

Conforto nos momentos finais da vida: a percepção da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos

Comfort in the last moments of life: the multidisciplinary team's perception on palliative care

Confort en los momentos finales de la vida: la percepción del equipo multidisciplinaria en cuidados paliativos

Antonio Ribeiro da Silva Junior^I; Thereza Maria Magalhães Moreira^{II}; Raquel Sampaio Florêncio^{III};
Lorena Campos de Souza^{IV}; Amanda Caboclo Flor^V; Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa^{VI}

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção dos profissionais da equipe multidisciplinar acerca da assistência em cuidados paliativos. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido em outubro de 2017, em hospital especializado em doenças cardiopulmonares situado em uma capital do nordeste brasileiro. O projeto do estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. A amostra contou com 15 participantes da equipe multidisciplinar. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada e submetidos à análise temática. **Resultados:** da análise, emergiram duas categorias: conhecimento da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos e a percepção da prática dos cuidados paliativos. Os profissionais possuem um conhecimento ainda incipiente sobre cuidados paliativos e suas prerrogativas, além da necessidade de um comprometimento efetivo para a qualidade desse cuidado. **Conclusão:** apesar de os profissionais reconhecerem a necessidade de oferecer conforto nos momentos finais da vida, o conhecimento acerca do cuidado paliativo é limitado e, por isso, eles vivenciam dilemas ao lidar com equipes, pacientes e familiares.

Descritores: Cuidados paliativos; equipe de assistência ao paciente; equipe multidisciplinar; conforto do paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of professionals of the multidisciplinary team about assistance in palliative care. **Method:** descriptive, qualitative study, developed in October 2017 in a hospital unit specialized in cardiopulmonary diseases located in a capital of Northeastern Brazil. The sample included 15 participants from the multidisciplinary team. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to thematic analysis. **Results:** from the analysis, two categories emerged: knowledge of the multidisciplinary team on palliative care and the perception of palliative care practice. The professionals have a still incipient knowledge about what palliative care is and its prerogatives, in addition to the need for an effective commitment to the quality of this care. **Conclusion:** Although professionals recognize the need to offer comfort in the final moments of life, knowledge about palliative care is limited and, therefore, professionals perceive dilemmas when dealing with staff, patient and family.

Descriptors: Palliative care; patient care team; multidisciplinary team; patient comfort.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de los profesionales del equipo multidisciplinario sobre la asistencia en cuidados paliativos. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo, desarrollado en octubre de 2017 en una unidad hospitalaria especializada en enfermedades cardiopulmonares ubicada en una capital del noreste de Brasil. La muestra incluyó a 15 participantes del equipo multidisciplinario. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y sometidos a análisis temático. **Resultados:** del análisis surgieron dos categorías: conocimiento del equipo multidisciplinario sobre cuidados paliativos y la percepción de la práctica de cuidados paliativos. Los profesionales tienen un conocimiento aún incipiente sobre qué son los cuidados paliativos y sus prerrogativas, además de la necesidad de un compromiso efectivo con la calidad de esta atención. **Conclusión:** aunque los profesionales reconocen la necesidad de ofrecer comodidad en los momentos finales de la vida, el conocimiento sobre los cuidados paliativos es limitado y, por lo tanto, los profesionales perciben dilemas al tratar con el personal, el paciente y la familia.

Descriptores: Cuidados paliativos; equipo de atención al paciente; equipo multidisciplinario; comodidad del paciente.

INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo (CP) é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes fora da possibilidade de tratamento modificador da doença¹. Voltado para medidas de conforto, o CP dá-se por meio da prevenção e alívio do sofrimento e da assistência à família no enfrentamento de dificuldades associadas à doença com risco de morte². Nesse sentido, a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outras adversidades de natureza física, psicossocial e espiritual são essenciais na abordagem paliativista³.

^IEnfermeiro. Especialista. Universidade Estadual do Ceará. Brasil. E-mail: jr.dcard@hotmail.com.

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Brasil. E-mail: thereza.moreira@uece.br.

^{III}Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Brasil. Email: raquelsampy@hotmail.com.

^{IV}Enfermeira. Mestre em Transplante de Órgãos. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Fortaleza, Brasil. Email: lorena2306@hotmail.com.

^VEnfermeira. Universidade Estadual do Ceará. Brasil. E-mail: amandacf2417@outlook.com.

^{VI}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Brasil. E-mail: pessoa_vera@hotmail.com.

