

## EXPERIÊNCIAS DE IMPLEMENTAÇÃO E ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE CUIDADOS PALIATIVOS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES: REVISÃO INTEGRATIVA

## EXPERIENCES OF IMPLEMENTATION AND PERFORMANCE OF PALLIATIVE CARE TEAMS IN HOSPITAL INSTITUTIONS: INTEGRATIVE REVIEW

Robson Lovison, Maristela Silveira Rodrigues

### RESUMO:

Cuidados paliativos configuram-se como um conjunto de ações com foco no bem-estar de pessoas com doença que ameaça a vida. Em hospitais, a formação de equipes capacitadas tem sido reconhecida como fundamental para o planejamento, consultoria a profissionais de saúde, bem como, para o atendimento integrado às equipes. O estudo tem como objetivo descrever experiências de implementação e práticas das equipes de Cuidados Paliativos nas instituições hospitalares, descritas na literatura. Trata-se de revisão integrativa realizada em abril de 2021, através de pesquisa de artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde, no período de janeiro de 2016 a março de 2021, utilizando-se como descritores: cuidados paliativos, equipe multiprofissional, equipe de assistência ao paciente e hospital. Os estudos apontam para modelos de equipes de cuidados paliativos no formato de consultoria; de atendimento direto ao paciente por solicitação da equipe de saúde e; recentemente, em alguns países, integradas ao sistema e atuando autonomamente. Há resistência na implementação e atuação das equipes de cuidados paliativos em hospitais, especialmente por parte dos médicos, que também resistem em participar das equipes. Entretanto, os resultados alcançados têm contribuído para dirimir as barreiras e promover a evolução das equipes multiprofissionais em Cuidados Paliativos. Observa-se a tendência de abandonar os modelos exclusivamente consultivos e/ou a pedido, para torná-las equipes que atuam integradas em todos os níveis de atenção em saúde. Gradualmente tem sido reconhecida a importância da enfermagem para implementação e práticas das equipes de Cuidados Paliativos em hospitais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos; Hospitais; Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente

### ABSTRACT:

Palliative care is a set of actions focused on the well-being of people with a life-threatening disease. In hospitals, the formation of qualified teams has been recognized as fundamental for planning, consulting health professionals, as well as for the integrated care of the teams. The study aims to describe implementation experiences and practices of Palliative Care teams in hospital institutions, described in the literature. This is an integrative review carried out in April 2021, through a search for articles published in the Virtual Health Library, from January 2016 to March 2021, using as descriptors: palliative care, multidisciplinary team, care team to the patient and hospital. Studies point to models of palliative care teams in the consulting format; direct patient care at the request of the health team and; recently, in some countries, integrated into the system and acting autonomously. There is resistance in the implementation and performance of palliative care teams in hospitals, especially on the part of physicians, who also resist participating in the teams. However, the results achieved have contributed to reducing barriers and promoting the evolution of multidisciplinary teams in Palliative Care. There is a tendency to abandon the exclusively consultative and/or on-demand models, to make them teams that work integrated at all levels of health care. Gradually, the importance of nursing has been recognized for the implementation and practices of Palliative Care teams in hospitals.

**KEYWORD:** Palliative Care; Hospitals; Nursing; Patient Care Team

### Como citar este artigo:

LOVISON, R.; RODRIGUES, M. S. Experiências de implementação e atuação das equipes de cuidados paliativos em instituições hospitalares: revisão integrativa. Revista Saúde (Sta. Maria). 2022; 48.

### Autor correspondente:

Nome: Robson Lovison  
E-mail: robson0910q@gmail.com  
Formação: Enfermeiro, Especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer pela Universidade de Passo Fundo – UPF, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.  
Filiação: Universidade de Passo Fundo  
Endereço: Rua dez de abril 180, apto 201, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 99010-210

### Data de Submissão:

10/03/2022

### Data de aceite:

06/04/2022

**Conflito de Interesse:** Não há conflito de interesse



## INTRODUÇÃO

O cuidado, no contexto humanizado e integral, é uma arte que se amplia na palição, quando as variáveis de escuta, acolhimento, observação e ações consequentes são potencializadas pelas práticas que minimizam a dor e o sofrimento, fomentado pela assistência biopsicossocial/espiritual<sup>1</sup>.

Assim, Cuidados Paliativos (CP) podem ser definidos com o conjunto de ações interdisciplinares que focam na integralidade do sujeito com o objetivo de prover o bem-estar às pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida<sup>2-3</sup>.

Os serviços especializados em CP nos hospitais podem ser de consultoria, comitês ou outros organismos formados por equipe multidisciplinar com as funções de planejamento dos cuidados, de consultoria e/ou de acompanhamento e decisões em palição e ainda de atendimento direto ao paciente<sup>4</sup>. No Brasil, tem se adotado principalmente o formato de consultoria, prestando assistência às equipes de saúde especialistas no tratamento biomédico, o que tem sido questionado, em razão da potencialidade dessas equipes em atuar diretamente com os pacientes e integradas às equipes de saúde<sup>4</sup>.

A relevância já reconhecida das equipes de CP nos hospitais justifica a realização de estudos que forneçam informações sobre os modelos de equipes e suas experiências, colaborando para o seu aperfeiçoamento. Por outro lado, a resistência de profissionais de saúde e das políticas em saúde, em relação a formação dessas equipes nos hospitais e principalmente em apoiar a evolução para um modelo integrado, especialmente no Brasil, instiga a busca de experiências em outros países que possam indicar a eficiência dos diferentes modelos de equipes e suas funções. Assim, este estudo norteou-se pelo seguinte questionamento: quais os formatos de equipes de cuidados paliativos, experiência de implementação e de práticas nas instituições hospitalares descritas na literatura?

