

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**DIFICULDADE DE IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS:  
uma metassíntese da literatura**

Belo Horizonte / MG  
2013

EDVÂNIA MARIA DAMASCENO AZALIM

**DIFICULDADE DE IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS:  
uma metassíntese da literatura**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Oncológica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Salete Maria de Fátima Silqueira.

Belo Horizonte / MG  
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Azalim, Edvânia Maria Damasceno

Dificuldade de implantação da sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos [manuscrito] : uma metassíntese da literatura / Edvânia Maria Damasceno Azalim. - 2013.

41 f.

Orientadora: Salete Maria de Fátima Silqueira.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Assistência de Enfermagem. 2.Processos de Enfermagem. 3.Cuidados Paliativos. I.Silqueira, Salete Maria de Fátima. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.




EDVÂNIA MARIA DAMASCENO AZALIM

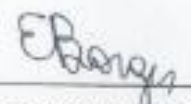
TÍTULO DO TRABALHO: *"Dificuldades de implantação da SAE em cuidados paliativos. Uma metassíntese da literatura."*

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade*, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em *Oncologia* (Área de concentração).

APROVADO: 11 de julho de 2013.

  
Prof.<sup>a</sup> SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA  
(Orientadora)  
(UFMG)

  
Prof.<sup>a</sup> MIGUIR TEREZINHA VIECELLI DONOSO  
(UFMG)

  
Prof.<sup>a</sup> ELINE LIMA BORGES  
(UFMG)

## RESUMO

É pela implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por meio do Processo de Enfermagem (PE) que o enfermeiro pode utilizar o raciocínio clínico e julgamento crítico para identificação e levantamento de problemas e ajudar na escolha da melhor decisão de acordo com as necessidades reais biopsicossocial-espirituais dos clientes e seus familiares. **OBJETIVO:** reconhecer condições envolvidas no processo de implementação da sistematização nos cuidados paliativos. **MÉTODO:** utilizou-se a prática baseada em evidências como referencial teórico e a metassíntese como referencial metodológico. A busca dos estudos foi realizada na: Biblioteca Virtual em Saúde, que inclui publicações indexadas nas bases LILACS, SCIELO, IBECS, COCHRANE, e MEDLINE. Os artigos selecionados para a amostra foram qualificados conforme suas características gerais a partir dos critérios do instrumento *Critical Appraisal Skills Programs, CASP*. **RESULTADOS:** encontrou-se que modelo de atendimento é baseado na doença e organizado em torno de especialidades médicas; a imprevisibilidades, pelas incertezas da vida; a proximidade da morte, instabilidade do quadro clínico do cliente; e a multiplicidade de problemas do paciente e falta de controle e de poder no local de trabalho e a gravidade de cuidar de pacientes que morrem. **DISCUSSÃO:** a atuação social do enfermeiro está identificada na SAE que se faz imperativa para a avaliação crítica da pertinência e relevância do trabalho de enfermagem frente ao atendimento das necessidades de saúde humanas básicas. **CONCLUSÃO:** é mister a necessidade de reflexão sobre o cuidar da pessoa em cuidados paliativos.

**DESCRITORES:** Cuidados de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Processos de Enfermagem, Cuidados Paliativos, Planejamento de Assistência ao Paciente.

## ABSTRACT

It is the implementation of the Care System Nursing (ASN) through the Nursing Process (EP) that the nurse can use clinical reasoning and critical judgment to identify and survey of problems and help in choosing the best decision according to the needs real biopsychosocial-spiritual needs of clients and their families. **OBJECTIVE:** Recognize conditions involved in the implementation process of systematization in palliative care. **METHOD:** We used the evidence-based practice as a theoretical and methodological framework as metasynthesis. A search of studies was performed in: Virtual Health Library, which includes publications indexed in LILACS, SciELO, IBECs, COCHRANE and MEDLINE. The articles selected for the sample were classified according to their general characteristics from the criteria of the instrument Critical Appraisal Skills Programs, CASP. **RESULTS:** it was found that the model of care is based on illness and organized around medical specialties, the unpredictability, the uncertainties of life, the proximity of death, clinical instability of the client, and the multiplicity of patient problems and lack of control and power in the workplace and severity of caring for dying patients. **DISCUSSION:** the social action of the nurse is identified in SAE that is imperative for the critical evaluation of the relevance and importance of nursing work ahead to meet the basic human needs of health. **CONCLUSION:** it is necessary to reflect on the need to care for the person in palliative care.

**KEYWORDS:** Nursing Care, Nursing Care, Nursing Process, Palliative Care, Patient Care Planning.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Base de dados, estratégia de busca dos descritores e publicações identificadas e selecionadas. Belo Horizonte, 2013.....	30
<b>Quadro 2</b> - Caracterização dos estudos conforme a amostra obtida. Belo Horizonte, 2013.....	32
<b>Quadro 3</b> - Caracterização dos estudos conforme o objetivo e método da amostra obtida. Belo Horizonte, 2013.....	34

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVO.....	13
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	14
4. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	18
4.1. Prática Baseada em Evidência.....	18
4.2. Revisão Sistemática.....	21
4.2.1 Metassíntese qualitativa .....	25
5. PERCURSO METODOLÓGICO .....	28
6. RESULTADOS .....	32
7. DISCUSSÃO.....	36
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	39
REFERÊNCIAS DA AMOSTRA.....	40
REFERÊNCIAS .....	41
ANEXO .....	47
APÊNDICE .....	49

## 1. INTRODUÇÃO

A disciplina cuidados paliativos começou a ser organizada a cerca de quarenta anos. Esta inclui assistência, ensino e pesquisa, tendo em seu arcabouço teórico conhecido como filosofia do moderno movimento *hospice* - o cuidar de um ser humano que está morrendo, e de sua família, com compaixão e empatia (FLORIANI, SCHRAMM, 2008).

O cuidado paliativo busca o alívio dos principais sintomas estressores do paciente com intervenções centradas no paciente e não na cura de sua doença, o que significa a participação autônoma do paciente nas decisões que dizem respeito a intervenções sobre sua doença; são cuidados que visam dar uma vida restante com mais qualidade e um processo de morrer com menor sofrimento possível; o que se propõe é amparar o paciente e seu cuidador/sua família (FLORIANI, SCHRAMM, 2008).

A família, o paciente e a equipe de saúde encaram grandes desafios quando o tratamento curativo não é mais uma opção. Devendo então buscar novas medidas para o controle da dor e de outros sintomas; acompanhamento e suporte psicossocial e espiritual; sempre com o objetivo de buscar uma melhor qualidade de vida (REMEDI, *et al.*, 2009).

O paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, não somente em sua fase terminal, mas durante toda trajetória da doença, demonstra fragilidades e limitações bastante específicas de naturezas física, psicológica, social e espiritual. É o paciente, para o qual a ciência não possui recurso para conter o avanço fatal da doença, apresentando questionamentos para a equipe de saúde, familiares e para o próprio indivíduo. Surge, assim, a necessidade de um modo específico de cuidar (SILVA, SUDIGURSKY, 2008).

Os questionamentos relativos às últimas fases da vida e do próprio processo de morte e morrer têm se mostrado objeto de reflexão no campo da saúde, da filosofia, da antropologia e sociologia e existe um consenso entre os pesquisadores quando afirmam que não se deve preservar a vida biológica a qualquer custo (obstinação terapêutica) se isso provocar mais dor e sofrimento ao paciente e, sobretudo, perda da auto-estima e dignidade (REMEDI, *et.al.* 2009).

E é importante manter a qualidade de vida quando o paciente está fora de possibilidades terapêuticas de cura. Entretanto, para garanti-la, os enfermeiros enfrentam uma dificuldade: desenvolver meios para fornecer um cuidado de enfermagem sensível que permita a manutenção da saúde simultaneamente em confronto com a natureza terminal da doença (SANTO, PAGLIUCA, FERNANDES, 2007).

