

# Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura

*Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review*

*Cuidados paliativos en la Atención Primaria de Salud: una revisión integradora de la literatura*

**Thayná Champe da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7330-0416

**Elisabeta Albertina Nietzsche<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8006-2038

**Silvana Bastos Cogo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-1686-8459

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria,  
Rio Grande do Sul, Brasil.

## Como citar este artigo:

Silva TC, Nietzsche EA, Cogo BS. Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20201335. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1335>

## Autor Correspondente:

Thayná Champe da Silva

E-mail: [thaynachampe@hotmail.com](mailto:thaynachampe@hotmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

**Submissão:** 23-01-2021

**Aprovação:** 28-05-2021

## RESUMO

**Objetivos:** analisar evidências científicas sobre a implementação e realização dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** revisão integrativa da literatura, segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, realizada nas bases de dados PubMed, SciVerse Scopus e LILACS, em dezembro de 2020, sem recorte temporal. **Resultados:** foram analisados 22 artigos científicos originais, 14 classificados com nível de evidência VI. Objetivou-se compreender as experiências e os papéis de profissionais, pacientes e familiares sobre cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde, artigos voltados para a temática de gestão e organização dos serviços de saúde e sobre a importância de intervenções educativas na temática. **Considerações Finais:** evidências encontradas relacionando cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde apontam para a possibilidade desse cuidado; equipes de saúde atuam de maneira próxima a família e seu domicílio, porém ainda se percebe a necessidade de ampliação deste tema.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Cuidados Paliativos; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Revisão.

## ABSTRACT

**Objectives:** to analyze scientific evidence on the implementation and performance of palliative care in Primary Health Care. **Methods:** an integrative literature review, according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, carried out in the PubMed, SciVerse Scopus and LILACS databases, in December 2020, without a time frame. **Results:** 22 original scientific articles were analyzed, 14 classified as evidence level VI. The objective was to understand the experiences and roles of professionals, patients and families on palliative care in Primary Health Care, articles focused on the theme of management and organization of health services and on the importance of educational interventions on the subject. **Final Considerations:** evidence found relating palliative care in Primary Health Care points to the possibility of this care; health teams work closely with the family and their home, but the need to expand this theme is still perceived.

**Descriptors:** Primary Health Care; Palliative Care; Nursing; Family Health Strategy; Review.

## RESUMEN

**Objetivos:** analizar la evidencia científica sobre la implementación y desempeño de los cuidados paliativos en la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** revisión integradora de la literatura, de acuerdo con el *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, realizada en las bases de datos PubMed, SciVerse Scopus y LILACS, en diciembre de 2020, sin marco temporal. **Resultados:** se analizaron 22 artículos científicos originales, 14 clasificados como nivel de evidencia VI. El objetivo fue conocer las vivencias y roles de los profesionales, pacientes y familiares sobre los cuidados paliativos en Atención Primaria de Salud, artículos centrados en el tema de la gestión y organización de los servicios de salud y en la importancia de las intervenciones educativas sobre el tema. **Consideraciones Finales:** la evidencia encontrada que relaciona los cuidados paliativos en Atención Primaria de Salud apunta a la posibilidad de este cuidado; Los equipos de salud trabajan en estrecha colaboración con la familia y su hogar, pero aún se percibe la necesidad de ampliar este tema. **Descritores:** Atención Primaria de Salud; Cuidados Paliativos; Enfermería; Estrategia de Salud Familiar; Revisión.

## INTRODUÇÃO

A mais recente definição de cuidado paliativo (CP) foi publicada em 2018 e desenvolvida após um amplo projeto envolvendo mais de 400 membros de 88 países da *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC), associação que mantém estreito vínculo e relações oficiais com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(1)</sup>. Atualmente, os CPs são definidos como “cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo do CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores”<sup>(1)</sup>.

Os CPs fazem parte do escopo de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS). Sob esse aspecto, os CPs contemplam de forma clara a avaliação dos sintomas promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente (adultos e criança) e seus familiares, diante de uma doença ou agravo que ameace a continuidade da vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais<sup>(1)</sup>.

Os avanços em saúde, ciência e tecnologia têm contribuído para crescente expectativa de vida das populações, o que tem proporcionado desafios aos sistemas de saúde, os quais passaram a oferecer assistência a um número maior de indivíduos com diversas condições de saúde. Essa situação também excitou a mudança de enfoque dos CPs, os quais, originalmente, estavam direcionados ao câncer e aos cuidados especializados. Atualmente, seu conceito foi ampliado para outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a outros ambientes de cuidados<sup>(2)</sup>.

Um desses ambientes é a APS, considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no dia 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Os CPs devem fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde e será elegível para toda pessoa acometida por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição. A APS, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção<sup>(3)</sup>.

No Brasil, são encontradas, desde a década de 70, discussões e iniciativas isoladas em CP. Ressalta-se, porém, que foi nos anos 90 que os primeiros serviços organizados começaram a surgir. Destaca-se que, na década de 80, a expectativa de vida do brasileiro era de 62,5 anos. Atualmente, a realidade é outra, os números aumentaram, a expectativa de vida subiu para 76 anos, além do número de serviços que disponibilizam CP no país. Esse aumento de expectativa de vida é resultado de investimentos em políticas públicas pelo Estado e, inclusive, implantação e implementação do SUS<sup>(1)</sup>.

Até agosto de 2018, após levantamento realizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), foram identificados 177

serviços de CPs distribuídos nas cinco regiões do Brasil. Desses, 58% (103 serviços) se concentram na Região Sudeste, 20% (36 serviços), na Região Nordeste, 14% (25 serviços), na Região Sul, 5% (oito serviços), na Região Centro-Oeste, enquanto apenas 3% (cinco serviços) estão localizados na Região Norte do país<sup>(3)</sup>.