O estudo teve como objetivo descrever experiências de implementação e práticas das equipes de cuidados paliativos nas instituições hospitalares, descritas na literatura.

## MÉTODO

O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura construída a partir das seguintes etapas: a) identificação do tema e definição da questão de pesquisa; b) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; c) busca dos textos na íntegra; e) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; d) busca de artigos científicos no formato digital nas bases de dados via Biblioteca Virtual em Saúde; e) categorização e avaliação dos estudos incluídos; f) interpretação dos resultados; e g) apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>5</sup>.

Realizou-se em abril de 2021, busca eletrônica por publicações nacionais e internacionais indexadas em todas as bases de dados presentes na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A pesquisa utilizou o conjunto de descritores: cuidados paliativos AND equipe multiprofissional OR equipe de assistência ao paciente AND hospital.

---

Considerou-se critérios de inclusão: artigos originais, publicados em periódicos na forma completa e de acesso livre, nos idiomas português, inglês ou espanhol, entre janeiro de 2016 a março de 2021 e contendo em seus títulos e/ou resumos os descritores: cuidados paliativos e/ou equipe multiprofissional e/ou equipe de assistência ao paciente e hospital.

Como critérios de exclusão definiu-se: editoriais, cartas, comentários, resumos de anais, ensaios, Trabalhos de Conclusão de Curso, relatórios de gestão, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais e livros.

Foi realizada a leitura dos títulos, descritores e resumos, sendo selecionados os artigos relacionados ao tema. Na sequência foi realizada a recuperação do material disponível na íntegra, e procedeu-se com a leitura do material selecionado para coleta das informações.

Foram coletados dos artigos selecionados dados bibliométricos (nome do periódico, ano e base de dados de publicação, bem como o qualis Capes ou Fator de Impacto) e síntese das contribuições de cada publicação acerca do objeto de estudo. A interpretação das informações foi realizada, identificando-se pontos de convergência e divergência entre os dados, buscando agrupar informações relacionadas ao tema, por categorias de análise<sup>5</sup>.

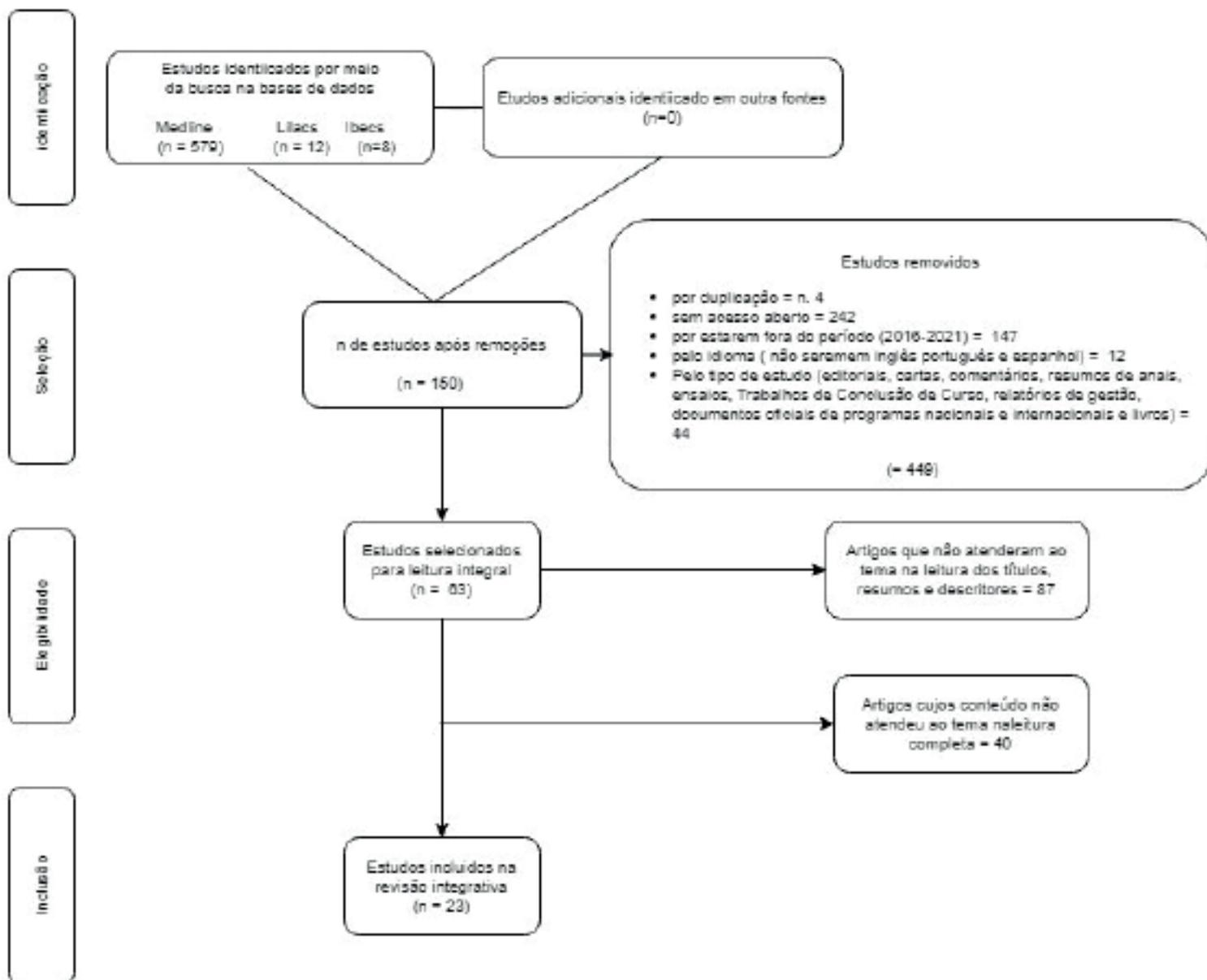
Em relação a classificação Qualis foram incluídos artigos indexados em periódicos com Qualis igual ou superior a B2 ou Fator de Impacto equivalente ao recorte (A1 a B2) definido para o estudo. De acordo com o Conselho Técnico Científico - CTC em 16 e 17/04/2008, a classificação dos periódicos divulgados no Qualis Quadriênio 2013-2016, segue a seguinte equivalência; A1- Fator de Impacto igual ou superior a 3,800; A2- Fator de Impacto entre 3,799 e 2,500; B1- Fator de Impacto entre 2,499 e 1,300; B2- Fator de Impacto entre 1,299 e 0,001), sendo esta equivalência mediana do Fator de Impacto na área da saúde, já que os critérios de classificação adotados pela CAPES são distintos para as diversas áreas de conhecimento<sup>6,7</sup>.

