da enfermagem na prática dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde

A literatura mostra que conflitos éticos são vivenciados constantemente pela enfermagem durante o atendimento a pessoas e famílias contempladas pelos CP na APS.

Carências na formação dos profissionais, nos recursos para realizar visitas domiciliares, na organização e no acesso aos CP na APS são citadas como problemas que acarretam falta de apoio formal, sobrecarga aos cuidadores e às famílias que, por sua vez, despertam nos profissionais o sentimento de que “precisam dar resposta à saúde da família em seu conjunto, e também de cada um de seus integrantes”^{15:354} e sobrecarga de trabalho.

A equipe de enfermagem, além de prestar os CP, tem de atender à demanda espontânea e acompanhar o estado de saúde de toda a população adscrita. A proximidade característica do nível primário intensifica o vínculo e intrinca a manutenção da imparcialidade na relação com os cuidadores, familiares e clientes em CP, causando sofrimento¹⁴ e favorecendo a sobrecarga de trabalho. Para o desenvolvimento de uma rede de apoio, objetivando melhorar e promover a saúde de todos os seus integrantes, é preciso identificar quem são estes, manter escuta ativa e comunicação terapêutica. Além de conhecer a natureza das intervenções para, então, compreender os possíveis mecanismos de trabalho.^{14,15}

O déficit de conhecimento dos profissionais sobre CP contribui ao surgimento de problemas éticos associados a estes cuidados, como a espiritualidade¹⁵ e a comunicação de más notícias, esta última, gera posturas paternalista e protetora que interferem na autonomia do sujeito.¹⁴ A falta de habilidades comunicacionais é percebida pelos profissionais como um fator que causa sofrimento intenso, pois confronta os sentimentos do indivíduo e da família

com os seus próprios. Comumente, utiliza-se linguagem técnica e complexa ou ainda, não se consegue uma comunicação mais direta com as pessoas adoecidas pelo desejo da família de poupá-las. A justa medida entre não anular a esperança nem fortalecer falsas expectativas é uma busca constante dos profissionais.²⁹ Os clientes e seus familiares preferem uma comunicação que inclua empatia, honestidade e equilibrada com sensibilidade e esperança. Para tanto, o desenvolvimento de programas e treinamentos em comunicação apresentam eficácia e melhoram o desempenho dos profissionais que participam.³⁰

Capacitar a equipe, incluindo aspectos éticos inerentes, e implementar programas que integrem e articulem os CP no sistema de saúde contribuirá à humanização, integralidade da assistência, a respostas mais adequadas aos problemas éticos vivenciados e menor sobrecarga.¹⁴ Cita-se ainda a necessidade de revisão do número de famílias adscritas e reorganização do processo de trabalho e dos serviços de APS.¹⁵

Instrumentos úteis à avaliação da enfermagem

Os instrumentos incorporam cientificidade, confiabilidade e padronização à coleta de dados e/ou avaliação dos resultados, contribuem, portanto, à construção científica da enfermagem e qualidade da assistência.

Estudo realizado com clientes diagnosticados com câncer e em CP assistidos na APS revelou que as enfermeiras costumam superestimar sintomas de pessoas em CP¹⁶, por isso é de suma importância que utilizem ferramentas padronizadas na avaliação de sinais e sintomas de pessoas em CP.¹⁹

Em um estudo nacional¹⁷, a Palliative Care Screening Tool (PCST) mostrou-se útil à identificação de pessoas passíveis de CP na APS; ela permite uma abordagem objetiva ao rastreio, facilidade e rapidez ao uso, inclusão de condições não-malignas e não se limita à avaliação do estado funcional, ou seja, pode ser útil e sensível para detecção de indivíduos com boa funcionalidade, mas que apresentem condições limitantes à vida³⁴. Todavia, não é recomendado seu uso isolado e a exclusão da avaliação profissional.^{33,35}

Karnofsky Performance Scale (KPS), que permite a classificação funcional das pessoas³⁷, e Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), uma escala visual numérica, com graduação de zero a dez, para avaliar nove sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, falta de apetite, falta de ar, bem-estar)³⁸, também foram empregadas no nível primário brasileiro.¹⁷