No cenário brasileiro, a APS é implementada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi proposta no país no ano de 2006 a partir da publicação da Portaria do Gabinete do Ministro (GM)/Ministério da Saúde (MS) nº 648, de 28 de março de 2006. Entretanto, a Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, também descreve o papel da APS na atenção domiciliar em CP, apontada como Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), com o objetivo de atender à população com as seguintes características: pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e os que necessitem de cuidados de menor complexidade, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde. Tal documento também estabelece a organização da assistência especializada através dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e da atuação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)<sup>(4)</sup>.

Portanto, a APS passa a exercer um papel de protagonismo na coordenação dos CPs. A avaliação holística e os CPs devem ser iniciados precocemente, e não apenas nos momentos finais da vida. Acredita-se que a APS exerce um importante papel nestes cenários de atenção, além de colaborar na transição entre os cuidados secundários/terciários e domiciliares<sup>(4)</sup>. Para tanto, ao ser analisado o atual contexto de envelhecimento populacional e o aumento das DCNTs e a importância da APS no Brasil, torna-se relevante a realização de estudos voltados para o debate em torno dessa temática.

A fim de cooperar para o planejamento, elaboração e execução de políticas públicas, bem como para a assistência em CP, esta pesquisa busca sintetizar as publicações sobre CP na APS, destacando os desafios para a implementação destes cuidados neste nível de atenção, a fim de propor reflexão e mudanças na práxis de profissionais e gestores em saúde.

## OBJETIVOS

Analisar evidências científicas sobre a implementação e realização dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, com a utilização do método de revisão integrativa de literatura, segundo o fluxograma do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)<sup>(5)</sup>, incluindo estudos quantitativos primários experimentais ou quase experimentais, de modo a responder à seguinte questão norteadora: quais as evidências científicas disponíveis sobre a implementação dos CPs na APS?

A fim de cumprir o rigor metodológico para atender aos requisitos da revisão integrativa, foram percorridas seis etapas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra), definição das informações a serem extraídas

dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão e apresentação dos resultados<sup>(6)</sup>. Ressalta-se que a análise crítica das publicações selecionadas foi considerada e tratada de forma descritiva, qualitativa e os resultados apresentados seguiram o rigor e recomendações da ferramenta PRISMA.

A busca foi realizada em junho de 2018, atualizada em dezembro de 2020, nas bases de dados PubMed, *SciVerse Scopus* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Os descritores Cuidados Paliativos, *Palliative Care*, Atenção Primária à Saúde, *Primary Health Care*, Estratégia Saúde da Família foram selecionados de termos indexados no vocabulário estruturado DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no vocabulário de indexação de artigos da PubMed, o *Medical Subject Headings (MeSH terms)*. As estratégias de busca utilizadas para a seleção dos artigos foram, no PubMed: *Palliative Care AND Primary Health Care*; no LILACS e Scopus: Cuidados Paliativos AND Atenção Primária à Saúde, Cuidados Paliativos AND Estratégia Saúde da Família. Os critérios de inclusão foram os artigos primários em língua portuguesa, inglesa e espanhola, que contemplavam a temática CP na APS, disponíveis integralmente, sem recorte temporal. Há que se destacar que as diferentes estratégias de busca e a não utilização de delimitação de tempo oportunizaram a ampliação da possibilidade de localização de evidências que respondessem à questão de pesquisa. Para o detalhamento das informações coletadas dos artigos, utilizou-se um formulário contendo título, periódico, ano de publicação, objetivo, metodologia nível de evidência e desafios.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, procedeu-se, primeiramente, a uma leitura flutuante de todo o material transcrito, seguida de uma pré-análise. Posteriormente, foram realizados o recorte, a agregação e a enumeração dos dados, permitindo esclarecer os indícios de categorias. Em seguida, foi iniciada a categorização propriamente dita, cujas informações contidas nos estudos formaram o *corpus* de análise, que levou à elaboração de indicadores que foram submetidos aos procedimentos analíticos e posterior inferência, comparando-se com os dados da literatura<sup>(7)</sup>.

A categorização foi a forma adotada para a análise dos resultados, na qual se extraiu como está sendo realizado/implementado os CP na APS. O trabalho de análise dos estudos consistiu em uma tarefa cuidadosa. O objetivo na análise consistiu em conhecer e caracterizar o panorama geral dos estudos de acordo com o seu objeto investigado.

## RESULTADOS

Em relação à caracterização dos artigos analisados, dois (9%) foram publicados em 2020, seis, (27%) em 2016, quatro (18%), em 2015, dois (9%), em 2017, dois (9%), em 2013, quatro (18%), em 2012 e dois (9%), em 2010. Dentre os estudos, nove (40%) foram publicados em revistas voltadas especificamente para CP, três (13%), em revistas de saúde da família, duas (9%), em revista de saúde pública (4%), três (15%), em revistas de enfermagem, dois (9%), em revista de medicina geriátrica e dois (9%), revistas de áreas afins.