Essa perspectiva de cuidado é direcionada com o propósito de aliviar os problemas existentes, levando em conta o emocional e o psicológico, além de promover a autonomia do paciente e o apoio familiar. Logo, o CP engloba em seus princípios a morte como um processo natural, uma estratégia de saúde voltada para a integralidade do ser, a implementação de cuidados para promover o conforto e a ratificação da importância da qualidade de vida⁴.

Tendo em vista que a preparação acadêmica da equipe multidisciplinar é voltada para salvar vidas e prestar um cuidado curativo, a abordagem para finitude permanece pouco explorada. Além da formação muitas vezes incipiente nessa temática, para o profissional da saúde é difícil a percepção de que sua assistência não deu o resultado esperado ou o caminho em direção à cura não pôde ser seguido, o que torna necessária a abordagem paliativa⁵. Dito isso, são desafiadoras reflexão e a discussão da visão paliativista nos ambientes hospitalares.

Diante da importância da assistência prestada pela equipe multiprofissional ao enfermo e seus familiares que enfrentam doença ameaçadora à vida em uma instituição hospitalar e da necessidade de um cuidado voltado para o conforto pautado no arcabouço teórico da abordagem paliativista, questiona-se *Como os profissionais da equipe de saúde percebem a assistência nos cuidados paliativos?* Nesse contexto, objetivou-se com este estudo, analisar a percepção dos profissionais da equipe multidisciplinar acerca da assistência em cuidados paliativos.

A proposta de discussão do objeto deste estudo pode evidenciar potencialidades e fragilidades que estão relacionadas à assistência no CP, as quais podem subsidiar ações institucionais mais específicas para o maior conhecimento sobre esse cuidado e melhores estratégias para sua implementação.

REVISÃO DE LITERATURA

O tema CP tem adquirido significativa relevância na sociedade pós-contemporânea a partir da exigência de reflexão sobre o direito a uma morte digna. Discutir sobre uma vida digna já não se faz suficiente; é preciso se debruçar também para nossa própria terminalidade, assegurando que cada ser humano experiencie essa etapa existencial, cercado por familiares e recebendo um cuidado ético e responsável. No conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde, em 2002, a qualidade de vida posiciona-se como pilar que norteia a assistência prestada⁶; em 2018, a mesma organização, em atualização do conceito, manteve o foco na qualidade de vida, associada à necessidade de uma abordagem em equipe para apoiar os pacientes e seus cuidadores⁷.

A participação efetiva da equipe multidisciplinar ganha espaço em diferentes estágios da implementação dos CP, desde sua indicação, alcançando a conferência familiar e se consolidando com as ações de cuidado e conforto propriamente ditas. Por outro lado, não é de todo atípico que integrantes da equipe de saúde não reconheçam nos CP um espaço especial de cuidado. O agir na esfera paliativa, concomitante com a ação curativa, é tida como conflituosa e desafiadora para muitos profissionais da saúde⁸.

As ações de conforto que deveriam resultar dos CP, necessariamente incluem os familiares, que empreendem um percurso próprio e singular em torno do luto pela perda do seu ente querido. Aos profissionais da equipe de saúde recomenda-se o uso da comunicação honesta e completa, porém sensível à escuta do outro. O enfrentamento da doença por parte do paciente e familiares poderá ser concretizada pelo estabelecimento de uma comunicação de qualidade, que resulte na confiança e participação na tomada de decisões⁹.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em outubro de 2017, em um hospital terciário, especializado em doenças cardiopulmonares, na cidade de Fortaleza-Ceará com profissionais integrantes da equipe multidisciplinar da unidade de pneumologia que oferece tratamento aos pacientes com câncer de pulmão, doença progressiva obstrutiva crônica, dentre outras. Os trabalhadores que atuam na unidade diariamente são constituídos por dois enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, dois médicos, um fisioterapeuta, um nutricionista e um assistente social.

A equipe é composta por 35 profissionais, no entanto, foram considerados para inclusão como participante no estudo: ser profissional da equipe multidisciplinar atuante na assistência direta e em escala diurna. Os critérios de exclusão foram aplicados aos integrantes da equipe que se encontravam de férias no período de coleta de dados, assim como aqueles que realizavam atividades gerenciais ou administrativas.