Dado isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem conceituar os Cuidados Paliativos como uma resposta aos questionamentos feitos pelos familiares, profissionais de saúde e os pacientes que se encontram fora de possibilidades terapêuticas como: “medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, por meio da prevenção e alívio do sofrimento com identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais” (SANTO, PAGLIUCA, FERNANDES, 2007).

O profissional de enfermagem pode ser instigado a olhar de forma mais ampla, acurada e reflexiva a realidade que o cerca, a fim de compreender a dimensão do cuidado humano na sua multidimensionalidade. Ser um profissional crítico e reflexivo traduz-se na capacidade de ver e entender a prática do cuidado de si, do outro e do nós como espaço e momento para problematizar a realidade profissional e pessoal, assim como analisar e refletir criativamente sobre as ações desenvolvidas na prática desse cuidado (BAGGIO, MONTICELLI, ERDMANN, 2009).

Em tempo de conhecimento faz-se extremamente relevante buscar nova competência na maneira de organizar o trabalho, nas atitudes profissionais agregadas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, em suas diferentes dimensões, abrangências e especificidades (NASCIMENTO, *et al.*, 2008).

Visto isso, pode-se entender que a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma ferramenta para planejar, estruturar, otimizar e organizar o espaço de trabalho, além de dizer exatamente as atribuições dos membros da equipe de enfermagem. Portanto, a SAE é um instrumento que oferece elementos para a organização da assistência e a direção do cuidado (OLIVEIRA, *et al.*, 2012).

A SAE pode ser compreendida também como um processo de trabalho emancipatório, expressão que significa a compreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e hipótese que, ao serem articulados de forma técnica, política e ética, permitiram aos indivíduos pensar, refletir e agir. O enfermeiro quando se torna sujeito do seu processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e de cidadania, têm como condição a possibilidade de sentir liberdade, autonomia, integridade e estética, na tentativa de buscar qualidade de vida por meio de seu trabalho, de modo que todos os envolvidos possam encontrar sua auto-realização (SANTOS, MONTEZELI, PERES, 2012).

Ao utilizar este instrumento, o enfermeiro pode proporcionar assistência ao paciente de modo sistematizado e individualizado, o que beneficia suas atividades gerenciais, além de colaborar para a qualidade do cuidado de enfermagem. Soma-se a isto, o fato de que o

enfermeiro consegue distinguir o seu modelo de atuação por meio do seu saber, com a finalidade de que seu fazer possibilite visibilidade, mostre o seu ser e proporcione modificações significativas no modo de produzir enfermagem, exercendo sua autonomia de forma efetiva (SANTOS, MONTEZELI, PERES, 2012).

Discutir os modelos de cuidados no fim da vida justifica-se visto que se trata de uma fase de importantes privações físicas e de comprometimento de outras esferas vitais, como a emocional e a social. Com isso a formação de recursos humanos para uma assistência compatível com bons cuidados no fim da vida constitui um desafio para os sistemas de saúde, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (FLORIANI E SCHRAMM, 2008).

A Enfermagem pode atuar de maneira significativa, tendo em vista, seu trabalho ser baseado na identificação de respostas humanas e no estabelecimento de estratégias que proporcionem a recuperação da saúde ou a melhoria do bem-estar individual ou coletivo, além disso, a equipe de enfermagem está próxima por mais tempo do paciente e seus familiares. O enfermeiro pode fazer uso de ferramentas, como o Processo de Enfermagem (PE), que é considerado uma maneira de organizar ou sistematizar a assistência prestada ao indivíduo, focalizando o holismo e a interação da equipe-cliente-família (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

O PE é um método sistematizado de oferecer cuidados humanizados objetivando atingir resultados esperados. É sistemático, pois segue cinco passos que ocorrem de forma concomitante e inter-relacionada, sendo estes: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; e é humanizado na medida em que a prestação dos cuidados é baseada nas necessidades do paciente. É pela implementação da SAE através do PE que o enfermeiro pode utilizar o raciocínio clínico e julgamento crítico para identificação e levantamento de problemas e ajudar na escolha da melhor decisão de acordo com as necessidades reais biopsicossocial-espirituais dos clientes e seus familiares (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

A partir dessa exposição, entende-se que a produção de conhecimentos na área de enfermagem deve seguir em busca de um cuidado integral e com práticas alicerçadas no conhecimento de embasamento científico com referencial teórico, considerando também a importância da legislação conforme disposto na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem que nos norteia e conscientiza a assumirmos nossas responsabilidades profissionais, e ainda na convicção de que o enfermeiro deve posicionar-se contra a visão do ser fragmentado.

A enfermagem é a ciência que possui em seu arcabouço teórico a premissa da pessoa como ser biopsicossocial e espiritual que busca atender as necessidades humanas básicas das pessoas; então, entende-se que os enfermeiros devem buscar proporcionar aos que estão em cuidados paliativos, cuidados com base nas teorias de enfermagem visto que esta pessoa não necessita mais de um profissional que a considere apenas em sua enfermidade, mas sim, no seu ser que está morrendo. Não se morre em partes se morre em todo, e o enfermeiro tem todos os elementos dentro de sua formação para cuidar deste ser, e não simplesmente oferecer cuidados centrados na visão biomédica como os que são observados atualmente na prática clínica.

Torna-se então relevante a tentativa de reconhecer condições envolvidas no processo de implementação da sistematização nos cuidados paliativos através de evidências científicas disponíveis na literatura sobre o assunto.

Visto que essa possui reconhecida capacidade de conduzir os enfermeiros numa prática mais consistente e com base em teorias de conhecimento de enfermagem, onde se encontra os parâmetros de cuidados na visão do ser biopsicossocial e que essa prática se encontra de modo tão incipiente especialmente em cuidados paliativos onde a enfermagem tem muito que fazer e que às vezes se encontra envolvida em cuidados de visão biomédica centrada apenas no tratamento médico. Entende-se, então, que propor esse trabalho é de muita relevância uma vez que a discussão nos conduz a caminhos de encontro às soluções.

Apesar da SAE já estar sendo aplicada em alguns hospitais, observou-se que a aplicação desta com enfoque em pacientes com cuidados paliativos pouco tem sido discutido e assim, espera-se que o presente estudo possa dar subsídios para facilitar a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nessa clientela específica e também que estimule a realização de novos estudos, tendo em vista a importância do tema para o crescimento e reconhecimento da enfermagem como profissão e ciência.

## **2. OBJETIVO**

Reconhecer condições envolvidas no processo de implementação da sistematização nos cuidados paliativos.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

O cuidado paliativo conforme *World Health Organization (WHO)*, é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam o problema associado à doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossocial e espiritual.

Os princípios do cuidado paliativo podem ser descritos como: saber quando a morte está chegando, manter o controle sobre o que ocorre, preservar a dignidade e a privacidade, aliviar a dor e demais sintomas, escolher o local da morte, ter suporte espiritual e emocional, controlar quem está presente, ter tempo para dizer adeus e partir quando for o momento. Esses ressaltam a autonomia do paciente como um dos pontos fundamentais na busca da excelência dos cuidados de enfermagem proporcionados; e inserem-se em um dos principais alicerces da Bioética, o respeito à pessoa (VIEIRA, GOLDIM, 2012).

A filosofia dos cuidados paliativos conforme Araújo e Silva, (2007): assegura a morte como um processo normal do viver; não acelera nem adia a morte; busca aliviar a dor e outros sintomas penosos; agrega os aspectos psicológicos, sociais e espirituais no cuidado do paciente; disponibiliza uma rede de apoio para auxiliar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até sua morte; oferece um sistema de apoio para a família do paciente na experiência do processo de luto.

Ainda conforme retro autores a assistência de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos deve considerar o paciente um ser único, complexo e multidimensional: biológico, emocional, social e espiritual.

Então para isso, cabe à enfermeira não ater-se somente no bem-estar da pessoa, mas na sua existência plena, ajudando o ser humano nesse momento particular da sua vida (SANTO; PAGLIUCA, FERNANDES, 2007).