A pesquisa de revisão integrativa é isenta de submissão pelo Conselho de Ética e Pesquisa (CEP).

## RESULTADOS

Foram pré-selecionadas 599 publicações que, ao final de todo processo de seleção (Figura 1), resultou em 23 artigos que responderam a todos os critérios de inclusão

Figura 1 – Fluxograma, segundo Prisma, para selecionar os estudos encontrados (Passo Fundo/RS, 2021) Fonte: autores (2021)



Os 23 artigos incluídos na revisão estão indexados na base de dados Medline, todos em inglês e publicados em diferentes periódicos com Qualis igual ou superior a B2 ou Fator de Impacto equivalente. Os detalhes bibliométricos dos estudos e suas contribuições, são descritos no quadro 1:

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão integrativa. Fonte: autores (2021)

Ref.	Periódico	Ano	Base de dados	Qualis	Contribuições
1 <sup>8</sup>	BMC Palliat Care	2017	Medline	A2	Prevalece o modelo de consultoria, migrando para atendimento integrado, priorizando pacientes com câncer e com encaminhamento tardio.
2 <sup>9</sup>	BMC Health Serv Res	2020	Medline,	A2	Resistência de médicos em solicitar a equipe de CP, assim como ceticismo em sua eficácia. Experiências mostram melhora das estratégias de enfrentamento dos pacientes (e de seus cuidadores), alívio da equipe de tratamento, redução da carga de sintomas e a melhora dos cuidados posteriores.
3 <sup>10</sup>	J. pain Symptom manage	2020	Medline	A1	Equipes e serviços em cuidados paliativos desenvolveram-se significativamente em hospitais e áreas especializadas em câncer, mais recentemente com atendimento médico direto por qualquer membro da Equipe de Consulta de Cuidados Paliativos pelo menos 3 vezes por semana. Diferente do que ocorreu em hospitais comunitários, onde o atendimento é pouco frequente e as equipes precárias.
4 <sup>11</sup>	Eur J Cancer Care (Engl)	2019	Medline	A1	Na Holanda composição e funções de equipes variadas, atendimento em CP precoce pouco frequente, prevalecendo o atendimento em pacientes graves, nos últimos três meses de vida.
5 <sup>12</sup>	BMC Palliat Care	2018	Medline	A2	Prevalecem registros de atendimento em Cuidados paliativos relacionados aos sintomas físicos. Quando profissionais de enfermagem estão envolvidos há maior atenção aos sintomas emocionais e espirituais.
6 <sup>13</sup>	BMC Palliat Care	2019	Medline	A2	Coexistem diversos formatos de equipes de CP, sendo mais efetivas aquelas que atuam junto aos familiares e pacientes, ouvindo e respeitando suas opiniões e decisões.
7 <sup>14</sup>	Cancer Res Treat	2017	Medline	A2	Equipes de cuidados paliativos em hospitais da Coréia do Sul são pouco frequentes, as que existem em sua maioria são de consultoria, há baixa adesão dos médicos e os resultados relatados dos atendimentos em CP tem baixa eficácia.
8 <sup>15</sup>	Health Aff (Millwood )	2016	Medline	A1	Muitas equipes de consultoria nos hospitais dos Estados Unidos, poucas pesquisas sobre a efetividade destas, baixa adesão de médicos, baixo financiamento e pouco conhecimento sobre a importância dessas equipes, apesar de existirem desde a década de 1990.
9 <sup>16</sup>	Clin J Oncol Nurs	2019	Medline	A1	Experiências em equipes integradas de cuidados paliativos nos Estados Unidos revelam que há redução na carga de sintomas, na sobrecarga financeira e nas visitas ao departamento de emergência para gerenciamento de sintomas e ainda há melhora na comunicação entre pacientes e provedores para garantir que os cuidados atendam aos desejos dos pacientes.
10 <sup>17</sup>	Am J Hosp Palliat Care	2019	Medline	B1	Barreiras a efetividade das equipes de CP: falta de conhecimento e resistência do paciente e da família. Os facilitadores incluíram marketing do serviço de CP e educação sobre a experiência em CP.
11 <sup>18</sup>	Pain Ther	2020	Medline	A1 (FI 3.960)	Experiência com equipe em CP totalmente integrada com as equipes de saúde, mostra que pacientes com câncer tem acesso a esses cuidados mais cedo, há maior efetividade e segurança de todos os envolvidos.