Para a coleta de dados, solicitou-se autorização da coordenação da unidade acerca da necessidade da ausência do profissional em suas atividades assistências por um período breve. Com a anuência da coordenação e do participante para a coleta, o profissional foi encaminhado para uma sala do setor com o objetivo de manter sua privacidade no momento de exposição de sua percepção sobre o assunto em questão. Os dados foram coletados com a utilização de entrevista semiestruturada, gravada com autorização prévia dos participantes, cujo áudio passou por transcrição de modo integral. A proposta da utilização do roteiro de entrevista é de que fosse estabelecida uma relação dialógica e

empática entre pesquisador e entrevistados, o que favoreceu um ambiente propício para a exposição da percepção particular de cada participante¹⁰.

As entrevistas foram encerradas quando se adquiriu a recorrência dos significados manifestos nos diferentes discursos, o que ocorreu com 15 profissionais entrevistados. O roteiro utilizado buscou dar um direcionamento para se chegar ao objetivo do estudo, sem perder a fluidez de questionamentos que surgiram no decorrer das entrevistas.

Na etapa analítica, a ênfase recaiu sobre a compreensão de significados na fala dos sujeitos, interligada ao contexto em que eles se inserem. Os dados foram transcritos e analisados a partir do conteúdo gravado, mediante a utilização do método de análise temática e de seus critérios de análise: pré análise, exploração do material e interpretação¹⁰. Na fase de Pré Análise, foram feitas as leituras do material transcrito para uma adequada extração dos recortes que apresentaram falas significativas para a reflexão do estudo. Com os recortes feitos, seguiu-se com a fase exploratória, onde eles foram organizados e reorganizados a partir de aspectos indicativos de similitude, em duas categorias analíticas denominadas: conhecimento da equipe multidisciplinar sobre CP; percepção da equipe multidisciplinar relacionada aos cuidados paliativos.

Os dados foram apresentados de forma textual e a sua discussão foi realizada com apoio de especializada sobre CP como seu escopo principal.

A coleta de dados teve início após submissão do projeto do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa competente, mediante liberação de parecer favorável à sua execução em 2017, de nº 2322334. Como forma de garantir o anonimato dos depoentes, os recortes transcritos foram identificados com uma codificação alfanumérica (E: entrevistado; e número de ordem da entrevista). A pesquisa seguiu todos os critérios ético-legais envolvendo seres humanos, segundo a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos depoimentos coletados, emergiram duas categorias: conhecimento da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos e a percepção da prática dos cuidados paliativos.

1ª Categoria: conhecimento da equipe multidisciplinar sobre CP

Os CP são uma modalidade terapêutica que objetiva melhorar a qualidade de vida de pacientes, que enfrentam doenças que ameaçam a vida, bem como de seus familiares, onde o morrer com dignidade reconhece incondicionais valores humanos intrínsecos, como conforto físico, qualidade de vida, autonomia, preparação e conexão interpessoal¹¹. As percepções quanto a esse modelo de assistência variam entre os profissionais, produzindo diversidade de compreensões. Nas falas a seguir, percebe-se que certos profissionais conseguiram elaborar de forma mais apropriada a concepção do CP aproximada ao descrito na literatura, enquanto outros descreveram de forma mais simplificada.

Eis certos depoimentos:

São cuidados que buscam trazer ao paciente com doença terminal e que não tem mais possibilidade de cura, conforto, um clima de humanização e integração com a família. (E6)

Cuidado paliativo é [...] quando o paciente tem uma doença muito avançada, que já foi tentado tudo e que não resolveu. (E7)

Os cuidados paliativos são formas de confortar o paciente em seus momentos finais de vida [...]. (E3)

Tais concepções demonstram conhecimento parcial dos profissionais em CP, expressando uma carência de aprofundamento em relação dessa temática. Esse desconhecimento superficial pode provocar incertezas quanto ao momento de iniciar a prática dessa assistência ou mesmo de aceitá-la.

O depoimento seguinte compara o CP com algo pecaminoso e moralmente inadequado, por parte de quem o reconhece, e, assim, tendo o alívio do sofrimento fica, de alguma forma comprometido.

Eu vejo os cuidados paliativos ainda como uma coisa desconhecida que vem crescendo nos últimos anos, feito de modo ainda muito tímido, como se estivesse cometendo um pecado. (E1)

A preocupação com a efetivação de medidas direcionadas para o controle dos sintomas álgicos predomina nos discursos em relação aos demais aspectos que o paciente possa apresentar.