A presunção de que não há mais nada a se fazer pelo paciente sem possibilidades de cura é errônea: enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de enfermagem. Neste sentido, a atuação da equipe de enfermagem é fundamental e indispensável para oferecer o máximo de conforto ao paciente em cuidados paliativos, ajudando-o a vivenciar o processo de morrer com dignidade, para que utilize da melhor forma possível, o tempo que lhe resta. Isto significa ajudar o ser humano a buscar qualidade de vida, quando não é mais possível adicionar quantidade (ARAÚJO, SILVA, 2007).

Na equipe de Cuidados Paliativos, a enfermeira cumpre uma função ímpar, cujo cuidado envolve uma visão humanística que compreende não somente a dimensão física, mas também as preocupações psicológicas, sociais e espirituais do paciente. Apesar da impossibilidade de cura, isso não significa o desgaste da relação enfermeiro paciente, mas, sim, o estreitamento dessa atenção, a qual, certamente, trará benefícios para ambos (SANTO, PAGLIUCA, FERNANDES, 2007).

O controlar dos sofrimentos físico, emocional, espiritual e social são pontos essenciais e orientadores do cuidado. Pode ser oferecido em instituições de saúde bem como na própria residência do paciente. Pode e deve ser ofertado às pessoas fora de possibilidades terapêuticas (desde seu diagnóstico até o momento da morte) e aos seus familiares (durante o curso da doença e em programas de enlutamento) (SILVA, HORTALE, 2006).

Assim a atitude reflexiva implica em analisar a prática cotidiana de cuidado em suas condições ambientais, culturais e sociais, possibilitando a construção de novas formas de pensar e agir, em direção a melhores práticas para o cuidado de si, do outro e do nós. Se esta proposta for operacionalizada considerando as múltiplas e complexas dimensões do cuidado a tarefa poderá ser ainda mais instigante e impactante quanto às repercussões futuras desta prática reflexiva (BAGGIO, MONTICELLI, ERDMANN, 2009).

Este momento histórico atual, marcado pela hegemonia de determinadas disciplinas e/ou profissões sobre outras, pela crescente especialização e conseqüente fragmentação do saber e, por que não dizer, pelo desmembramento do próprio ser humano, o pensamento complexo interpela-nos a redimensionar o nosso olhar e a rever as práticas baseadas por um saber linear e reducionista (NASCIMENTO, *et al.*, 2008).

Desde sua formação o papel exercido pelo enfermeiro é construído e apoiado nas ações do cuidar e do saber – fazer – ser, conduzindo a enfermagem para o caminho desse cuidar. Uma importante reflexão para a enfermagem está na questão do valor que a sociedade ocidental ainda cultua o ter e o saber na dimensão material e individualista comparada ao ser e o fazer pautados em valores éticos básicos e no respeito aos direitos fundamentais do Homem a uma existência e convivência digna nos meios privado e público (MENEZES, PRIEL, PEREIRA, 2011).

A utilização de um modelo de processo de trabalho que sistematiza a assistência e direciona o cuidado, possibilita segurança ao usuário do sistema de saúde e aos profissionais. Então a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de

Enfermagem nas ações a serem realizadas. Trata-se de um processo dinâmico e que requer na prática conhecimento técnico e científico (MENEZES, PRIEL, PEREIRA, 2011).

No entanto, percebe-se que, na prática, a SAE ainda não é implementada em sua totalidade, pois a realização sistematizada de registros, que é imprescindível para sua consolidação, não é ainda uma rotina no trabalho do enfermeiro, em muitas instituições (PIMPÃO, *et al.*, 2010).

Por se caracterizar como uma profissão dinâmica, a enfermagem precisa de uma metodologia que seja capaz de refletir tal dinamismo. O processo de enfermagem é considerado a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo, facilitando a troca de informações entre enfermeiros de várias instituições. A aplicação do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrada nas necessidades humanas básicas, e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomadas de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem (ANDRADE, VIEIRA, 2005).

A SAE é reconhecida pelos profissionais de enfermagem como marco a ser institucionalizado nos serviços de saúde, é uma relevante ferramenta utilizada para planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado direto e indireto aos clientes. Essa é originalmente regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 272/2002 e atualmente pela Resolução COFEN 358/2009, a SAE é utilizada como metodologia assistencial compreendida como aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos clientes, utilizando ou não o Processo de Enfermagem (PE) ou partes do mesmo (TORRES, *et al.*, 2011).

Sua implantação constitui uma exigência para as instituições de saúde, tanto públicas como privadas, de todo o Brasil. Contudo, a prática profissional habitual tem demonstrado que o processo de enfermagem ainda não se encontra totalmente implantado nos serviços de saúde, como também muitas dificuldades são encontradas na implementação desse processo (MEDEIROS, SANTOS, CABRAL, 2012).

O PE é sistemático, pois segue cinco passos que ocorrem de forma concomitante e inter-relacionada, sendo estes: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; e é humanizado na medida em que a prestação dos cuidados é baseada nas necessidades do paciente (NASCIMENTO, *et al.*, 2012).

Considerando o cenário atual observa-se que a Resolução do COFEN nº 272/2002 por si só talvez não garanta todo o apoio que a implantação da SAE exige, pois muitos fatores têm

desencadeando dificuldades práticas tanto de implantação como implementação dessa metodologia nas instituições de saúde (HERMIDA, ARAÚJO, 2006).

A Resolução COFEN n.º. 272/2002 destaca a necessidade de aplicação da SAE na prática diária da enfermagem em seus distintos ambientes de trabalho: uma atividade que é privativa do enfermeiro emprega método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Esta ainda afirma que cabe privativamente ao enfermeiro a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem (FULY, LEITE, LIMA, 2008).

Enquanto processo organizacional a SAE é capaz de proporcionar contribuições para o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Contudo, percebe-se um cuidado de enfermagem ainda profundamente centrado na doença e não no ser humano, enquanto sujeito ativo e participativo do processo de cuidar. A crescente abertura para os novos métodos de produzir conhecimento por meio do processo de cuidar humano permite substituir o olhar reducionista e seguro do saber institucionalizado, por um outro, diferenciado para os contornos de saúde/doença (NASCIMENTO, *et al.*, 2008).

É importante que os trabalhadores de enfermagem, por força dos papéis profissionais que exercem, interajam com outros seres humanos em diversos cenários de cuidado em saúde. Necessitam desenvolver a capacidade de olhar para o mundo do trabalho e perceberem-se como agentes do mesmo, para promoverem-se enquanto sujeitos conscientes do seu fazer. Para que alcancem coletivamente esta direção sugere-se que a reflexão seja mediada pelo diálogo. Um diálogo crítico e libertador (WATERKEMPER, REIBNITZ, MONTICELLI, 2010).

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO**

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura científica na modalidade denominada metassíntese e como referencial teórico elegeu-se a Prática Baseada em Evidências (PBE).

### **4.1. Prática Baseada em Evidência**

A Prática Baseada em Evidência (PBE) surgiu na década de 80, primeiramente na Medicina, tendo como precursor o médico Archie Cochrane que utiliza os resultados de pesquisa como método para melhorar as decisões no cuidado da saúde, aperfeiçoando a assistência ao paciente e reduzindo custos (JENNINGS, LOAN, 2001).

No Brasil, esse movimento desenvolve-se na medicina, principalmente em universidades dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul; na enfermagem é um movimento incipiente e a maioria da literatura disponível encontra-se em língua estrangeira (GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003).

O movimento designado de prática baseada em evidências originou-se da constatação de que as evidências geradas por pesquisadores em todo o mundo não chegavam aos médicos e pacientes de modo atualizado e confiável. Esse movimento desenvolveu-se com o propósito de enfrentar essa lacuna entre pesquisa e prática. Fundamenta-se na aplicação de conhecimentos básicos de epidemiologia e bioestatística para avaliar a evidência clínica quanto a sua validade e utilidade potencial. Praticar com base em evidências é integrar as melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional e à preferência do paciente (CRUZ, PIMENTA 2005).