12 <sup>19</sup>	BMC Palliat Care	2018	Medline	A2	A efetividade de equipes de CP depende de equipes coesas, conhecimento de todos sobre a importância do CP, simplicidade organizacional, conscientização e fomento. Educação em CP, portanto, pode mudar o cenário atual.
13 <sup>20</sup>	J Pain Symptom Manage	2016	Medline	A1	Equipes de CP pediátricos integrados mostram a diminuição nas necessidades de intervenção e diminuição nos relatos de dor e intensidade da dor.
14 <sup>21</sup>	J Palliat Med	2016	Medline	A1	Equipes em CP com diferentes composições de profissionais (com especialistas ou não) apresentam nível de solicitação semelhante nos Estados Unidos, porém, há tendência a maior efetividade quando especialistas atuam nessas equipes.
15 <sup>22</sup>	Chin Med Sci J	2018	Medline	B1 (FI 1,54)	Experiência em um hospital geral da China mostra que médicos da atenção primária e os membros do CP têm atitudes positivas em relação aos benefícios que os serviços do CP trazem para os pacientes, familiares, e os próprios médicos.
16 <sup>23</sup>	Am J Hosp Palliat Care	2017	Medline	B1	No Kuwait a formação de equipes de CP em hospitais é recente, o atendimento é tardio e indica, de um lado, a adesão de pequenos países a esses modelos e, por outro, a necessidade de educação em CP e conscientização.
17 <sup>24</sup>	Am J Hosp Palliat Care	2017	Medline	B1	Em países em que a implementação de equipes de CP é antiga ainda há barreiras para a formação de equipes completas, atuação efetiva junto aos pacientes e conhecimento e consciência da sua necessidade.
18 <sup>25</sup>	J Palliat Med	2016	Medline	A1	Mesmo em países com tradição em equipes de CP em hospitais como os Estados Unidos, há diferenças nas práticas de encaminhamento que indicam percepções não padronizadas dos critérios de encaminhamento e variação nas estruturas dos serviços de cuidados paliativos.
19 <sup>26</sup>	Scand J Caring Sci	2018	Medline	B2	Pacientes em acompanhamento e tratamento ou investigação de câncer tem muito interesse em receber informações sobre uma série de questões relacionadas ao câncer e conseguem lidar melhor com a doença quando os hospitais estabelecem uma equipe ou unidade de cuidados paliativos para realizar a avaliação adequada dos pacientes e que tenham capacitação e disponibilidade para atuar integralmente.
20 <sup>27</sup>	BMC Palliat Care	2017	Medline	A2	Incluir a atenção primária em um conjunto ordenado e integrado de CP é uma experiência que mostrou efetividade, especialmente no atendimento precoce em CP, no uso eficiente dos serviços de saúde e nos custos de cuidados de saúde, além de promover a qualidade de vida dos pacientes.
21 <sup>28</sup>	Am J Hosp Palliat Care	2017	Medline	B1	Implementação de equipe de CP e sua efetiva atuação aponta para mudanças positivas em todo o sistema hospitalar, sendo que novos profissionais, residentes e enfermagem tendem a aderir mais e melhor a atuação dessas equipes.
22 <sup>29</sup>	J Palliat Med	2017	Medline	A1	Criar programa nacional para organizar, orientar e fomentar as equipes de CP em hospitais, auxilia diretamente no levantamento das fraquezas, barreiras e benefícios dessas equipes e permite intervenções adequadas para educar e conscientizar a todos sobre sua importância.

23 <sup>30</sup>	Am J Hosp Palliat Care	2016	Medline	B1	Enfermeiros em tempo integral com altas habilidades de gerenciamento e coordenação desempenham um papel central na formação, planejamento e nas práticas das equipes de CP em hospitais.
------------------	------------------------	------	---------	----	--

A descrição da análise e interpretação dos dados foi realizada por categorias, de forma a permitir melhor identificação de cada elemento importante identificado nos estudos, quais sejam: principais aspectos levantados; barreiras destacadas; benefícios mais citados; benefícios das equipes de CP integradas e importância da enfermagem.

### *Principais aspectos levantados nos estudos quanto a atuação em cuidados paliativos*

Na maioria dos países, as equipes de CP são formadas no modelo de consultoria e atuam quando solicitadas pela equipe clínica, percebendo-se um claro movimento de evolução para o atendimento direto ao paciente<sup>8-9</sup>.

No Japão, há pelo menos 10 anos iniciou-se um processo de criação das equipes de CP hospitalares<sup>10</sup>. Atuam no formato de consultoria, sendo que o número de equipes, assim como a quantidade de atendimentos, é substancialmente superior nos hospitais especializados em oncologia, quando comparados aos hospitais comunitários<sup>10</sup>.

Na Holanda, as equipes de CP já, são parte da estrutura profissional dos hospitais<sup>11</sup>. Com pouca sistematização, em alguns hospitais restringe-se à consultoria, em outros a Unidades de Terapia Intensiva e em outros há um atendimento mais integral e geral<sup>11</sup>. Coexistem no país os centros especializados em CP, equipes especializadas em hospitais, lares de idosos, leitos ou instalações de tratamento diurno para pacientes paliativos e voluntários que colaboram com os profissionais<sup>12-13</sup>.

Na França, a primeira equipe de consultoria em CP foi formada em 1989 e desde então há um processo de adesão pelos hospitais. Existem, ainda, unidades de saúde especializadas e exclusivas, que seguem as diretrizes da Política Nacional de Desenvolvimento de CP<sup>8</sup>.