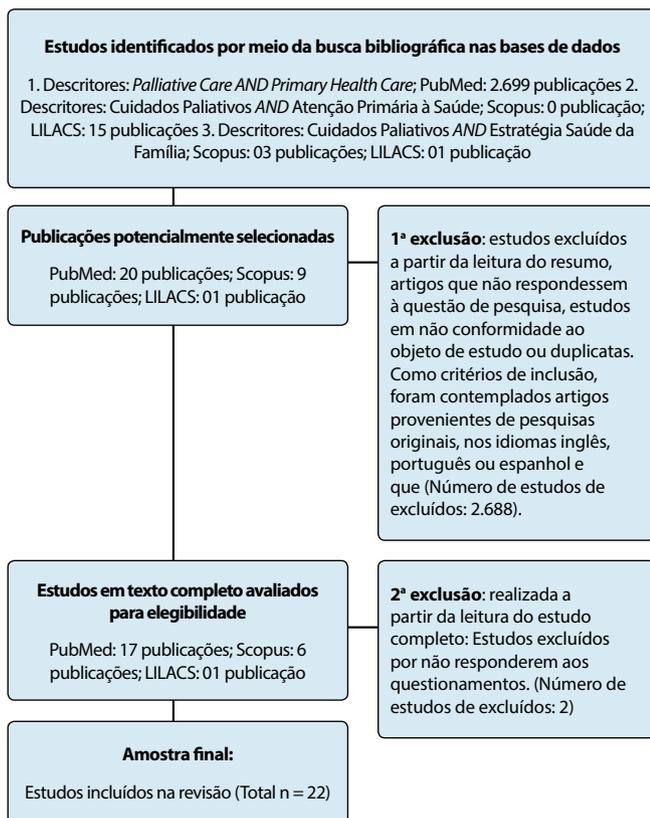
No que diz respeito ao tipo de estudo, o maior percentual são os de abordagem qualitativa, oito, (36%), seguido de quatro (20%) descritivos (qualitativos), três (15%) estudos transversais, três (15%) estudo de caso, um (5%) ensaio clínico randomizado, um (5%) comparativo randomizado, dois (9%) analíticos.

No presente estudo, para facilitar a visualização dos resultados encontrados, foi construído um quadro sinóptico contendo o título do artigo, os periódicos em que foram publicados, o ano de publicação, objetivo, método e nível de evidência (Quadro 1).

Utilizou-se um instrumento validado para definir o nível de evidência de cada estudo, sendo: I- revisões sistemáticas ou metanálise; II- estudo randomizado, controlado, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado; III- ensaio clínico controlado sem randomização, evidências obtidas em ensaios clínicos bem delineados, sem randomização; IV- caso controle ou coorte, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; V- revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; VI- estudo qualitativo ou descritivo; VII- parecer ou consenso de especialista<sup>(30)</sup>.

Observa-se que 10 (48%) artigos apresentam como objetivos: compreender as experiências e os papéis de profissionais, pacientes e familiares a respeito dos CPs na APS, seguidos pelos oito artigos (36%) voltados para a temática de gestão e organização dos serviços de saúde, que abordavam diferentes aspectos, como critérios diagnósticos e de elegibilidade pra o CP, diagnóstico situacional dos CP e propostas e ferramentas voltadas para a organização dos CP na APS e sobre a importância de intervenções educativas na temática, constando quatro (18%) produções científicas.

Para facilitar a visualização dos resultados encontrados, foi construído um quadro sinóptico (Quadro 2) com a informação do número do artigo e os desafios apresentados para o contexto da APS quanto à realização e implementação dos CPs.



**Figura 1** - Fluxograma representativo do processo de inclusão dos artigos incluídos na revisão segundo o PRISMA, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020

**Quadro 1** - Caracterização dos artigos analisados na revisão integrativa acerca dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020, (n = 20)