Estamos aplicando medidas de conforto para que o paciente não venha a sentir dor, para que ele não venha a ficar numa situação pior do que está. Aliviar a dor é muito importante. (E10)

Como citado anteriormente, um ponto importante de conhecimento dos CP, é o alívio da dor física, por ser a necessidade mais manifestada, devido à facilidade de ser relatada ao profissional pelo paciente, por familiares ou mesmo percebida pela equipe, sendo mais acentuada em relação aos demais aspectos que o paciente possa apresentar.

A dor pode estar relacionada a um procedimento invasivo prévio ou mesmo a um sintoma da enfermidade atual e seu alívio está presente nos princípios de CP, por meio de medidas que propicie conforto ao paciente, visto que é essencial promover um atendimento para que ele disponha da melhor qualidade de vida possível para seu estado clínico¹².

Vale ressaltar que a abordagem paliativista deve proporcionar um cuidar humanizado voltado para as necessidades humanas, em todas as suas formas, com o foco no alívio de necessidades biopsicossociais e espirituais, além do respeito em valores, crenças, práticas culturais e religiosas do paciente e de seus familiares¹³.

Busca-se trabalhar o aspecto psicológico do paciente ajustando momentos com os familiares, proporcionando a realização de algum pedido que ele faça, ou até mesmo com a alta hospitalar, sempre que possível, para que ele retorne ao seu espaço de convívio social e passe seus momentos finais no seio de sua família¹¹.

2ª Categoria: percepção da prática dos CP

Em relação à percepção do profissional acerca do assunto, um dos dilemas encontrados no estudo diz respeito à aceitação desta terapia por parte do grupo familiar.

Os entrevistados demonstraram que na prática clínica os familiares precisam também ter um trabalho de comunicação, de esclarecimento em relação ao quadro clínico do paciente e de como a assistência vai se desenvolver com o início do CP.

A gente falava com o paciente mais esquecia de olhar a família, [por vezes] a família fica muito mais doente que o paciente. (E15)

A assistência em cuidado paliativo é a mesma dos pacientes normais, o que muda é a conduta; a gente não vai levar o carro de parada, não vai fazer certos procedimentos que faria em paciente sem palição. (E4)

Quando o CP é colocado como terapia de escolha, a equipe multiprofissional deve convocar os membros da família desse paciente para uma reunião, cujo objetivo é informar o quadro clínico, expor e esclarecer o que é essa terapia e quais condutas serão seguidas. Nesse momento, a comunicação surge como um instrumento fundamental para impulsionar a relação de troca de mensagens, de compreensão e de exposição de sentimentos e propostas entre os profissionais, o paciente e a família¹⁴.

Eu acho que o que tem que ser trabalhado mais são os familiares, porque nem todos aceitam ou ficam de acordo com o prognóstico. (E9)

Logo, ao mudar o foco da assistência de cura para a palição, um desafio percebido pelos profissionais é lidar com queixas familiares, pois nem todos aceitam bem essa nova abordagem, por negarem o processo de morte, que é natural da vida, ou por acharem que ainda existe algo a ser feito para evitar a morte. Em meio a todo esse processo, é relevante que os sentimentos e aflições dos familiares sejam levados em consideração pela equipe¹⁵.

Por muitas vezes, o médico se encarrega de responder aos questionamentos dos pacientes e familiares, uma vez que ele prescreve as medicações e procedimentos em relação ao paciente, assim como espera-se que tenha as respostas para as indagações familiares em relação à doença.

Todo mundo de uma equipe reconhece que o médico toma um pouquinho à frente, não é? Porque o paciente vai perguntar para o médico, não vai perguntar para fisioterapeuta o que é que ele tem, o que é que ele não tem, o que é que deve ser feito. (E15)

Mas isso não significa que os demais profissionais da equipe estejam isentos de suas responsabilidades em relação ao informar ou responder quaisquer dúvidas que façam parte de sua competência.

Uma limitação na literatura sobre a temática está relacionada ao como e quando contar para o paciente, se consciente, que não serão mais realizados procedimentos que visem à cura, ou que essa notícia seja adiada, a fim de se evitar um sofrimento psicológico, como uma forma de protegê-lo, por parte dos familiares¹⁶.