Na Coreia do Sul, existem equipes de consultoria, raras equipes integradas e de atendimento direto ao paciente, além de unidades de saúde especializadas e exclusivas em CP<sup>14</sup>.

Nos Estados Unidos, equipes hospitalares de CP existem desde a década de 1990<sup>15</sup>. Estão direcionadas a pacientes oncológicos e, nos últimos anos tem sido promovida a integração entre as equipes de saúde e as de CP<sup>16</sup>. Coexistem equipes de consultoria e de atendimento direto ao paciente<sup>17</sup>.

Estudo realizado na Noruega, apontou que desde a década de 1980, o Estado promoveu a implantação das equipes em todo o seu sistema de saúde público<sup>18</sup>. No modelo geral de CP da Noruega, existem equipes consultivas regionais; de atendimento em CP em casa; que realizam consultas em instituições; leitos de CP em unidades de internação comunitárias para idosos; Unidades de CP em hospitais de grande porte e equipes de CP terciárias que

atuam em hospitais universitários<sup>18</sup>.

Na Holanda foram implementadas equipes de CP pediátricos<sup>19</sup>, de forma semelhante ao que tem sido realizado nos Estados Unidos, buscando ampliar os cuidados paliativos a toda a população, mas de forma adequada a cada segmento<sup>20</sup>, sendo que equipes mais completas, atendendo em tempo integral esse segmento populacional, revelaram-se mais efetivas<sup>21</sup>.

Na China as equipes de CP são parte do processo de organização do sistema de saúde local, sendo organizadas em formato multidisciplinar e atendendo diretamente os pacientes em modelo cooperativo<sup>22</sup>. As mesmas equipes atuam como consultores e apoiadores das equipes de saúde<sup>22</sup>.

### *Barreiras destacadas para o avanço em cuidados paliativos*

Há relatos diversos que apontam para um processo lento e gradual na implementação das equipes de CP em hospitais<sup>8-9</sup>. Entre as maiores dificuldades evidenciadas nos estudos, está a aceitação e integração das equipes de saúde e, mais especificamente dos médicos, responsáveis por definir o tom para sua implementação precoce<sup>9;15;18</sup>.

Estudo alemão aponta para o ceticismo e resistência dos médicos e dificuldade na identificação das razões para solicitar o atendimento da equipe de CP, tanto a de consultoria quanto a de atendimento direto ao paciente<sup>9</sup>.

Essas barreiras também são identificadas em países ou regiões em que são recentes a formação e ação das equipes de CP, como no Mediterrâneo Ocidental e em países menores como o Kuwait. Nesses locais há ainda pouca organização nacional<sup>23</sup>. Também são identificadas barreiras em países com tradição em equipes de CP como Estados Unidos<sup>24</sup>, em que se aponta falta de padronização no atendimento em CP nos hospitais; percepções não padronizadas dos critérios de encaminhamento e variação nas estruturas dos serviços de CP<sup>25</sup>.

Os estudos holandeses identificaram que as equipes de CP em hospitais são mais frequentemente consultadas para pacientes com expectativa de vida menor do que três meses e que tiveram uma internação hospitalar não planejada por causa de sintomas físicos<sup>11-12</sup>. Dados semelhantes são referidos na França em que as equipes em CP são solicitadas, na maioria dos casos, quando o paciente já está com seu status de desempenho alterado e tardiamente em sua trajetória de atendimento, com sobrevida média de 22 dias após a primeira avaliação paliativa<sup>8</sup>.

Algumas equipes não incluem paciente e familiares nas tomadas de decisões, apresentado resultados positivos reduzidos<sup>13</sup> e há comportamento generalizado de priorizar pacientes e setores oncológicos<sup>8;10-11</sup> e ainda prevalecendo as equipes de consultoria e raras equipes de acompanhamento direto ao paciente<sup>8;12</sup>.

O levantamento dos registros hospitalares da Holanda aponta para a subnotificação dos domínios não físicos, quando as equipes de CP se limitam ao formato de consultoria<sup>12</sup>.

Os dados na Coreia do Sul apontam para o baixo índice de solicitação por atendimento em CP, por médicos que

---

tiveram experiências pouco produtivas com as equipes em CP, indicando a baixa capacitação na área específica<sup>14</sup>.

Nos Estados Unidos, entre as experiências apontadas nos estudos realizados no país, destaca-se a dificuldade em integrar os médicos às equipes de CP, pois, ainda que a maioria dos hospitais possui equipe de CP, apenas 25% tem médico participante, mesmo sendo obrigatório<sup>15</sup>.

Estudo realizado na Alemanha apontou que os médicos, em geral, solicitam apoio da equipe de CP para: controle de sintomas físicos; organização de cuidados adicionais e enfrentamento/alívio de pacientes e cuidadores e; pela pressão em diminuir o tempo de internação<sup>9</sup>.

Estudo realizado nos Estados Unidos com equipe de consultoria em cuidados paliativos e profissionais de várias especialidades, demonstrou que a maioria concorda que ainda há pouco conhecimento sobre as funções dessas equipes; resistência dos pacientes e dos familiares e poucas atitudes de apoio a integração<sup>17</sup>.

Também são barreiras encontradas: a percepção de profissionais de saúde e pacientes/familiares, de que a atuação da equipe de CP é pouco necessária; de que há poucas ações educativas - o que dificulta a ação colaborativa<sup>17</sup>; há limitações organizacionais dificultando que equipes de CP sejam formadas, preparadas e tenham autonomia e apoio para atuarem especialmente no formato direto<sup>19</sup>, e ainda a dificuldade na formação e capacitação mais sustentável das equipes de CP<sup>14</sup>.