ARTIGO	TÍTULO	PERIÓDICO/ANO PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
A1 <sup>(8)</sup>	<i>Palliative care in the home: perceptions of nurses in the Family Health Strategy</i>	Acta Paul Enferm. 2012	Compreender a percepção de enfermeiras da ESF em relação aos CPs no domicílio.	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo	VI
A2 <sup>(9)</sup>	<i>Case management n primary palliative care is associated more strongly with organizational than characteristics: results from a cross-sectional prospective study</i>	BMC Palliat Care. 2015	Descrever e investigar características dos pacientes e do ambiente organizacional, relacionadas com o número de contatos e vezes que são discutidos casoentre pacientes e os profissionais gestores de casos.	Estudo de corte transversal	VI
A3 <sup>(10)</sup>	<i>Developing an innovative model of palliative care in the community in Brazil</i>	BMJ Support Palliat Care. 2015	Propor um modelo de CPs no serviço de saúde pública do Brasil, oferecido através da Atenção Básica à comunidade.	Descritivo	VI
A4 <sup>(11)</sup>	<i>Interaction of palliative care and primary care</i>	Clin Geriatr Med. 2015	Analisar o conjunto de habilidades de CPs primários e critérios para considerar quando paciente são elegíveis para cuidados paliativos especializados.	Relato de experiência	VI
A5 <sup>(12)</sup>	<i>The role of UK district nurses in providing care for adult patients with a terminal diagnosis: a meta-ethnography</i>	Int J Palliat Nurs. 2015	Explorar o papel dos enfermeiros de um distrito do Reino Unido na prestação de cuidados a doentes adultos com um diagnóstico terminal.	Meta-etnográfica	V
A6 <sup>(13)</sup>	<i>Palliative care case managers in primary care: a descriptive study of referrals in relation to aims</i>	J Palliat Med. 2015	Investigar o encaminhamento de pacientes para gestores de caso da atenção primária em relação a três elementos.	Estudo transversal	VI
A7 <sup>(14)</sup>	<i>Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care</i>	Palliat. Med. 2015	Documentar as barreiras e facilitadores para cuidados paliativos na comunidade e produzir subsídios para especialistas em CPs.	Estudo transversal	V
A8 <sup>(15)</sup>	<i>Anticipatory prescribing in terminal care at home: what challenges do the community health professionals encounter?</i>	BMJ Support Palliat Care. 2013	Explorar os desafios enfrentados pelos profissionais primários e comunitários de saúde em Leicestershire e Rutland relacionados à prescrição antecipada de cuidados aos pacientes terminais que desejam permanecer em casa paramorrer.	Estudo qualitativo	VI
A9 <sup>(16)</sup>	<i>Palliative care in Primary Care: presentation of a case</i>	Semergen, 2013	Apresentar o estudo de caso de uma paciente com diagnóstico de glioblastoma multiforme.	Estudo de caso	VI
A10 <sup>(17)</sup>	<i>Clinical effectiveness of online training in palliative care of primary care physicians</i>	J Palliat Med. 2013	Testar a eficácia clínica da educação <i>online</i> em cuidados paliativos para médicos através dos impactos no controle de sintomas e qualidade de vida.	Estudo clínico randomizado	II
A11 <sup>(18)</sup>	<i>Integrating palliative care information and hospice referral in medicaid primary care</i>	J Palliat Med. 2013	Avaliar uma intervenção para melhorar a comunicação sobre o planejamento da assistência antecipada e facilitar o encaminhamento para CPs.	Analítico	VI
A12 <sup>(19)</sup>	<i>Do rural primary health care nurses feel equipped for palliative care?</i>	Aust J Prim Health. 2012	Explorar as experiências de enfermeiros e determinar como eles se sentem pessoalmente e profissionais equipados para a prestação de serviços paliativos.	Qualitativo	VI
A13 <sup>(20)</sup>	<i>How family physicians address diagnosis and management of depression in palliative care patients</i>	Ann Fam Med. 2012	Explorar as opiniões de médicos da família sobre conhecimento, diagnóstico e tratamento da depressão em CPs.	Análise comparativa	VI
A14 <sup>(21)</sup>	<i>Primary palliative care: the potential of primary care physicians as providers of palliative care in the community in the Eastern Mediterranean region</i>	East Mediterr Health J. 2012	Avaliar a necessidade urgente de prestação de CPs na região.	Descritivo	V
A15 <sup>(22)</sup>	<i>Participatory knowledge exchange to support palliative care in Chile: lessons learned through global health research</i>	Can J Nurs Res. 2011	Apoiar a prestação de CPs em contextos vulneráveis através de um processo participativo de troca de conhecimento, através de metodologias qualitativas e participativas.	Qualitativa	VI
A16 <sup>(23)</sup>	<i>Effects of online palliative care training on knowledge, attitude and satisfaction of primary care physicians</i>	BMC Fam Pract. 2011	Comparar o conhecimento e a atitude dos médicos de cuidados primários em relação aos cuidados paliativos para pacientes com câncer avançado, bem como a satisfação profissional.	Randomizado controlado educacional para comparação	II

Continua

Continuação do Quadro 1

ARTIGO	TÍTULO	PERIÓDICO/ANO PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
A17 <sup>(24)</sup>	<i>Palliative and support care at home in primary care</i>	Gac Sanit. 2011	Estimar a proporção de pessoas que necessitam de CPs e apoio em casa nos cuidados primários e descrever suas características.	Estudo descritivo	VI
A18 <sup>(25)</sup>	<i>Palliative care for a child: role of a primary care doctor</i>	Malays Fam Physician. 2011	Destacar a importância do papel do médico da atenção primária na prestação de cuidados.	Estudo de caso	VI
A19 <sup>(26)</sup>	<i>Shared care in basic level palliative home care: organizational and interpersonal challenges</i>	J Palliat Med. 2010	Analisar pontos de vista dos profissionais de saúde sobre a cooperação interprofissional no nível básico de cuidados paliativos domiciliares para pacientes com câncer terminal.	Estudo qualitativo descritivo	VI
A20 <sup>(27)</sup>	<i>Developing targets for public health initiatives to improve palliative care</i>	BMC Public Health. 2010	Desenvolver os primeiros alvos de iniciativas em saúde pública para melhorar os CPs na Alemanha.	Estudo qualitativo	VI
A21 <sup>(28)</sup>	Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS	Ciênc. saúde coletiva. 2020	Compreender os sentidos da atenção domiciliar no escopo das ações da atenção primária no cuidado a idosos pela perspectiva do profissional da saúde do SUS.	Abordagem teórico-metodológica qualitativa	VI
A22 <sup>(29)</sup>	Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira	Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade, 2020.	Caracterizar a prática de CPs providos por médicos de família e comunidade na atenção primária brasileira.	Estudo transversal e descritivo	V

CP – cuidado paliativo.

**Quadro 2** - Caracterização dos desafios apontados pelos autores acerca dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020