Essa postura da família é chamada em CP de conspiração do silêncio e representa um meio de proteger o enfermo da notícia, em outros o silêncio vem camuflar ou maquiagem uma situação que traz dor, angústias e medos diante do desconhecido ou da realidade inaceitável. Assim, é indispensável que os doentes e familiares falem sobre o problema, favorecendo a elaboração de um processo de trabalho que ajudará a enfatizar a qualidade de vida nos últimos dias da existência.^{17,18}

Nesse momento, o profissional deve colocar em prática condutas de humanização com familiares e paciente, buscando compreender as aflições, pois a morte não é compreendida de forma igual por todos¹⁹. Embora não seja mais possível desenvolver a esperança de cura, pode-se oferecer a esperança de uma morte digna. Sempre há algo mais que pode ser feito para confortar o paciente e sua família, não importa o quanto a situação seja difícil, ela deve ser superada¹⁸.

O paciente que está enfrentando doença que ameaça a vida precisa ter suas necessidades especiais atendidas. Por vezes, os profissionais são levados a promover a distanásia, isto é, a utilizar métodos mais invasivos e de alta tecnologia, que na tentativa de curar se tornarão desnecessários e ineficazes. A grande variedade de equipamentos disponíveis para os profissionais permite intervir em variáveis vitais como alternativa para adiar a morte a qualquer custo¹.

No decorrer das entrevistas, os profissionais relatam o despreparo em lidar com a morte e a dificuldade na implementação da abordagem paliativista dentro da unidade.

Eu acho que nesse aspecto [palição] o profissional também deveria ser trabalhado[...], eu não me acostumo com o óbito. (E10)

O CP se revela adequado quando evita medidas invasivas, sem deixar o paciente de lado, mudando a visão do cuidado, onde o foco é transferido para o conforto e não mais para a cura²⁰. Quanto a comunicação ao paciente e a família sobre deixar de fornecer novas terapias ou a retirada das que estão em uso, o profissional deve fazê-lo enfatizando que se o tratamento de suporte¹⁸.

Tal assistência exige muito dos profissionais, não só do aspecto técnico-científico, mas do lado humano que envolve o saber escutar, o saber acolher e a humanização na tentativa de suprir a demanda e oferecer um aporte que minimize o sofrimento do processo de terminalidade, como o sentimento de impotência, angústia e temor em relação à vida²¹.

Mas de acordo com o depoimento a seguir a humanização não é para todos, sendo colocada em execução por algum e por outras não.

A prática dos CP não é unânime dentre os profissionais da equipe multidisciplinar. Há quem pratique essa assistência, há quem evite sua realização, talvez por não assumir a importância desse cuidado ou mesmo por não estar satisfeito em conduzi-lo (E14).

Vale ressaltar que a proposta da internação é estabilizar o paciente, controlar sintomas e permitir o retorno ao domicílio, visto que um dos objetivos dos CP é que ele desfrute da convivência familiar e que o óbito ocorra de forma natural em casa. Porém, nota-se que nem sempre isso é possível e o óbito ocorre no ambiente hospitalar²².

Seguindo esse objetivo, o Ministério da Saúde brasileiro dispõe de uma política de atenção domiciliar, cuja modalidade é prestar cuidados no âmbito domiciliar do enfermo, garantindo sua continuidade como modo alternativo para a internação, tal modalidade abrange o CP, dentre outros, reduzindo o período de hospitalização²³.

Contudo, muitos óbitos ocorrem no período de internação hospitalar, isso exige que a equipe ofereça de uma assistência integral na tentativa de amenizar tais ocorrências, além de dar suporte para as demandas das famílias que necessitam ser acolhidas.

CONCLUSÃO

Da análise dos depoimentos dos profissionais da equipe multidisciplinar acerca da assistência em CP emergiram duas categorias - conhecimento da equipe multidisciplinar sobre essa temática e a percepção da prática nesse contexto.

Os profissionais reconhecem a necessidade de oferecer conforto nos momentos finais de vida, no entanto, o conhecimento acerca do CP é limitado e, por isso, os profissionais vivenciam dilemas ao lidar com equipe, paciente e família. Saber lidar com paciente acometido por doença que ameaça a vida é complexo e difícil.

É importante que o profissional se identifique com seu trabalho, pois o ser humano necessita ser continuamente cuidado, porém, isso se mostra de maneira especial.

Nesse sentido, foi possível observar que existem profissionais que não adentram os CP e focalizam apenas as obrigações técnicas da profissão, deixando de lado os aspectos subjetivos dessa assistência propõe, como a necessidade do fortalecimento da comunicação, do trabalho em equipe e de um espaço para discutirem a terminalidade. Além disso, percebe-se a dificuldade na implementação de CP devido à inaptidão dos profissionais, desde sua formação, influenciada pelo modelo curativista da saúde.