### *Benefícios mais citados quanto ao desenvolvimento de cuidados paliativos*

As equipes holandesas investigadas compartilham as decisões com pacientes e familiares, respeitando sua autonomia, alcançam resultados mais efetivos<sup>13</sup>.

No sistema de saúde holandês há ferramenta específica para levantar e registrar as informações do paciente em CP, o que tem facilitado e promovido o trabalho das equipes<sup>12</sup>, com resultados semelhantes na França que criou a Política Nacional de Desenvolvimento de CP, o que contribuiu para a disseminação das equipes de CP, embora ainda distante da adequada sistematização<sup>8</sup>.

Os estudos dos registros holandeses apontam que quando a equipe treinada em CP está envolvida como parte da equipe de saúde do paciente e não apenas como consultora, o atendimento é integral e não apenas nos sintomas físicos<sup>12</sup>.

O modelo norueguês prevê o treinamento das equipes multidisciplinares em saúde para também prestarem CP, atuando efetivamente no atendimento integral do paciente<sup>18</sup>. A integração efetiva de equipe de CP com equipes de saúde diretamente envolvidas com o paciente facilita o atendimento integral e efetivo em CP<sup>12</sup>.

O estudo e acompanhamento realizado por oito anos no sistema integrado de CP no setor oncológico de um hospital rural da Noruega demonstrou a viabilidade do sistema, a satisfação de todos os usuários investigados e a

efetividade das práticas de cuidado integral<sup>18</sup>.

A China é um dos poucos países que indica, pelos estudos, que os médicos apoiam significativamente as equipes de CP e que defendem que a consulta com CP aliviou o sofrimento dos pacientes; auxiliou para suavizar a tensão na relação médico-paciente; diminuiu o risco de negligência e auxiliou a entender e querer aprender mais sobre paliativismo<sup>22</sup>.

Nos Estados Unidos há reconhecimento dos profissionais de saúde de que a comunicação, educação e informações sobre as atividades das equipes em CP é o maior facilitador para fomentar o reconhecimento de sua importância<sup>17</sup>.

### *Benefícios das equipes integradas saúde x cuidados paliativos*

Estudo Norte Americano demonstrou que a incorporação de equipe de CP em clínicas de oncologia ambulatorial resultou na redução da: carga de sintomas; da sobrecarga financeira; nas visitas ao departamento de emergência para gerenciamento de sintomas; e, também, facilitou o aumento da comunicação entre pacientes e provedores para garantir que os cuidados atendam aos desejos dos pacientes<sup>16</sup>.

Também nos estados Unidos demonstrou-se que modelos de CP pediátricos com equipes mais completas, atendendo em tempo integral esse segmento populacional, revelaram-se mais efetivas<sup>20</sup>.

Uma investigação junto aos pacientes e familiares da África do Sul, revelou que apesar do baixo conhecimento e da insegurança em tratar do paliativismo, há uma busca por mais informações e pela participação nas decisões acerca de CP<sup>26</sup>. Existem necessidades reveladas de atenção psicológica, espiritual, financeiras e outros elementos que causam sofrimento aos pacientes/familiares, indicando que equipes organizadas e especializadas na área são bem-vindas como colaboradoras diretas na disseminação do conhecimento e do cuidado integral<sup>26</sup>.

Experiências na Espanha mostraram que o atendimento precoce em CP é fundamental e ocorre com maior frequência no modelo compartilhado com profissionais de saúde primária, equipes domiciliares de CP e unidades de CP em hospitais<sup>27</sup>.

Destaca-se, nos estudos, a importância dada à necessidade de se promover internamente o fortalecimento das equipes de CP junto às equipes de saúde e demais profissionais que atuam nas instituições; sobretudo aos trabalhos realizados por residentes e enfermeiros que tem conhecimento mais atualizado e profundo sobre o tema. Dessa forma, a educação visa fortalecer o caminho para que as equipes de CP nos hospitais sejam aceitas, efetivas e integradas<sup>28</sup>.

Este estudo revelou pontos fundamentais para a compreensão da formação e atuação das equipes de CP nos hospitais, entre os quais destaca-se a excelência das equipes formadas com a função de atuar precocemente e que são integradas com as equipes de saúde<sup>29</sup>. Essas equipes trazem efetivos resultados às instituições hospitalares, seus profissionais e, especialmente, aos pacientes e cuidadores<sup>18</sup>. Experiências já na atenção primária apontam melhorias na identificação precoce de pacientes elegíveis para CP, e melhora na qualidade do atendimento ao fim da vida e na

---

utilização de recursos hospitalares<sup>27</sup>. Ocorre, entretanto, é que são muitas as experiências em que, a equipe de CP é solicitada apenas quando a terminalidade é inevitável e próxima<sup>8,9</sup>.

Para tanto, é fundamental ações educativas e inclusão do tema no currículo pedagógico, assim como a efetiva integração entre a equipe ambulatorial e as de CP,<sup>9,18</sup>, e o treinamento em raciocínio paliativo<sup>12</sup>. De outro ponto e, aliado a educação, está o planejamento da assistência e o marketing interno para a sensibilização dos departamentos para o contato com os serviços de CP<sup>28</sup>.