ARTIGO	DESAFIOS	ARTIGO	DESAFIOS
01	Centrar a APS na lógica da produção do cuidado, orientada aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário, contemplando não apenas procedimentos e ações escrutinadas, mas as relações humanas, o vínculo e o acolhimento.	02	Prover cuidados centrados no paciente e não na lógica organizacional, tal como têm sido implementados pelos gerentes do caso.
03	Desenvolver modelos inovadores para os CPs na APS.	04	Planejar a assistência em CP na APS, considerando-se os desconfortos e dificuldades na abordagem de assuntos que podem causar sofrimento, depressão, ou destruir a esperança.
05	Incentivar a organização de um fluxo de informação entre os cuidados secundários e primários.	06	Ampliar o escopo de atenção e CP na APS, contemplando outras DCNTs e não somente o câncer.
07	Capacitar profissionais para a identificação de pacientes elegíveis para os CP na APS.	08	Melhorar a comunicação e o vínculo de confiança entre pacientes e profissionais.
09	Considerar também a família dos doentes terminais no planejamento dos cuidados.	10	Avaliar as expectativas de pacientes e cuidadores em relação ao atendimento, visando melhorar a qualidade devida e evitar deslocamentos desnecessários para serviços de emergência na fase final da doença.
11	Criar sistemas de cuidados centrados no doente, promover a autonomia do paciente, melhorar a qualidade de vida, e levar à utilização mais eficaz dos recursos de cuidados de saúde.	12	Acabar com as barreiras à educação continuada dos profissionais, incluindo carga de trabalho e isolamento geográfico.
13	Melhorar o diagnóstico e o tratamento da depressão em pacientes de CP pelos médicos da APS através de melhores estratégias de comunicação no relacionamento médico-paciente.	14	Implementar treinamentos e suporte em CP, visando melhorar a capacidade para os cuidados de fim de vida.
15	Garantir acesso mais oportuno, justo e igualitário aos CP na comunidade.	16	Necessidade de formação contínua dos médicos da atenção primária para CP.
17	Ampliar o enfoque dos CP, pois a maioria está muito focada no fornecimento de cuidados em resposta a processos clínicos específicos, como tumores malignos.	18	Implementar CP para crianças, devido à falta de conhecimento e experiência neste campo.
19	Melhorar a organização dos CPs neste nível de atenção (APS) e a cultura de trabalho entre profissionais de saúde.	20	Estabelecer metas individuais para cada paciente de acordo com seu quadro, visando à implementação dos CP.
21	A não efetividade da rede em articular as demandas com seus recursos de consumo apontam situações que trazem uma reflexão sobre a sustentação desta rede em relação à sua capacidade de atender às demandas de pacientes na finitude em casa.	22	Dificuldades na formação médica, pouca disponibilidade de insumos e material humano podem dificultar um melhor provimento de CPs na APS brasileira.

APS – Atenção Primária à Saúde; CP – cuidado paliativo.

O contexto geral dos estudos foi variável, pois se encontraram experiências diversas de enfermeiros, familiares e cuidadores da APS e sua relação com os CP<sup>(8,12,18-19)</sup>; a relação entre os pacientes a nível domiciliar e os profissionais da APS responsáveis pelo seu cuidado<sup>(9,13,17)</sup>; o processo de trabalho de CP na APS, suas potencialidades e dificuldades<sup>(3,11,14-16,20-29)</sup>, além de ações educativas e formativas sobre o tema em questão<sup>(10,13)</sup>.

## DISCUSSÃO

A importância da equipe multiprofissional aparece como fundamental em cinco<sup>(18,21-22,26-27)</sup> artigos, com ênfase na necessidade de conhecimentos teóricos, científicos e técnicos e habilidades clínicas específicas de domínio de diferentes profissões para que ocorra a integralidade de ações no processo de oferta de CP, contemplando, assim, as dimensões físicas, psicossociais e espirituais do paciente e sua família.

Sob essa perspectiva, a assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto. É necessário perceber o indivíduo em toda sua complexidade, incluindo aspectos psicossociais e espirituais no seu cuidado<sup>(1)</sup>.

A deficiência de apoio psicológico aos profissionais da APS também aparece como uma experiência que dificulta os CPs. As causas mais comuns de estresse relatadas nos artigos foram as relacionadas ao ambiente de trabalho, o conflito de papéis e as questões com pacientes e suas famílias. Cabe ressaltar que a maioria dos enfermeiros atuava em ambientes de cuidados domiciliares<sup>(16)</sup>. Os estudos sugerem que os cuidados aos pacientes em CP exigem mudanças em relação à prática dos profissionais, familiares e do cuidador, ocorrendo, muitas vezes, desgaste e declínio nas relações pessoais<sup>(17)</sup>.

Há que se destacar que pode haver desgaste espiritual e psicológico por arte do paciente e seus cuidadores (profissionais e familiares). Cada paciente vai usar uma forma diferente para expressar seu sofrimento, e o profissional deve estar aberto e explorar o que o paciente traz para tentar compreender como ele enxerga seu sofrimento; descobrir qual é a lente que o paciente usa para enxergar/verbalizar como está se sentindo. Dessa forma, é imprescindível a abordagem de uma equipe multiprofissional para uma avaliação holística da situação<sup>(31)</sup>.

A avaliação espiritual é um processo complexo e profundo para ouvir o paciente e compreender melhor os recursos e as necessidades espirituais do paciente e, então, fazer um diagnóstico e plano de cuidado espiritual. Normalmente, é realizada por capelão ou algum profissional com treinamento específico em cuidado espiritual. É importante ressaltar que o sofrimento pode ser amenizado, mas nem sempre será completamente aliviado. Os pacientes precisam de alguém que esteja, de fato, presente para ouvir suas dores e angústias e conseguir encontrar respostas. Por isso, é tão importante que o profissional esteja atento e ouça de forma empática, criando um ambiente de confiança em que o paciente consiga expressar suas angústias<sup>(31)</sup>.

Os estudos também<sup>(19-20-21,23)</sup> trataram da insuficiência da gestão e formação dos profissionais para os CP e tal tema também foi evidenciado em investigação<sup>(22,24)</sup>, apontando que o despreparo dos profissionais para lidar com as demandas e necessidades das condições crônicas de saúde estava presente em países, como

Itália e Alemanha, que têm uma população envelhecida há mais tempo que o Brasil.

Diante do atual processo de envelhecimento populacional e aumento da incidência das DCNTs, um dos estudos destacou que a maioria dos pacientes do mundo ainda morre antes de ter acesso aos CP e que esses cuidados devem estar acessíveis e disponíveis em unidades de saúde pertencentes à APS. Além de possuir recursos e ferramentas necessários para o cuidado de pacientes em CP, profissionais de saúde formuladores de políticas, educadores e grupos nacionais, de um modo geral, devem visar e facilitar o desenvolvimento dos CP no país<sup>(32)</sup>.