Para avaliação dos sintomas, os artigos estudados citam ainda, o Brief Pain Inventory (BPI) short form¹⁸ que avalia rapidamente a gravidade da dor e seu impacto no funcionamento do indivíduo³¹; a The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)¹⁸ que é um meio de auto-relato para avaliar a qualidade de vida de sujeitos com câncer e possui quatro domínios: distúrbios de sintomas físicos, sofrimento psicológico, nível de atividade e qualidade de vida global³², sendo necessário

um ajuste no que tange à quimioterapia, já que é inútil para sujeitos sem tratamento ativo¹⁸; Cambridge Palliative Assessment Schedule (CAMPAS-R) foi validada ao uso domiciliar³³ e permite avaliar os oito sintomas reportados com maior frequência (dor, náuseas, constipação, fadiga, falta de ar, ansiedade e depressão do paciente) de acordo com sua classificação na Escala Visual Analógica (EVA).¹⁶

Palliative Care Outcome Scale (POS) é citada para a avaliação dos cuidados.^{17,18} É uma escala para análise multidimensional da qualidade de vida de pessoas com DCNT em CP, de aplicabilidade fácil, que engloba aspectos bio-psicossociais, espirituais e práticas e apresenta as respostas em escala Likert de cinco pontos (com exceção de uma pergunta aberta)³⁹, porém necessita de uma adaptação sucinta, uma vez que o item 9 (tempo desperdiçado em espera de testes no hospital) não se aplica ao cenário da APS.¹⁸

Os instrumentos podem ser empregados em conjunto a fim de completarem as informações. Há evidências de que RSCL pode ser intercambiável aos sintomas na POS, bem como, a intensidade da dor no BPI, aos itens dor e físico no RSCL.¹⁸

CONCLUSÃO

Para que os CP tenham maior eficácia, efetividade e eficiência, faz-se necessário sua implementação definitiva na Rede de Atenção à Saúde, sobretudo na APS. Este nível de atenção possui características ímpares que contribuem e facilitam a execução da filosofia paliativa.

Os resultados apontaram o enfermeiro da APS como um agente fundamental e protagonista na implementação dos CP domiciliares; que a equipe multiprofissional proporciona um cuidado integral, porém conflitos entre os membros podem prejudicar a prática; a equipe de enfermagem enfrenta problemas éticos ao desenvolver os CP na APS, entretanto, a falta de conhecimento sobre estes cuidados agrava o cenário; e o emprego de instrumentos para avaliação do estado de saúde do indivíduo alvo dos CP é indispensável à confiabilidade dos dados e qualidade da assistência.

Perceberam-se inúmeros desafios aos CP na APS, que perpassam as esferas governamentais e chegam à formação dos profissionais de enfermagem. Contudo, torna-se fundamental a capacitação em CP da equipe de enfermagem, a reorganização do processo de trabalho e dos serviços da APS, de tal forma que a implementação factual dos CP seja facilitada e possibilitada.

Verificou-se ainda que pesquisas voltadas à prática da equipe de enfermagem ao que tange os CP na APS, sobretudo as atividades executadas pelos técnicos e agentes comunitários de saúde, incluindo a aplicação de instrumentos após treinamento e sob supervisão do enfermeiro, são insuficientes e merecem esforços para o preenchimento destas lacunas do conhecimento, aplicando métodos que possam ir além da descrição das realidades empíricas.