Nesse sentido, nos Estados Unidos tem sido testado o modelo em que se implementa uma Rede de Qualidade em Cuidados Paliativos (PCQN), para agregar todas as funções e elementos das equipes de CP e fomentar a oferta de atendimento integral e adequado a todos os pacientes com doenças que indicam risco à manutenção da vida<sup>29</sup>.

### *O papel da Enfermagem no contexto paliativo*

É importante destacar o modelo norueguês, o qual valoriza e reconhece a capacidade da enfermagem na coordenação, consultoria, integração e atuação direta em CP e ainda atuam como uma ponte entre os cuidados hospitalares e comunitários<sup>18</sup>. O modelo prevê o planejamento para a capacitação e organização das redes de enfermagem que atuam em todas as áreas de CP, desde o atendimento ao usuário do sistema, até na coordenação e gestão das equipes, bem como no treinamento de outros profissionais e na avaliação do sistema de CP em atuação em toda a rede de saúde do país<sup>18</sup>. Também atuam na coordenação e aprimoramento do atendimento oncológico e em CP nos hospitais e acompanhamento das demais equipes de CP (atendimento residencial), promovendo assim, a integração e colaboração entre essas equipes<sup>18</sup>.

Ainda existe a função de “enfermeiros de contato”, quando o paciente oncológico recebe alta, sendo responsável tanto pelo atendimento curativo como paliativo<sup>18</sup>.

Há efetiva importância da enfermagem especializada nas equipes de CP pediátricos nos Estados Unidos<sup>20</sup>, assim como esses profissionais com altas habilidades de gerenciamento e coordenação, desempenham um papel central em hospitais com equipes de CP com recursos limitados e com pouca presença de médicos no Japão<sup>30</sup>.

Em Maiorca, na Espanha, o projeto de educação e capacitação envolveu a formação em CP de líderes enfermeiros e clínicos gerais para atuarem na integração das equipes, como também na avaliação direta junto aos pacientes. O projeto teve a intenção de revalidar a necessidade ou não do atendimento precoce definido pela equipe de CP, como um meio de fomentar e melhorar os diagnósticos precoces de CP<sup>27</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo estudo, foi possível descrever as experiências de implementação e práticas das equipes de CP em hospitais de diversos países, com exceção do Brasil, no qual nenhum estudo que trouxesse um panorama no país foi encontrado.

A pesquisa demonstrou que a maioria dos hospitais ao redor do mundo adota o modelo de grupos consultores, que são multidisciplinares e atuam a partir da solicitação da equipe de saúde, em especial o médico. Esse formato de equipe atua também no contexto educativo e de planejamento.

Observou-se ainda um movimento evolutivo em que se reconhece maior efetividade quando há integração completa dessas equipes ao sistema para que atuem junto às equipes de saúde, no atendimento ao paciente e não somente quando solicitadas. Da mesma forma, tem-se fomentado as funções de educação, disseminação do conhecimento e atendimento aos profissionais de saúde que atuam diretamente com pacientes com doenças terminais.

Observa-se que as equipes de CP têm atuando de forma mais significativa em setores e com pacientes com câncer, o que foi apontado nos estudos como mais uma limitação a ser superada dado que todas as pessoas com doenças ou condições que ameaçam a continuidade da vida devem receber atendimento em CP.

Reforça-se a importância da enfermagem como profissão capacitada para atuar em CP e a necessidade de aprimorar o conhecimento desses profissionais especialistas em cuidado para atuarem como líderes na formação, implementação e atuação das equipes de CP nos hospitais.

Por fim, sugere-se o aporte de estudos que verifiquem a realidade brasileira e colaborem para o aprimoramento e disseminação em todo o sistema nacional das equipes de CP hospitalares.

## REFERÊNCIAS

- 1.Mello BS, Almeida M de A, Pruinelli L, Lucena A de F. Nursing outcomes for pain assessment of patients undergoing palliative care. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(1):64-72. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0307.
- 2.Lufchitz GHM, Moritz RD, Stam AMNF. Consultorias em cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva. *Arquivos Catarinenses de Medicina.* 2014;45(4):53-66.
- 3.Piccolo DP, Fachini M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. *Rev Ciênc Med.* 2018;27(2):85-92. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a3855>.
- 4.Coelho CBT, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2017;29(2). doi:10.5935/0103-507x.20170031.
- 5.Ganong, LH. Integrative reviews of nursing. *Rev. Nurs Health.* 1987;10(1)1-11.
- 6.Barata RCB. Dez coisas que você deveria saber sobre o Qualis. *Boletim Técnico Do PPEC,* 2017 2(1), 17p. doi: <http://dx.doi.org/10.21713/2358-2332.2016.v13.947>.