Assim como para os autores citados acima, Pompeo; Rossi e Galvão (2009), também reconhecem que a PBE emergiu da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos e a prática clínica. Essa abordagem envolve a delimitação do problema, busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, implantação das evidências na prática clínica e a avaliação dos resultados obtidos. A competência clínica do profissional de saúde e as preferências do paciente são também aspectos importantes e devem ser considerados na tomada de decisão sobre a assistência à saúde.

Também Santos; Pimenta e Nobre (2007), coloca que a PBE visa à melhoria do cuidado, por meio da identificação e promoção de práticas que funcionem e eliminação das

ineficientes ou prejudiciais e minimização da lacuna entre a geração da evidência e sua aplicação no cuidado ao paciente.

Evidência é aquilo que é claro, a constatação de uma verdade que não suscita qualquer dúvida. Evidência científica representa uma prova de que um determinado conhecimento é verdadeiro ou falso. Para que se tenha evidência científica é necessário que exista pesquisa prévia, conduzida dentro dos preceitos científicos seguindo as etapas que são apresentadas a seguir (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007).

As etapas da PBE conforme os mesmos autores citados anteriormente são: 1 – Identificação de um problema clínico; 2 – Formulação de uma questão clínica relevante e específica; 3 – Busca das evidências específicas; 4 – Avaliação das evidências disponíveis; 5 – Avaliação da aplicabilidade clínica das evidências; 5 – Implementação da evidência no cuidado ao paciente; 6 – Avaliação dos resultados da mudança.

A evidência deve ser buscada para sustentar as decisões clínicas de diagnóstico, intervenções e resultados (CRUZ, PIMENTA, 2005).

Esta motivou o desenvolvimento de métodos de revisão de literatura, os quais têm como principal propósito buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis do tema investigado (POMPEO, ROSSI, GALVÃO, 2009).

A origem da enfermagem baseada em evidências foi no movimento da medicina baseada em evidências, e pode ser definida como o uso consciencioso, explícito e criterioso de informações derivadas de teorias, pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupo de pacientes, levando em consideração as necessidades individuais e preferências (GALVÃO, SAWADA, TREVISAN, 2004).

Na enfermagem, a implementação da prática baseada em evidências poderá contribuir para a mudança da prática baseada em tradição, rituais e tarefas para uma prática reflexiva baseada em conhecimento científico promovendo a melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares. (SAWADA, MENDES, 2003).

O uso de evidências científicas requer habilidades do profissional de saúde, pois exige associar resultados oriundos de pesquisas na prática clínica para a resolução de problemas. A utilização de resultados de pesquisas é um dos pilares da PBE, e dessa maneira, para a implementação desta abordagem na enfermagem, o enfermeiro necessita saber como obter, interpretar e integrar as evidências com os dados clínicos e preferências do paciente na tomada de decisões na assistência de enfermagem aos pacientes e seus familiares (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

É uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, fundamentada no conhecimento e qualidade da evidência; envolve a definição do problema clínico, identificação das informações necessárias, condução da busca de estudos na literatura, avaliação crítica da literatura, identificação da aplicabilidade dos dados oriundos dos estudos e a determinação de sua utilização para o paciente (GALVÃO, SAWADA, TREVISAN, 2004).

A enfermagem ainda não dispõe de pesquisas em quantidade e com as características necessárias para sustentar a prática baseada em evidências. É fundamental que os pesquisadores atentem para esse fato e reorganizem esforços nessa direção. No entanto, a ausência de evidência de alta qualidade não impossibilita a tomada de decisões baseada em evidência; nessa situação, o que é requerido é a melhor evidência disponível e não a melhor evidência possível (CRUZ, PIMENTA, 2005).

Os avanços tecnológicos representam aquisições ao processo de cuidar e à prática profissional do enfermeiro, exigem novas atitudes, condutas e formas de pensar e ser. Assim, é necessário compreender o impacto que estes apresentam no cuidado, no sentido de validar conhecimentos e produzir evidências que subsidiem sua aplicação. Emerge a necessidade de pesquisas que comprovem a efetividade das intervenções atuais, tornando-as mais confiáveis (PEDROLO, *et al.*, 2009).

A melhor evidência é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada no paciente para aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção (PEDROLO, *et al.*, 2009).

A integração das melhores evidências com a habilidade clínica e a preferência do paciente proporciona uma relação entre diagnóstico e terapêutica, que otimiza o resultado clínico e a qualidade de vida (GRIGOLETO, *et al.*, 2011).

A intuição, observações não sistematizadas, princípios fisiopatológicos não são desconsiderados, porém não são fontes de evidências com alto grau de validade. Evidência é “algo” que fornece provas, e a evidência pode ser categorizada em níveis (CRUZ, PIMENTA, 2005).

A prática baseada em evidências focaliza sistemas de classificação de evidências. Geralmente esses sistemas são caracterizados de forma hierárquica, dependendo do delineamento de pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento do estudo (GALVÃO, 2006).

A abordagem qualitativa tornou-se progressivamente um caminho para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem no movimento da prática baseada em

evidências; apesar de existir conforme os mesmos autores; uma cultura que não reconhece a importância da abordagem qualitativa, a qual dificulta o incremento da enfermagem baseada em evidências. Assim, estudiosos da enfermagem elaboraram uma classificação que inclui os estudos com abordagens quantitativa e qualitativa (GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003).

Por fim, compreende-se que a prática baseada em evidências não deve ser vista como um recurso para limitar a liberdade da ação dos profissionais, mas como um recurso que abre caminho para ações e intervenções. Ao avaliar sua prática e os conhecimentos reproduzidos em textos, os profissionais podem propor uma intervenção mais adequada e segura para atender as necessidades individuais de seus pacientes (PEREIRA, BACHION, 2006).

#### **4.2. Revisão Sistemática**

A revisão bibliográfica sistemática é definida como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível. Esta reúne grande quantidade de resultados de pesquisas clínicas, discutindo diferenças entre estudos primários que tratam do mesmo objeto. Então os estudos primários são, neste caso, os sujeitos da pesquisa (LOPES, FRACOLLI, 2008).

A revisão é denominada revisão sistemática qualitativa, quando a informação obtida não é passível de análise estatística. Por outro lado, quando permite a análise estatística e cálculo de uma medida sumária, denomina-se revisão sistemática quantitativa ou Metanálise (LIMA, LACERDA, 2010).

A revisão sistemática da literatura é atividade fundamental para a prática baseada em evidência, uma vez que condensa uma grande quantidade de informações em um único estudo, tornando de fácil acesso a informação, refinando os estudos e separando os de menor rigor acadêmico dos fortemente confiáveis, além de servir de base científica para formulação de guias de condutas (PEREIRA, BACHION, 2006).

Esta se caracteriza por um estudo secundário que tem por objetivo reunir estudos primários, publicados ou não, avaliando-os criticamente em sua metodologia e reunindo-os numa análise estatística a metanálise quando isso é possível (OLIVEIRA, *et al.*, 2010).

Constitui-se de uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados. Difere-se de outros métodos de revisão, pois busca superar possíveis vieses em

cada uma das etapas, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas; avaliação de relevância e validade dos estudos encontrados; coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos de pesquisa (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Seu foco é confirmar a efetividade de uma intervenção, freqüentemente através de estudos experimentais, como os estudos randomizados controlados. Embora tenham grande importância para a saúde, em geral, e para a enfermagem, em particular, tais estudos tendem a não incluir, em suas amostras bibliográficas, métodos interpretativos, observacionais ou descritivos, característica de grande parte da produção científica em enfermagem. No entanto, a experiência clínica, baseada na reflexão e no julgamento pessoal, é também necessária para a tradução de evidências científicas na intervenção e tratamento dos pacientes (LOPES, FRACOLLI, 2008).