REFERÊNCIAS

1. Nações Unidas no Brasil. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050: OMS diz que envelhecer bem deve ser prioridade global [Internet] [atualizado em 2014 Nov 11; cited 2017 Aug 19]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2016 [cited 19 Aug 2017]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.
3. Nações Unidas no Brasil. Só 10% das pessoas que precisam de cuidados paliativos recebem assistência, mostra OMS [Internet] [atualizado 2014 Jan 29; cited 2017 Aug 19]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/so-10-das-pessoas-que-precisam-de-cuidados-paliativos-recebem-assistencia-mostra-oms/>.
4. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. 2014 Jan. [cited 2017 Aug 19]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/GlobalAtlas_of_Palliative_Care.pdf.
5. Silva MM, Büscher A, Moreira MC. Palliative cancer care in Brazil: perspective of nursing and physicians. *Cancer Nursing*. 2016 [cited 2017 Aug 19]; 40(4):289-96.
6. BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [cited 2017 Aug 19]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.
7. Agência Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos ANCP [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 19]; ampliado e atualizado; 2ª edição; p21-30. Disponível em: www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília. 2000 [cited 2017 Aug 19]; 44 p.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2012 [cited 2017 Aug 19]; 110p.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem [Internet]. *Texto Contexto Enferm; Florianópolis*. 2008 Out-Dez [cited 2017 Aug 19]; 17(4): 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Tradução de Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA [Internet]. *Epidemiol Serv Saúde; Brasília*. Abr-Jun 2015 [cited 2017 Aug 19]; 24(2): 355-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>.
12. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo [Internet]. *Texto Contexto Enferm; Florianópolis*. 2006 Out-Dez [cited 2017 Aug 19]; 15(4): 679-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>.
13. Hey A, Hermann AP, Mercês NNA, Lacerda MR. Participação da enfermeira nos cuidados paliativos domiciliares [Internet]. *Rev Min Enferm*. 2017 [cited 2017 Oct 3]; 21:1-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1136>.
14. Saito DYT, Zoboli ELCP. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: *scoping review* [Internet]. *Rev bioét*. 2015 [cited 2017 Oct 3]; 23 (3): 593-607. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1105/1337.
15. Souza HL, Zoboli ELCP, Paz CRP, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas [Internet]. *Rev bioét*. 2015 [cited 2017 Oct 3]; 23 (2): 349-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0349.pdf>.
16. Ewing G *et al*. Palliative care in primary care: a study to determine whether patients and professionals agree on symptoms [Internet]. *British Journal of General Practice*. Jan 2006 [cited 2017 Oct 3]; 27-34. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1821417/pdf/bjgp56-27.pdf>.
17. Marcucci FCI *et al*. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care [Internet]. *BMC Palliative Care*. 2016 [cited 2017 Oct 3]; 15:1-10. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4888621/pdf/12904_2016_Article_125.pdf.
18. Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y. Reliability and concurrent validity of the palliative outcome scale, the rotterdam symptom checklist, and the brief pain inventory [Internet]. *Journal of Palliative Care*. 2013 [cited 2017 Oct 3]; 16(8):867-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717199/>.
19. Sousa JM, Alves ED. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar [Internet]. *Acta Paul Enferm*. 2015 [cited 2017 Oct 3]; 28(3):264-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0264.pdf>.
20. Zanardo GM, Zarnado GM, Kaefer CT. Sistematização da Assistência de Enfermagem [Internet]. *Rev Contexto & Saúde*. Jan/Jun 2011 [cited 2017 Oct 13]; v.10, n.20, p. 1371-4. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1811/1517>.
21. Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet] [cited 2017 Oct 3]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
22. Grande GE, Addington-Hall JM, Todd CJ. Place of death and access to home care services: are certain patient groups at a disadvantage? [Internet]. *Soc Sci Med*. 1998 [cited 2017 Oct 3]; 47: 565-79. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027953698001154?via%3Dihub>.
23. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família [Internet]. *Rev Eletr Enf*. 2014 Jan/Mar [cited 2017 Oct 13]; 16(1):161-9. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>.
24. Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família [Internet]. *Rev Enferm UFSM*. 2016 Jul/Set [cited 2017 Oct 13];6(3): 350-9. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313/pdf>.
25. World Health Organization. Definition of Palliative Care [Internet], 2002 [cited 2017 Oct 13]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
26. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde [Internet]. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013 [cited 2017 Oct 20]; 18(9):2577-88. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028227012>.
27. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente [Internet]. *Cogitare Enferm*. 2015 Jul/Set [cited 2017 Nov 09]; 20(3): 636-40. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1241/40016-162735-1-pb.pdf>.
28. Spagnuolo RS, Juliani CMM, Spiri WC, Bocchi SCM, Martins STF. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional [Internet]. *Cienc Cuid Saude*. 2012 Abr/Jun [cited 2017 Nov 09]; 11(2):226-34. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Régina_Spagnuolo/publication/273974759_O_enfermeiro_e_a_estrategia_saude_da_familia_desafios_em_coordenar_a_equipe_multiprofissional/links/553e2e4b0cf20184050d8bb3.pdf.
29. Silva LPS, Santos I, Castro SZM. Comunicação de notícias difíceis no contexto do cuidado em oncologia: revisão integrativa de literatura [Internet]. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro. 2016 [cited 2017 Nov 09]; 24(3):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.19940>.
30. Baer L, Weinstein E. Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations [Internet]. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Jun 2013 [cited 2017 Nov 09]; 17(3):45-51. Disponível em: <http://cjon.ons.org/cjon/17/3/improving-oncology-nurses-communication-skills-for-difficult-conversations>.
31. MD Anderson Cancer Center (University of Texas). The Brief Pain Inventory [Internet] [cited 2017 Nov 11]. Disponível em: <http://mdanderson.org/research/departments-lab-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html>.
32. Haes JCM *et al*. Measuring the quality of life of cancer patients with the Rotterdam Symptom Checklist (RSCl): a manual [Internet]. University of Groningen, 2012 [cited 2017 Nov 11];2. Disponível em: https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/handleiding_rscledruk.pdf.