Os resultados de outros estudos apontam que, em geral, os pacientes em CP ainda vêm a óbito em ambientes hospitalares, como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), apesar da preferência pelo ambiente domiciliar. Também demonstrou como barreiras para os CP primários a falta de conhecimento e habilidades na APS; sistemas financeiros que não permitem reembolsos para CP; problemas nas políticas sobre disponibilidade de medicamentos; falta de estrutura e apoio profissional ou de especialistas; falta de identificação precoce dos doentes que necessitam de CP; limitada compreensão da gestão e população sobre estes cuidados<sup>(22)</sup>.

No seu escopo, a APS tem o potencial de desenvolver um conjunto de intervenções que favoreçam a qualidade de vida e continuidade dos CPs dentro e fora do domicílio; potencialmente, pode favorecer e proporcionar, ao paciente, um cuidado próximo da família e amigos, além da redução do risco de infecções e sofrimentos advindos de hospitalizações desnecessárias<sup>(10-11,15,25,28-29)</sup>.

Uma revisão brasileira, com o objetivo de compreender qual o papel dos profissionais de APS em CP, aponta que a implementação dos NASF-AB favorece o acompanhamento dos CPs na APS pelo suporte da equipe multiprofissional. Entretanto, nota-se que os profissionais da APS/ESF se esbarram em dificuldades como a desarticulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, principalmente com os serviços de emergência<sup>(33)</sup>, sendo necessária uma gestão articulada, com estabelecimento de fluxos e aumento da comunicação entre os serviços de saúde<sup>(34)</sup>.

Outro aspecto relevante é a importância de se amplificar a oferta de CP a todas as doenças e não apenas para pacientes portadores de câncer. Um estudo internacional, realizado com a finalidade de investigar o encaminhamento de pacientes em CP para a APS, concluiu que, em geral, eram pacientes com câncer<sup>(28)</sup>. Inicialmente, a prática paliativa era direcionada aos pacientes oncológicos, mas, gradativamente, passou a ser incorporada por outras especialidades envolvidas no cuidado de pacientes com doenças crônico-degenerativas. Em sua primeira edição, publicada em 1995, as "Diretrizes médicas da Organização Nacional de Cuidados Paliativos (NHO) para determinar o prognóstico em Doenças Não-Cancerígenas Seleccionadas" determinavam o prognóstico das doenças não oncológicas e as incluíam nos programas de CP. As primeiras doenças não oncológicas a serem incluídas foram Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e doença de Alzheimer<sup>(35)</sup>.

No que diz respeito às ações educativas para os CPs, os artigos que compõem essa categoria foram desenvolvidos com perspectivas de avaliar ou relatar o impacto de ações educativas desenvolvidas junto aos profissionais que já estão inseridos nos serviços. Um estudo<sup>(21)</sup> apontou que abordar aspectos relacionados

à morte ainda é um grande desafio para educadores, principalmente nas nações ocidentais, tendo em vista que a morte está frequentemente associada à dor, sofrimento, castigo e não como uma etapa de desfecho do ciclo vital. Soma-se a esse cenário o fato de que as discussões sobre os CP ainda se encontram ausentes ou superficiais dentro da formação acadêmica.

O mesmo estudo<sup>(21)</sup>, o qual tinha como objetivo levantar e analisar a temática da morte e o morrer na formação acadêmica de enfermagem, concluiu que não há preparo dos discentes de enfermagem sobre o tema. Além disso, os docentes se sentem inseguros em trabalhar as questões relacionadas à morte, pois, na sua formação, também tiveram uma abordagem deficiente sobre o tema. Ainda, é necessário um programa de educação específico para a temática, considerando-se uma visão crítica e reflexiva da realidade, o que proporcionará a construção de projetos pedagógicos que contemplem não apenas um enfoque na cura, mas nos CPs, visando uma morte com dignidade.

A morte, entendida como tema que faz parte do cotidiano dos serviços de saúde, integra as diferentes fases do ciclo vital humano, mas ainda é um tema tratado de forma reduzida, tanto na formação dos profissionais de saúde como nos serviços de saúde, comprometendo o princípio da integralidade.

O estudo<sup>(14)</sup> evidenciou que a solicitação pelos familiares de não revelação do diagnóstico ao paciente pode coincidir com a opção do profissional, reforçando suas próprias dificuldades com o assunto. Ainda prevalece, em algumas publicações o modelo curativista, focado na doença e na especificidade dos cuidados. A formação dos profissionais poderia favorecer a educação em saúde voltada aos pacientes e familiares, principalmente em relação à implementação dos CP na APS<sup>(8-9,12-13)</sup>. Além disso, a Educação Permanente em Saúde (EPS), considerada a aprendizagem no trabalho, toma o cotidiano como espaço aberto e revisor permanente das práticas profissionais como um lugar de subjetividade e discussões<sup>(36)</sup>. Dessa forma, acredita-se que espaços institucionalizados que possam colocar em análise as práticas profissionais, de forma interdisciplinar, sejam essenciais para a promoção da integralidade dos CP.

Com relação aos desafios para os CP na APS, nota-se que a maior parcela de desafios está relacionada à gestão, vínculo e comunicação dos CP na APS, principalmente pela equipe de enfermagem. Para que o CP evolua na APS, é preciso planejar a oferta, identificar e conhecer as necessidades, os recursos disponíveis, praticar o compartilhamento das informações por meio de uma comunicação adequada e definir os compromissos das partes envolvidas. Isso se faz em relações e práticas colaborativas entre os diferentes profissionais, famílias e gestores<sup>(13)</sup>.