Os estudiosos afirmam conforme Galvão, Sawada, Trevisan, (2004), que apesar de as revisões sistemáticas enfocarem primordialmente estudos randomizados controlados, esse recurso pode ser usado para identificar, avaliar e sintetizar estudos que empregam outros delineamentos de pesquisa. Na enfermagem, os estudos randomizados controlados são menos comuns, e a finalidade da revisão sistemática é permitir que a melhor evidência atual seja discutida, assim outros desenhos de pesquisa podem ser utilizados

Ela também objetiva responder a uma pergunta claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar as pesquisas relevantes, coletar e analisar dados de estudos incluídos na revisão (CORDEIRO, *et al.*, 2007).

As revisões sistemáticas de pesquisas existentes fornecem um rigoroso método para avaliar a eficácia das diferentes intervenções que visam à implementação das evidências na prática de saúde (BOAZ, BAEZA, FRASER, 2011).

Conforme Lima, Lacerda, (2010), quando confrontada a revisão narrativa com a revisão sistemática esta última possui diversas vantagens, a saber: metodologia reprodutível; prevenção da duplicação da pesquisa; rápida atualização; prevenção de controvérsias na literatura, uma vez que o importante não é a quantidade de estudos favoráveis, mas a soma de todos os casos devidamente estudados; antecipação em décadas do resultado de grandes ensaios clínicos, dadas a dificuldades de ordem técnica e/ou financeira; detecção precoce de tratamentos inadequados; aumento da precisão dos dados; identificação de áreas carentes de estudos primários; economia de recurso em pesquisa clínica e em assistência médica; auxílio nas decisões para políticas de saúde.

Ainda segundo esses autores, dentre as desvantagens incluem: consumo de tempo; grande trabalho intelectual; não consegue aprimorar a qualidade dos estudos primários, uma

vez que se utiliza de dados secundários; dificuldade para realização da revisão sem o auxílio de um segundo profissional; necessidade de bom senso no que tange às evidências e opiniões.

As revisões sistemáticas nos permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos. Outras vantagens, conforme os autores Sampaio, Mancini, (2007) incluem a possibilidade de avaliação da consistência e generalização dos resultados entre populações ou grupos clínicos, bem como especificidades e variações de protocolos de tratamento. É importante destacar que esse é um tipo de estudo retrospectivo e secundário, isto é, a revisão é usualmente desenhada e conduzida após a publicação de muitos estudos experimentais sobre um tema. Dessa forma, uma revisão sistemática depende da qualidade da fonte primária.

As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica / intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras (SAMPAIO, MANCINI, 2007).

A seguir, encontra-se de forma sucinta as fases do processo, para elaborar uma revisão sistemática, tendo, como referência, os estudos encontrados na revisão da literatura por (GALVÃO, SAWADA, TREVISAN, 2004), e que serão utilizados como referência para este estudo.

**Primeira fase:** a construção do protocolo. A primeira fase do processo para a condução da revisão sistemática consiste na elaboração do protocolo, o qual garante que a revisão seja desenvolvida com o mesmo rigor de uma pesquisa. Os componentes desse protocolo são: a pergunta da revisão, os critérios de inclusão, as estratégias para buscar as pesquisas, como as pesquisas serão avaliadas criticamente, a coleta e síntese dos dados. O planejamento da revisão é cuidadosamente elaborado e recomenda-se a avaliação do protocolo por um profissional competente, anteriormente ao início da revisão. No protocolo, deve constar os recursos humanos e materiais necessários frente aos métodos selecionados para a construção da revisão sistemática.

**Segunda fase:** a definição da pergunta. Uma boa revisão sistemática é baseada na formulação adequada da pergunta. A pergunta guia a revisão, pois define quais serão os estudos incluídos, quais serão as estratégias adotadas para identificar os estudos e quais serão os dados que necessitam ser coletados de cada estudo identificado. A definição da pergunta é a atividade mais importante na elaboração da revisão sistemática, proporciona a direção para a execução das outras atividades relativas ao processo. Essa fase inclui a definição dos

participantes, intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados. Caso a pergunta seja vaga, frequentemente é pobre a qualidade da revisão.

**Terceira fase:** a busca dos estudos. A procura dos estudos na literatura é uma fase chave no processo de condução da revisão sistemática. A estratégia utilizada deve ser ampla e incluir material publicado e não publicado. A utilização de uma estratégia ampla de busca dos estudos consiste na procura em bases eletrônicas de dados, na busca manual em periódicos, as referências listadas nos estudos identificados, contato com os pesquisadores e o encontro de material não publicado. Ao selecionar as bases eletrônicas de dados, há a necessidade de se considerar quais são os periódicos listados nestas, quais publicações são indexadas, a viabilidade do acesso e a implicação de custos.

**Quarta fase:** a seleção dos estudos. A população dos estudos para a condução da revisão sistemática consiste em todas as pesquisas que abordam o tópico a ser investigado. A seleção dos estudos que devem ser incluídos na revisão é guiada pelos critérios determinados previamente no protocolo, os quais devem ser definidos anteriormente à realização da busca dos estudos na literatura, pois isso assegura que os critérios não sejam baseados nos resultados dos estudos que o revisor encontrou. Acrescido a esse fato, protege o revisor de alegações de viés, uma vez que a seleção dos estudos pode ser executada, conscientemente ou não, baseada na experiência profissional do revisor. Os critérios de inclusão determinados pelo revisor devem refletir diretamente a pergunta selecionada para a elaboração da revisão sistemática, incluindo os participantes, a intervenção e os resultados de interesse.

**Quinta fase:** a avaliação crítica dos estudos. A avaliação crítica consiste na fase onde todos os estudos selecionados são avaliados com rigor metodológico, com o propósito de averiguar se os métodos e resultados das pesquisas são suficientemente válidos para serem considerados. A avaliação crítica dos estudos é uma fase difícil, pois o revisor necessita avaliar o delineamento de cada pesquisa, sua condução e os resultados encontrados.

**Sexta fase:** a coleta dos dados. Os dados utilizados na revisão sistemática são oriundos de cada estudo individual selecionado, os quais são coletados com o auxílio de instrumentos. Esses instrumentos são usados para assegurar que todos os dados relevantes sejam coletados, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem dos dados e servir como registro. A coleta dos dados varia de acordo com cada revisão sistemática e está relacionada com a pergunta determinada no início do processo. A coleta dos dados deve incluir, além daqueles específicos da pergunta inicial (participantes, intervenção e resultados mensurados), o local onde a pesquisa foi realizada, a maneira exata como a intervenção foi executada, dados bibliográficos e resultados atuais.

**Sétima fase:** a síntese dos dados. A finalidade dessa fase da revisão sistemática é sintetizar os dados resultantes de cada estudo para fornecer uma estimativa da eficácia da intervenção investigada. Essa fase permite ao revisor investigar se o efeito é aproximadamente o mesmo nos diferentes estudos, local e participantes; caso o efeito não seja o mesmo, é necessário pesquisar as diferenças evidenciadas. A síntese dos dados pode ser realizada por meio de uma análise descritiva ou metanálise. Quando os dados dos estudos selecionados são sintetizados, mas não estatisticamente combinados, a revisão pode ser denominada de revisão sistemática qualitativa.

A revisão sistemática é, portanto, uma forma de se apropriar das melhores evidências externas, contribuindo para a tomada de decisão baseada em evidência (PEREIRA, BACHION, 2006).

#### **4.2.1 Metassíntese qualitativa**

O método utilizado para a produção de sínteses e evidências qualitativas é genericamente denominada "metassíntese" e permite realizar uma leitura crítica das interpretações presentes nos estudos qualitativos, norteando-se por parâmetros metodológicos rigorosos, sistemáticos e objetivos (SPADACIO, *et al.*, 2010).

Esta originou-se da sociologia e pode ser definida como uma modalidade de estudo qualitativo que utiliza os dados dos achados de outros estudos qualitativos relativos ao mesmo tema, ou a temas correlacionados (LOPES, FRACOLLI, 2008).