- 
7. CAPES. Classificação da Produção Intelectual. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. 2016. <http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumento-s-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>.
  8. Vinant P, Joffin I, Serresse L, Grabar S, Jaulmes H, Daud M, et al. Integration and activity of hospital-based palliative care consultation teams: the INSIGHT multicentric cohort study. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1). doi:10.1186/s12904-017-0209-9.
  9. Coym A, Oechsle K, Kanitz A, Puls D, Bokemeyer C, Ullrich A. Impact, challenges and limits of inpatient palliative care consultations – perspectives of requesting and conducting physicians. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(). doi:10.1186/s12913-020-4936-x.
  10. Nakazawa Y, Kato M, Miyashita M, Morita T, Ogawa A, Kizawa Y. Growth and Challenges in Hospital Palliative Cancer Care Services: An Analysis of Nationwide Surveys Over a Decade in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2021;61(6):1155-1164. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.10.023.
  11. Brinkman Stoppelenburg A, Polinder S, Meerum Terwogt J, Nijs E, Padt-Pruijsten A, Petrs L et al. The COMPASS study: A descriptive study on the characteristics of palliative care team consultation for cancer patients in hospitals. *Eur J Oncol Nurs*. 2019;29(1). doi:10.1111/ecc.13172.
  12. Kok M, van der Werff GFM, Geerling JI, Ruivenkamp J, Groothoff W, van der Velden A et al. Feasibility of hospital-initiated non-facilitator assisted advance care planning documentation for patients with palliative care needs. *BMC Palliat Care*. 2018;17(1). doi:10.1186/s12904-018-0331-3.
  13. Galekop MMJ, van Dijk HM, van Exel J, Cramm JM. Views of professionals and volunteers in palliative care on patient-centred care: a Q-methodology study in the Netherlands. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1). doi:10.1186/s12904-019-0479-5.
  14. Shim H-Y, Chang YJ, Kawk K-S, Mai TTX, Choi JY, Ahn EA et al. Do Korean Doctors Think a Palliative Consultation Team Would Be Helpful to Their Terminal Cancer Patients? *Cancer Res Treat*. 2017;49(2):437-445. doi:10.4143/crt.2015.495.
  15. Spetz J, Dudley N, Trupin L, Rogers M, Meier DE, Dumanovsky T. Few Hospital Palliative Care Programs Meet National Staffing Recommendations. *Health Aff*. 2016;35(9):1690-1697. doi:10.1377/hlthaff.2016.0113.
  16. Hallman K, Newton S. Outpatient palliative care: a case study illustrating clinic support offered to patients receiving

cancer treatment. *Clin J Oncol Nurs*. 2019;23(2):203–208. doi: 10.1188/19.CJON.203-208.

17. McDarby M, Carpenter BD. Barriers and Facilitators to Effective Inpatient Palliative Care Consultations: A Qualitative Analysis of Interviews With Palliative Care and Nonpalliative Care Providers. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2019 [Acesso em: 20 de abril 2021]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/1049909118793635>.

18. Brenne A-T, Knudsen AK, Raj SX, Skjelvan L, Lund JA, Thronæs M et al. Fully Integrated Oncology and Palliative Care Services at a Local Hospital in Mid-Norway: Development and Operation of an Innovative Care Delivery Model. *Pain and Therapy*. 2020;9(1):297-318. doi:10.1007/s40122-020-00163-7.

19. Verberne LM, Kars MC, Schepers SA, Schouten-van Meeteren AYN, Grootenhuis MA, van Delden JJM. Barriers and facilitators to the implementation of a paediatric palliative care team. *BMC Palliat Care*. 2018;17(1). doi:10.1186/s12904-018-0274-8.

20. Osenga K, Postier A, Dreyfus J, Foster L, Teeple W, Friedrichsdorf SJ. A Comparison of Circumstances at the End of Life in a Hospital Setting for Children With Palliative Care Involvement Versus Those Without. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(5):673-680. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.05.024.

21. Keele L, Keenan HT, Bratton SL. The Effect of Palliative Care Team Design on Referrals to Pediatric Palliative Care. *J Palliat Med*. 2016;19(3):286-291. doi:10.1089/jpm.2015.0261.

22. Qu X, Jiang N, Ge N, Ning XH. Physicians' Perception of Palliative Care Consultation Service in a Major General Hospital in China. *Chin Med Sci J*. 2018;33(4):228-233. doi:10.24920/003515.

23. Al-Saleh K, Al-Awadi A, Soliman NA, Mostafa S, Mostafa M, Mostafa W et al. Timing and Outcome of Referral to the First Stand-Alone Palliative Care Center in the Eastern Mediterranean Region, the Palliative Care Center of Kuwait. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;34(4):325-329. doi:10.1177/1049909115625959.

24. Waite K, Rhule J, Bush D, Meisenberg B. End-of-Life Care Patterns at a Community Hospital: The Rest of the Story. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;34(10):977-983. doi:10.1177/1049909116673300.

25. Szekendi MK, Vaughn J, Lal A, Ouchi K, Williams MV. The Prevalence of Inpatients at 33 U.S. Hospitals Appropriate for and Receiving Referral to Palliative Care. *J Palliat Med*. 2016;19(4):360-372. doi:10.1089/jpm.2015.0236.

26. Ndiok A, Ncama B. Assessment of palliative care needs of patients/families living with cancer in a developing country. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(3):1215-1226. doi:10.1111/scs.12568.

- 
- 27.Llobera J, Sansó N, Ruiz A, Llagostera M, Serratusell E, Serrano C et al. Strengthening primary health care teams with palliative care leaders: protocol for a cluster randomized clinical trial. *BMC Palliat Care*. 2017;17(1). doi:10.1186/s12904-017-0217-9.
- 28.Liu OY, Malmstrom T, Burhanna P, Rodin MB. The Evolution of an Inpatient Palliative Care Consultation Service in an Urban Teaching Hospital. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;34(1):47-52. doi:10.1177/1049909115610077.
- 29.Pantilat SZ, Marks AK, Bischoff KE, Bragg AR, O’Riordan DL. The Palliative Care Quality Network: Improving the Quality of Caring. *J Palliat Med*. 2017;20(8):862-868. doi:10.1089/jpm.2016.0514.
- 30.Sakashita A, Kishino M, Nakazawa Y, Yotani N, Yamaguchi T, Kizawa Y. How to Manage Hospital-Based Palliative Care Teams Without Full-Time Palliative Care Physicians in Designated Cancer Care Hospitals. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;33(6):520-526. doi:10.1177/1049909115569879.