Para que as mudanças ocorram no âmbito da gestão em CP, faz-se necessário conhecimento sobre temática, a capacidade de diálogo e problematização sobre as concepções vigentes no interior de cada equipe de saúde. A construção de novos pactos, com a aproximação dos conceitos acerca do cuidado integral, humanizado e de qualidade, além da equidade e dos marcos que ocorreram fortemente no processo de reforma do sistema de saúde brasileiro, são essenciais para que tais mudanças possam ocorrer<sup>(36)</sup>. Os CPs devem ser realizado por uma equipe multiprofissional, com a integração das redes de saúde para oportunizar a continuidade do cuidado e sempre englobar o indivíduo e sua

família no atendimento, oportunizando a comunicação efetiva na relação da equipe com paciente/família<sup>(37)</sup>.

Apesar da atuação em CP ser em equipe os profissionais da enfermagem é apontada como componentes primordiais ao sucesso dos CP, uma vez que são os maiores responsáveis pelo monitoramento da situação clínica do paciente, ou seja, são eles que avaliam a dor, os resultados dos tratamentos terapêuticos e a presença de efeitos colaterais, coletando assim informações pertinentes a reorganização do processo analgésico e demais ações não farmacológicas quando constatada a necessidade. Outra função desempenhada pela área é a comunicação, considerada no processo de CP, como um dos mais relevantes pilares. Sua prática é primordial em todas as etapas da doença, contribuindo para o esclarecimento de dúvidas, além de permitir que o paciente e/ou familiares possam externar seus anseios, angústias e medo<sup>(38)</sup>.

Em síntese, a enfermagem é responsável por realizar diferentes atividades que, em parceria com os demais profissionais que formam a equipe multiprofissional do CP, contribuem para a promoção do bem-estar dos pacientes portadores de alguma patologia, sem possibilidade terapêutica de cura, além do cuidado expandido para a família.

### Limitações do estudo

As possíveis limitações deste estudo se referem à amostra, visto que foram incluídos apenas os artigos disponíveis *online* e gratuitamente, o que pode ter levado à não inclusão de alguns estudos relacionados à temática e o baixo nível de evidência dos estudos utilizados segundo a classificação adotada.

### Contribuições para a área da enfermagem

A partir dos resultados encontrados, sugere-se aos gestores um redirecionamento na condução da prática que esteja ancorado no autoconhecimento e contemple o fortalecimento do enfermeiro como gestor do cuidado e líder imediato da equipe assistencial. Os gestores da APS, através dos resultados da pesquisa, podem fortalecer a prática formativa dos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente em CP através de capacitações profissionais e sensibilização da comunidade sobre o papel e a importância dos CP.

Sugere-se, ainda, a inclusão dos CP nos currículos de graduação e pós-graduação em enfermagem.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências encontradas relacionando os CP na APS apontam para a possibilidade desse cuidado, uma vez que as equipes de saúde atuam de maneira próxima a família e seu domicílio, com possibilidade de maior vínculo e resolutividade. Porém, ainda se percebe a necessidade de ampliação deste tema junto aos projetos pedagógicos de cursos na área da saúde, principalmente no âmbito dos cursos de graduação em enfermagem, permitindo aos acadêmicos problematizarem e vivenciarem experiências das quais terão que enfrentar na prática profissional, além da implementação de ações de educação permanente e educação em saúde com os profissionais atuantes nas redes de atenção à saúde.

O SUS, quando foi estruturado, não desenvolveu em seu escopo a incorporação dos CPs, mas, atualmente, sabe-se que é possível ser reestruturado a fim de incorporá-los. Essa situação é corroborada, em 2018, com as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS. Todavia, ainda se observam desafios de gestão e estrutura do sistema, sobretudo a falta de capacitação e ações educativas específicas para a assistência aos pacientes e familiares.

É essencial o domínio de estratégias de comunicação, como escuta sensível e fala compreensível e objetiva, por todos os profissionais de saúde que compõem o suporte multiprofissional que tem contato com paciente em CP e sua família. O setor da saúde é mutável, e, constantemente, os profissionais responsáveis pelo cuidado precisam se reinventar a fim de superar desafios e exercer seu papel profissional na sociedade com zelo e ética.

Atualmente, os CPs são experienciados pelos profissionais da APS e que é fundamental à assistência a pacientes e familiares,

pautada em conhecimento técnico e científico. É necessário que enfermeiros e gestores saibam que reconhecer os pacientes que necessitam de CP, mas também ofertar uma assistência de qualidade visando ao bem-estar do paciente e de sua família. As equipes da APS no Brasil devem atuar em duas frentes. Em uma delas, a capacitação de profissionais de saúde através de encontros para discussão da temática, com informações específicas sobre CP para diferentes especialidades. A segunda frente é desenvolver ações para sensibilizar a comunidade sobre o papel e a importância CP, enfatizando seus benefícios quando introduzidos precocemente através de reuniões abertas, reuniões específicas para cuidadores e apresentações do tema aos conselhos municipais.

## AGRADECIMENTO

Agradecimento especial a todos os membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (UFSM).