Para Matheus, (2009) a metassíntese qualitativa é definida como integração interpretativa de achados qualitativos derivados de estudos fenomenológicos, etnográficos, da teoria fundamentada nos dados e outros que são a síntese interpretativa de dados. Essas integrações vão além da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados. A nova interpretação não pode ser encontrada em nenhum relatório primário de investigação, pois são inferências derivadas do fato de todos os artigos terem se tornado uma amostra, como um todo.

É perceptível o crescimento do número de estudos com abordagem qualitativa em saúde que buscam entender aspectos tais como as concepções pessoais e coletivas da doença, prevenção, risco, gerenciamento de condições crônicas, itinerários pelos serviços de saúde e escolhas terapêuticas (SPADACIO, *et al.*, 2010).

O objetivo da metassíntese é produzir uma nova interpretação e de integração de descobertas que é mais substantivo do que os resultantes de investigações individuais. Por sua vez, estes resultados têm o potencial de melhorar os resultados clínicos, reforçar a investigação, e a forma política de saúde (FINFGELD, 2003).

As metassínteses oferecem descrição coerente ou explanação sobre determinado evento ou experiência. Tais integrações interpretativas exigem que o pesquisador capte as sínteses que constituem os resultados de relatórios de pesquisas individuais unidos para alinhar uma ou mais metassínteses. Sua validade não está em uma replicação lógica, mas sim numa lógica integradora, cujas conclusões são acomodadas no artesanato exposto no produto final (LOPES, FRACOLLI, 2008).

Esta conforme retro autores têm o propósito de criar traduções interpretativas ampliadas de todos os estudos examinados em determinado domínio, de modo que seu resultado seja fiel à tradução interpretativa de cada estudo em particular acarretando em comparação, tradução e análise dos dados originais que resultam em novas interpretações, englobando e destilando os significados nos estudos constituintes da amostra.

Sua elaboração consiste em: seleção dos dados com base na sua relevância para responder a uma questão específica; descrição coerente e integrada de determinados fenômenos ou eventos com característica qualitativa; integração dos dados; elaboração de uma nova interpretação dos resultados, com inferência derivada dos artigos selecionados para compor o estudo; análise do pesquisador sobre a interpretação dos dados primários; e constituição de novas interpretações (SILVA, *et al.*, 2012).

A função da metassíntese conforme Matheus, (2009), com relação à pesquisa qualitativa é fortalecer o papel de estudos qualitativos nas pesquisas de ciências de saúde, melhorar a aplicabilidade dos resultados de pesquisa na prática clínica e, explorar um corpo de conhecimento qualitativo para fundamentar a teoria, a prática, a pesquisa e as políticas de saúde.

A elaboração da metassíntese conforme *UK Cochrane Centre Oxford* compreende seis etapas, relatadas a seguir (FRANCIS-BALDESARI, 2006).

1. Identificar o interesse intelectual e qual o objetivo da pesquisa. Este é o primeiro passo para fazer uma revisão sistemática e decorre da questão que vai nortear o estudo, sendo necessário, que seja bem específica. O interesse intelectual fundamenta-se na relevância e na necessidade de integrar assuntos sobre o tema determinado.
2. Decidir o que é relevante aos interesses. O pesquisador desenvolve uma coleta de dados. Decidi o que é relevante ao estudo em questão.

3. A leitura dos estudos. Esses devem ser lidos e relidos para analisar as interpretações relevantes, elaborando resumos de forma a tornar os resultados mais acessíveis e organizados para o pesquisador.
4. Determinar como os estudos estão relacionados - ao justapor os resultados dos estudos primários pode-se fazer suposições iniciais sobre os relacionamentos dos estudos.
5. Elaborar novas afirmações, mais concisas e amplas que correspondam ao conteúdo do conjunto dos resultados, porém que mantenham o contexto original.
6. Elaborar a nova explicação de forma que seja equivalente a todos os estudos pesquisados.

Assim, as abordagens qualitativas das revisões sistemáticas permitem ao pesquisador entender ou interpretar questões sociais, emocionais, culturais, comportamentos, interações ou vivências que acontecem no âmbito do cuidado em saúde ou na sociedade, a partir da ocorrência de um fenômeno, além de subsidiar a proposição de novas teorias (DE-LA-TORRE-UGARTE, TAKAHASHI, BERTOLOZZI, 2011).

## 5. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é de natureza qualitativa e descritiva, desenvolvido por meio de uma revisão sistemática da literatura com metassíntese.

Para o âmbito desta apresentação, elegeram-se as etapas de uma metassíntese proposta pelos pesquisadores do *UK Cochrane Centre Oxford*, Francis-Baldesari, (2006), abaixo:

### **1ª Etapa: Identificar o interesse intelectual e qual o objetivo da pesquisa.**

O presente estudo pretende reconhecer as condições envolvidas no processo de implementação da sistematização nos cuidados paliativos.

A sistematização da assistência de enfermagem é uma prática incipiente na enfermagem e se coloca como um instrumento de trabalho de comprovadas melhorias para o atendimento ao paciente e sua família. Entende-se que este estudo torna-se relevante no sentido que, reconhecer condições envolvidas no processo de implementação da sistematização nos cuidados paliativos, faz-se nos guiar por caminhos de descobertas para vencermos estes obstáculos e por fim prestar uma assistência mais consistente, segura e eficaz.

Então se formulou a seguinte pergunta norteadora: Quais são as condições envolvidas no processo de implementação da sistematização nos cuidados paliativos?

### **2ª Etapa: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos / amostragem ou busca na literatura**

Decidir o que é relevante aos interesses e, conseqüentemente, os critérios iniciais de inclusão dos estudos tornam-se necessário. Assim, para o presente estudo elegeram-se os critérios abaixo descritos:

#### **Critérios de inclusão:**

1. Artigos qualitativos que descrevam sobre o processo de enfermagem e cuidados de enfermagem;
2. Estudos que tenham o resumo ou texto completo livre disponível.

#### **Critérios de exclusão:**

1. Descritores incompletos ou em idiomas que não os selecionados (português, inglês e espanhol);
2. Outras formatações que não artigos originais (teses, dissertações, revisões sistemáticas, meta-análises, metassínteses, capítulos, livros);
3. Inexistência de resumo nas bases de dados selecionadas;
4. Estudos de validação de protocolos clínicos;

5. Estudos com desenho de pesquisa pouco definido e explicitado, com deficiência na descrição metodológica, principalmente no que se referiam ao objetivo, métodos e resultados.

Nesta metassíntese os dados foram coletados utilizando-se o meio eletrônico para acessar as seguintes bases de dados contidas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca *Cochrane*, *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). E a PMC (PubMed Central) – NIH (*National Institutes of Health*). A escolha foi feita a partir da necessidade de se investigar a produção em saúde de forma geral sobre o tema investigado.

Utilizou-se para busca bibliográfica os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), onde se localizou o assunto através de descritores, conhecido também como *key-words*. Esta pesquisa é fundamental na seleção dos descritores, a fim de facilitar o processamento da pesquisa bibliográfica e o acesso aos artigos científicos. O DeCS possui um vocabulário estruturado, trilingüe (português, espanhol e inglês), baseado em coleções de termos, organizados para facilitar o acesso à informação (PELLIZZON, 2004).

Foram utilizados os seguintes descritores indexados: cuidados de enfermagem (*nursing care*), assistência de enfermagem (*nursing care*), processos de enfermagem (*nursing process*), cuidados paliativos (*palliative care*) e planejamento de assistência ao paciente (*Planning Patient Care*), respeitando as peculiaridades de cada base de dado.