Entre as limitações do estudo, destacam-se a reduzida amostra e apenas um capo de pesquisa, o que impede a generalização dos achados. Entretanto, os resultados expressam uma realidade local, servindo de subsídios para realização de novos artigos.

REFERÊNCIAS

1. Brasília (DF). Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Diretriz para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI. SES-DF, 2018. [cited 2019 Feb 14]. Available from: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/6.-Cuidados_Paliativos_em_UTI.pdf

2. Saito DYT, Zoboli ELCP. Palliative care and primary health care: scoping review. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2015 [cited 2018 Sep 14]; 23(3):593-607. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233096>
3. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. [cited 2019 Feb 14]. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
4. Hermes HR, Lamarca ICA. Palliative care: an approach based on the professional health categories. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet] 2013 [cited 2019 Feb 14]; 18(9):2577-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
5. Costa AP, Poles K, Silva AE. Palliative care training: experience of medical and nursing students. *Interface (Botucatu).* 2016 [cited 2020 Feb 14]; 20(59):1041-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>
6. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. 2002 [cited 2029 Feb 14]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
7. World Health Organization (WHO). Palliative care. 2018 [cited 2020 Feb 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
8. Tavares AGS, Nunes JSS. Cuidados paliativos e melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos. *Rev. Enferm. Contemp.* 2015 [cited 2019 Feb 14]; 4(1):39-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.465>
9. Nunes MGS, Rodrigues BMRD. Palliative care from the family's perspective. *Rev. enferm. UERJ*, 2012 [cited 2019 Feb 14]; 20(3): 338-343. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerrj/article/view/3312>
10. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis, (RJ): Vozes; 2010.
11. Braga FC, Queiroz E. Palliative care: the challenge of health teams. *Psicol. USP.* 2013 [cited 2019 Feb 14]; 24(3):413-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000300004>
12. Silva RS, Pereira A, Mussi FC. Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 14]; 19(1):40-6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/273899415_Comfort_for_a_good_death_perspective_nursing_staff's_of_intensive_care
13. Fernandes MA, Evangelista CB, Platel ICS, Agra G, Lopes MS, Rodrigues FA. The perception by nurses of the significance of palliative care in patients with terminal cancer. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet] 2013 [cited 2020 Feb 14]; 18(9):2589-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900013>
14. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Palliative care: communication as a strategy of care for the terminal patient. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet] 2013 [cited 2019 Feb 14]; 18(9):2523-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>
15. Silva CF, Souza DM, Pedreira LC, Santos MR, Faustino TN. Perceptions of the multi-professional team on the implementation of palliative care in intensive care units. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet] 2013 [cited 2019 Feb 14]; 18(9):2597-604. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900014>
16. Vasconcelos MF, Costa SFG, Batista PSS, Lopes, MEL. Palliative care for HIV/AIDS patients: bioethical principles adopted by nurses. *Rev. enferm. UERJ.* 2016 [cited 2019 Feb 14]; 24(2): e26409. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.26409>
17. Silva, CG, Cota LI, Cyrino LAR, Vieira RO, Arrazão V. Terminal diseases, essential knowledge for the health professional. *Psicol. Argum.* 2013 [cited 2019 Feb 14]; 31(72):137-44. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/6949/9e8a10f319ad3d7e501e42e8943d1298118a.pdf>
18. Coelho CB, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2017 [cited 2019 Feb 14]; 29(2):222-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496757/>
19. Santana JCB, Campos ACV, Barbosa BDG, Baldessari CEF, Paula KF, Rezende MAE, Dutra BS. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Rev. Bioethikos.* [Internet] 2009 [cited 2019 Feb 14]; 3(1):77-86. Available from: <https://saocamillo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/68/77a86.pdf>
20. Silveira MH, Ciampone, MHTG, Ozello BA. Perception of multiprofessional staff of palliative care. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2014 [cited 2019 Feb 14]; 17(1): 7-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002>
21. Schiavon AB, Muniz RM, Azevedo NA, Cardoso DH, Matos MR, Arrieira ICO. Health workers coping with having a relative in palliative care for cancer. *Rev. gaúch. enferm.* 2016 [cited 2019 Feb 14]; 37(1): e55080. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55080>
22. Kappaun NRC. Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde no lidar com o processo de morrer [master thesis]. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
23. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº825, de 2 de abril de 2016. Define a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Feb 14]. Available from: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827