33. Ewing G, Todd C, Rogers M, Barclay S, McCabe J, Martin A. Validation of a Symptom Measure Suitable for use among palliative care patients in the community: CAMPAS-R [Internet]. *Journal of Pain and Symptom Management*. April 2004 [cited 2017 Nov 11]; Vol. 27 No. 4, p.287-99. Disponível em: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(03\)00535-9/fulltext](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(03)00535-9/fulltext).
34. Center to Advance Palliative Care. CAPC: Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care — Policies, Procedures and Assessment Tools. 2007 [cited 2017 nov 11]. Disponível em: <http://www.palliativedrugs.com/download/JCAHO-crosswalk.pdf>.
35. Van Mechelen W, Aertgeerts B, De Ceulaer K, Thoosen B, Vermandere M, Warmenhoven F, et al. Defining the palliative care patient: A systematic review. *Palliat Med*. 2013 [cited 2017 Nov 11];27(3):197-208. Disponível em: <http://pmj.sagepub.com/content/27/3/197.abstract>.
36. Lucchetti G, Badan Neto AM, Ramos SAC. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência [Internet]. *Geriatr Gerontol*. 2009 [cited 2017 Nov 11];3(3):104-8. Disponível em: www.ggaging.com/export-pdf/299/v3n3a02.pdf.
37. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reability, validity, and guidelines [Internet]. *Journal of Clinical Oncology*, 1984 [cited 2017 Nov 11]; vol. 2, no. 3, p. 187-93. Disponível em: <http://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/JCO.1984.2.3.187>.
38. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos [Internet]. *Rev Gaúcha Enferm; Porto Alegre*. Jun 2013 [cited 2017 Nov 11]; 34(2):163-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000200021&script=sci_abstract&tlng=pt.
39. Rugno FC, De Carlo MMRP. A Palliative Outcome Scale (POS) aplicada à prática clínica e pesquisa: uma revisão integrativa [Internet]. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016 [cited 2017 Nov 11]; 24:1-11; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0993.2764>.

Recebido em: 01/04/2018

Revisões requeridas: 04/07/2018

Aprovado em: 20/08/2018

Publicado em: 05/01/2021

Autor responsável pela correspondência:

Larissa Milani

Endereço: Rua Rodrigues Barbosa, 158,
Vila Regente Feijó, São Paulo, Brazil.

CEP: 03.334-040

E-mail: larissamilan94@gmail.com

Número de telefone: +55 (11) 94295-2502