Para chegar à seleção final dos artigos foram utilizadas a estratégia de busca como descrito no QUADRO 1 a seguir:

Quadro 1

Base de dados, estratégia de busca dos descritores e publicações identificadas e selecionadas. Belo Horizonte, 2013.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	PUBLICAÇÕES IDENTIFICADAS	PUBLICAÇÕES SELECIONADAS
MEDLINE via Pubmed	1ª) "Nursing Care" AND "Nursing Process" AND "Palliative Care"	134	1
LILACS via BVS	1ª) assistência de enfermagem AND processos de enfermagem AND cuidados paliativos	2	1
	2ª) cuidados de enfermagem AND processos de enfermagem AND cuidados paliativos	1	0
	3ª) planejamento de assistência ao paciente AND cuidados paliativos	3	1
IBECS via BVS	1ª) Nursing Care AND Nursing Process AND Palliative Care	9	1
	2ª) Planning Patient Care AND Palliative Care	1	0
SciELO via BVS	1ª) Nursing Care AND Nursing Process AND Palliative Care	16	0
	2ª) planning patient care AND Palliative Care	0	0
Cochrane via BVS	1ª) Nursing Care AND Nursing Process AND Palliative Care	4	0
	2ª) planning patient care AND Palliative Care	17	0

Concluídas as estratégias de busca, prosseguiu-se à leitura do título, resumo e ano de publicação dos estudos pré-selecionados com o objetivo de analisar se estes atendiam à questão proposta para esta metassíntese, além de aplicar os critérios de inclusão e exclusão definidos *a priori* pela autora.

### 3ª Etapa: A leitura dos estudos

Os artigos selecionados foram submetidos à criteriosa leitura e elaborados os resumos de forma a tornar os resultados mais acessíveis e organizados para o pesquisador.

Para avaliação crítica dos artigos como critério de qualidade será adotado o formulário padronizado utilizado por Francis-Baldesari, (2006), *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP). Este traça diretrizes para a avaliação da qualidade de pesquisas qualitativas. O CASP é composto por 10 questões, que permitem classificar os artigos em categorias, de acordo com a estrutura metodológica como se segue:

1. Houve uma declaração clara dos objetivos da pesquisa?
2. É uma metodologia qualitativa adequada?
3. Foi o projeto de pesquisa adequado para resolver os objetivos da pesquisa?
4. Foi a estratégia de recrutamento adequado aos objetivos da pesquisa?
5. Foram os dados coletados de uma forma que abordou a questão de pesquisa?

6. Será que a relação entre o pesquisador e os participantes foi devidamente considerada?
7. Já as questões éticas foram tomadas em consideração?
8. Foi a análise de dados suficientemente rigorosa?
9. Existe uma declaração clara dos resultados?
10. Quão valiosa é a pesquisa?

Os estudos serão classificados em categorias A e B. Categoria A: Significa que têm baixo risco de viés. Atendem até, pelo menos, nove dos 10 itens propostos. Categoria B: Atendem pelo menos cinco dos 10 itens propostos. Significa que atendem parcialmente os critérios adotados, apresentando risco de viés moderado.

Logo após, os artigos foram relidos para coleta de dados e preenchimento do instrumento de coleta de dados que possui os itens: título, ano, volume, número, idioma, de publicação, classificação do estudo, todos esses com relação ao artigo. Número, profissão, e qualificação, esses com relação ao pesquisador. Já o estudo coletou os dados: local da pesquisa, identificação da amostra, tipo de pesquisa qualitativa, características dos sujeitos da pesquisa, método empregado para a coleta de dados e resultados e discussão. Por fim reconhecer condições envolvidas no processo de implementação da sistematização nos cuidados paliativos.

**4ª Etapa.** Determinar como os estudos estão relacionados - ao justapor os resultados dos estudos primários pode ser feita a suposição inicial sobre o relacionamento entre estudos.

**5ª Etapa.** Elaborar novas afirmações, mais concisas e amplas que correspondam ao conteúdo do conjunto dos resultados, mas que preservem o contexto do qual surgiram.

**6ª Etapa.** Elaborar a nova explicação de forma que seja equivalente a todos os estudos pesquisados.

Assim, a metassíntese precisa sustentar os conceitos de cada estudo, ou seja, o novo conceito precisa ser capaz de incluir os conteúdos nos estudos pesquisados. Desta forma, outro nível de síntese é possível: aquela derivada da análise e interpretações.

Vale ressaltar que as etapas 4, 5 e 6 citadas anteriormente serão apresentadas no item resultados dessa pesquisa.

## 6. RESULTADOS

Após selecionar os estudos para amostra bibliográfica, precedeu-se à avaliação da qualidade deles, com a finalidade de selecionar estudos com rigor científico considerando sempre o objetivo proposto deste para estudo.

Os estudos da amostra foram identificados com a letra (E) e com numeração sequencial conforme a referência mais atual, E1, E2, E3 e E4. Em seguida os estudos foram caracterizados conforme publicações, identificação dos autores, da amostra, da metodologia e com relação ao tema em estudo. A caracterização dos estudos da amostra segue no QUADRO 2.

Quadro 2  
Caracterização dos estudos conforme a amostra obtida. Belo Horizonte, 2013.

<b>Estudo</b>	<b>Título</b>	<b>Base de Dados</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Nº de participantes</b>	<b>Título do periódico</b>	<b>País de realização do estudo</b>
<b>E1</b>	Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos	IBECS	2011	10	Index Enfermagem	Espanha
<b>E2</b>	Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros	LILACS	2011	17	Acta paulista de Enfermagem	Brasil
<b>E3</b>	Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade	LILACS	2010	17	Revista Eletrônica de Enfermagem	Brasil
<b>E4</b>	Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing	MEDLINE	2002	9	Journal of Clinical Nursing	Holanda

No total de estudos selecionados na amostra dois foram encontrados na base Medline, dois Lilacs e um na Ibecs. Tem-se que dois estão na publicação na língua portuguesa, um na língua inglesa e um em espanhol. Os anos de publicações variaram entre 2002 e 2011. Com

relação ao país de realização dos estudos temos dois no Brasil, um na Espanha, e um na Holanda.

Os artigos selecionados são oriundos de periódicos de enfermagem. Três dos cinco estudos foram realizados em instituições hospitalares, sendo que um foi realizado em uma Unidade do Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro. Conforme Galvão, *et al.*, (2003), as instituições prestadoras de serviços de saúde devem oferecer suporte organizacional para que o enfermeiro e outros profissionais de saúde fundamentem suas ações em conhecimento científico, e os órgãos formadores devem direcionar esforços para o preparo destes profissionais frente a pesquisa.

A classificação dos dados conforme a autoria dos estudos é a seguinte:

Estudo E1 possui cinco autores, sendo a principal Codorniu, que trabalha no Serviço de Cuidados Paliativos. *Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet*, Barcelona, Espanha. Não há menção sobre os títulos dos autores.

Estudo E2 possui duas autoras, tendo como principal Silva, que é professora Assistente do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Brasil.

Estudo E3 possui duas autoras, as mesmas do estudo E2, onde também Silva é a principal.

Estudo E4 possui duas autoras, sendo Jean-Jacques Georges autora principal e PhD *Student, Department of Nursing Sciences, University of Utrecht, Utrecht, The Netherlands*.

Na maioria dos estudos observou-se que as autoras principais são enfermeiras envolvidas com cuidados paliativos.

No estudo E1 os enfermeiros são: 02 de hospitalização, 01 de ambulatório, 02 da equipe de apoio hospitalar, 02 de apoio domiciliário, 01 de treinamento e 01 de pesquisa.

Já as características com relação ao objetivo dos estudos e abordagem metodológicas seguem no QUADRO 3 a seguir:

Quadro 3

Caracterização dos estudos conforme o objetivo e método da amostra obtida. Belo Horizonte, 2013.