---

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO definition of palliative care [Internet]. Genebra; 2002 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Ho A, Jameson K, Pavlish C. An exploratory study of interprofessional collaboration in end-of-life decision-making beyond palliative care settings. *J Interprof Care*. 2016;30(6):795-803. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1203765>
3. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, 2018 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2020 Mar 10]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)
5. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009;339:b2700. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 279 p. 2011.
8. Baliza MF, Bousso RS, Spineli VMCD, Silva L, Poles K. Palliative care in the home: perceptions of nurses in the Family Health Strategy. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):13-8. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900003>
9. Van der Plas AG, Francke AL, Vissers KC, Jansen WJ, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen BD. Case management in primary palliative care is associated more strongly with organisational than with patient characteristics: results from a cross-sectional prospective study. *BMC Palliat Care*. 2015;14(31). <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0029-8>
10. Corrêa SR, Mazuko C, Mitchell G, Pastrana T, Lima L, Murray S. Identificando pacientes para cuidados paliativos na atenção primária no Brasil: experiência do Projeto Estar ao Seu Lado. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 28];12(39):1-8. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1507>
11. Ghosh A, Dzeng E, Cheng MJ. Interaction of palliative care and primary care. *Clin Geriatr Med*. 2015;31(2):207-18. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.001>
12. Offen J. The role of UK district nurses in providing care for adult patients with a terminal diagnosis: a meta-ethnography. *Int J Palliat Nurs*. 2015;21(3):134-41. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.3.134>
13. Van der Plas AG, Onwuteaka-Philipsen BD, Francke AL, Jansen WJ, Vissers KC, Deliens L. Palliative care case managers in primary care: a descriptive study of referrals in relation to treatment aims. *J Palliat Med*. 2015;18(4):324-31. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0269>
14. Murray SA, Firth A, Schneider N, Van den Eynden B, Gomez-Batiste X, Brogaard T, et al. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliat Med*. 2015;29(2):101-11. <https://doi.org/10.1177/0269216314545006>

15. Faull C, Windridge K, Ockleford E, Hudson M. Anticipatory prescribing in terminal care at home: what challenges do community health professionals encounter? *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3(1):91-7. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000193>
16. Álvarez-Cordovés MM, Mirpuri-Mirpuri PG, Gonzalez-Losada J, Chávez-Díaz B. Cuidados paliativos en atención primaria: a propósito de un caso. *Semerger*. 2013;39(7):396-9. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.05.009>
17. Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y. Clinical effectiveness of online training in palliative care of primary care physicians. *J Palliat Med*. 2013;16(10):1188-96. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0005>
18. Beyea A, Fischer J, Schenck A, Hanson LC. Integrating palliative care information and hospice referral in medicaid primary care. *J Palliat Med*. 2013;16(4):376-82. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0483>
19. Johansen ML, Ervik B. Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):159. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2955-7>
20. Warmenhoven F, Van Rijswijk E, Van Hoogstraten E, Van Spaendonck K, Lucassen P, Prins J, et al. How family physicians address diagnosis and management of depression in palliative care patients. *Ann Fam Med*. 2012;10(4):330-6. <https://doi.org/10.1370/afm.1373>
21. Murray SA, Osman H. Primary palliative care: the potential of primary care physicians as providers of palliative care in the community in the Eastern Mediterranean region. *East Mediterr Health J*. 2012;18(2):178-83. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/118464>
22. Cameron BL, Salas AS, Moissac D. Participatory knowledge exchange to support palliative care in Chile: lessons learned through global health research. *Can J Nurs Res*. 2011;43(3):16-37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21977724/>
23. Nnadi DC, Singh S. Knowledge of palliative care among medical interns in a tertiary health institution in Northwestern Nigeria. *Indian J Palliat Care [Internet]*. 2016 [cited 2021 Apr 29];22:343-7. Available from: <https://www.jpalliativecare.com/text.asp?2016/22/3/343/185080>
24. Reigada C, Arantzamendi, Centeno C. Palliative care in its own discourse: a focused ethnography of professional messaging in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2020;88(19). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00582-5>
25. Winger A, Kvarme LG, Løyland B, Kristiansen C, Helseth S, Ravn IH. Family experiences with palliative care for children at home: a systematic literature review. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):165. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00672-4>
26. Berggren E, Ödlund Olin A, Orrevall Y, Strang P, Johansson SE, Törnkvist L. Early palliative home care: evaluation of an interprofessional educational intervention for district nurses and general practitioners about nutritional care. *SAGE Open Med*. 2017;5:2050312117726465. <https://doi.org/10.1177/2050312117726465>
27. Schneider N, Lueckmann SL, Kuehne F, Klindtworth K, Behmann M. Developing targets for public health initiatives to improve palliative care. *BMC Public Health*. 2010;10:222. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0149-9>
28. Marques FP, Bulgarelli AF. Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(6):2063-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.21782018>
29. Wassmansdorf Mattos C, D'Agostini Derech R. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional. *Rev Bras Med Fam Comun [Internet]*. 2020[cited 2021 Apr 29];15(42):2094. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2094>
30. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.
31. Silva CP, Pirol SM. Organização do serviço para o cuidado paliativo: revisão bibliográfica. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2018;16(2):1-11. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.85>
32. Paz CRP, Pessalacia JDR, Zoboli ELCP, Souza HL, Granja GF, Schweitzer MC. New demands for primary health care in Brazil: palliative care. *Invest Educ Enferm*. 2016;34(1):46-57. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a06>
33. Afshar K, Geiger K, Müller-Mundt, G. Generalist palliative care for non-cancer patients. *Schmerz* 2016. <https://doi.org/10.1007/s00482-016-0135-4>
34. Mounsey L, Ferres M, Eastman P. Palliative care for the patient without cancer. *Aust J Gen Pract*. 2018;47(11):765-9. <https://doi.org/10.31128/AJGP-07-18-4625>
35. Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF. Perspectivas para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: estudo descritivo. *O Braz J Nurs*. 2016;15(4):683-93. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165370>
36. Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRF, Zoboli ELCP, Pereira MG. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;28(51):e03245. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>
37. Meneguim S, Ribeiro R, Ferreira MLSM. Conforto de cuidadores formais e informais de pacientes em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *Rev Rene*. 2016;17(6):797-803. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000600010>
38. Marchi JA, Paula CC, Girardon-Perlini NMO, Sales CA. The meaning of being a caregiver of a dependent relative suffering from cancer: palliative contributions. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e0760014. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016007600014>