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica de Coleta</b>	<b>Enfoque teórico</b>
<b>E1</b>	Estabelecer uma reflexão sobre a prática do enfermeiro em cuidados paliativos	Técnica de grupo nominal	Não descrito
<b>E2</b>	Descrever a visão dos enfermeiros a respeito da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a clientes com câncer avançado em cuidados paliativos; analisar os fatores intervenientes na implantação da SAE na visão dos enfermeiros e discutir possíveis estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam sua implantação nesse cenário.	Grupo focal	Descritivo
<b>E3</b>	Analisar os fatores intervenientes no processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) referidos por enfermeiros que atuam na unidade de internação de um hospital especializado em cuidados paliativos na oncologia.	Grupo focal	Descritivo
<b>E4</b>	Descrever as percepções dos enfermeiros sobre a natureza de seu trabalho como enfermeiros de cuidados paliativos e obter insights sobre os problemas que eles enfrentam.	Entrevistas semi-estruturadas	Comparativo

A análise interpretativa da qualidade dos estudos da amostra foi categorizada de acordo com os critérios preconizados pelo formulário padronizado *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP). Este é composto por 10 itens e permite classificar os artigos em categorias conforme a estrutura metodológica.

Com base nisso, todos os estudos (E1, E2, E3 e E4) da amostra foram classificados como A. Atendendo aos dez itens de qualificações descritos pelo CASP.

Como resultados sobre as considerações da sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos têm-se que:

O estudo E1 enfatiza que as instituições de saúde são regidas por um modelo de atendimento baseado na doença e organizado em torno de especialidades médicas. Esta abordagem gera uma importante fonte de conflito ético na prática da enfermagem e que não são levados em conta os recursos necessários para o cuidado de enfermagem, nem o seu resultado é avaliado.

A falta de conhecimento sobre a SAE e os processos que o envolvem; o processo de formação profissional; as imprevisibilidades pelas incertezas da vida; a proximidade da morte,

a instabilidade do quadro clínico do cliente; e a multiplicidade de problemas do paciente são os pontos observados pelo estudo E2.

Na visão das enfermeiras sobre a SAE está pautada em algo difícil e complexo, dependente de múltiplos fatores, desde os estruturais, aos relacionados com o compromisso de todas as pessoas envolvidas no processo. Porém, essas visualizam a SAE como algo exequível e favorável à profissão no tocante à autonomia (SILVA, MOREIRA, 2011).

O estudo E3 traz a falta de conhecimento em relação à temática e aos modelos teóricos para a sistematização do cuidado, além da necessidade do compromisso e da adesão de todos os profissionais envolvidos no processo. Adequação do quantitativo de profissionais de enfermagem.

Os processos lineares e rígidos, não beneficiam o atendimento das necessidades de cuidado do cliente e familiares em suas múltiplas e complexas dimensões, mediante a proximidade da morte e a necessidade de reavaliações constantes de cada situação por parte do enfermeiro em prol do cuidado humanizado e complexo (SILVA, MOREIRA, 2010).

Somado a isso, a flexibilidade e a colocação crítica do enfermeiro são imprescindíveis, considerando que para gerenciar o cuidado de enfermagem este planeja, delega ou presta os cuidados necessários, prevê e provê recursos, capacita à equipe, educa os clientes e familiares, interage com outros profissionais, além de ocupar espaços de articulação e negociação em prol da concretização e melhorias do cuidado (SILVA, MOREIRA, 2010).

O estudo E4 coloca a ausência de uma filosofia clara dos cuidados, falta de conhecimento sobre dimensão da prática, a incapacidade para se comunicar com pacientes e uns com os outros, e de um foco adequado na atenção, falta de controle e de poder no local de trabalho e a gravidade de cuidar de pacientes que morrem.

Não obstante os enfermeiros tentam sustentar suas práticas de enfermagem com uma base científica, profissional e lógica; e consideram importante usar um método científico, sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem e formular intervenções de enfermagem em relação ao diagnóstico (GEORGES, GRYPDONCK, CASTERLE, 2002).

Estudos sobre a experiência de cuidados paliativos mostram que os enfermeiros estão olhando para os problemas dos pacientes de forma ampla, e tentam ver o problema do ponto de vista do paciente e não apenas a partir de um mero ponto de vista (GEORGES, GRYPDONCK, CASTERLE, 2002).

## 7. DISCUSSÃO

A atuação social do enfermeiro está identificada na SAE que se faz imperativa para a avaliação crítica da pertinência e relevância do trabalho de enfermagem frente ao atendimento das necessidades de saúde humanas básicas. A autonomia do enfermeiro ao praticar o processo da SAE está no seu papel social, enquanto realiza cuidado ao paciente, nas orientações que direciona para a equipe de enfermagem, no atendimento à integralidade e individualidade do ser humano e nos resultados verificados pela instituição sobre o seu trabalho (MENEZES, PRIEL, PEREIRA, 2011).

Definir e consolidar o desenvolvimento de competências de enfermeiros em cuidados paliativos faz-se necessário para oferecer qualidade na prática avançada a fim de garantir a excelência nas intervenções oferecidas aos pacientes e suas famílias a partir de uma visão humanista e de cuidado holístico. Identificação da competência dos enfermeiros em cuidados paliativos não só têm um impacto direto sobre os cuidados, mas também define as necessidades de treinamento, gestão e pesquisa (CODORNIU, 2011).

É mister considerar a prática profissional do processo de cuidados de enfermagem no contexto de um modelo conceitual e no desenvolvimento e aplicação do método de enfermagem científico o processo de enfermagem: avaliação, identificação de problemas, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de resultados (CODORNIU, 2011).

Faz-se necessário apresentar contribuição específica dentro de uma equipe multidisciplinar de competência profissional derivada. A prática compartilhada com outras disciplinas exige comunicação, formação e compromisso profissional, bem como o apoio administrativo e institucional.

Avançar em práticas reflexivas baseadas em evidências científicas e encarar os desafios que decorrem de uma pesquisa, são necessárias para começar uma linha de competências de investigação em enfermagem de cuidados paliativos.

É possível perceber que além do processo de formação como dificultador para a implantação da SAE, que constam em inúmeros trabalhos como dificultador em outros setores de atuação da enfermagem, existentes também outros problemas específicos da atuação em cuidados paliativos envolvidos como fatores realmente intervenientes na implantação da SAE.

Constata-se que o interesse e o comprometimento com o pensar na atuação profissional é fundamental para buscar entendimento do como estou atuando em minha área profissional ou como deveria estar.

Destaca-se também o papel da gerência de enfermagem, o seu real interesse em dar viabilidade ao processo, estabelecendo estrutura organizacional, missão, filosofia e objetivos do serviço, exercendo liderança e estimulando a realização da SAE (MENEZES, PRIEL, PEREIRA, 2011).

Observa-se um despreparo das enfermeiras diante das exigências para adotar o pensamento crítico na organização dos processos de cuidar. Quando estimuladas a refletir sobre o assunto, destacam problemáticas relacionadas ao pensar e ao fazer, e ao processo de formação profissional que, muitas vezes, transmitem essas ações de forma dicotômica e não dialética (SILVA, MOREIRA, 2011).

Na deficiência do conhecimento, a situação de atuação é marcada pelas imprevisibilidades, pelas incertezas da vida, pela proximidade da morte, pela instabilidade do quadro clínico do cliente e pela multiplicidade de problemas. O paciente do cuidado paliativo demanda que o enfermeiro realize constantes reavaliações de cada condição, já que esses podem muito rapidamente, exigir ação e decisão urgência no cuidado (SILVA, MOREIRA, 2011).

Concentrar-se nas tarefas que precisa ser realizadas para não se aproximar dos pacientes é uma forma de se distanciar do contato relacional com esses, porque seria demasiado desgastante. Quando não é possível encontrar uma solução para os problemas dos pacientes, por exemplo, para atingir controle eficiente dos sintomas, especialmente a dor, os enfermeiros sentem-se impotentes e que não têm capacidade de alcançar algo significativo para os pacientes.

Os enfermeiros parecem preferir as atitudes isoladas, com foco em problemas identificados e as tarefas que precisam realizar. Estes também consideram que trabalhar de forma organizada e objetiva contribui para o desenvolvimento da enfermagem, e que a utilização de bases de instrumentos diagnósticos facilita a interação com outros membros da equipe multidisciplinar.

Eles se concentram nas tarefas para distanciar do processo de morte e dor dos pacientes, decidem inconscientemente em não manter um contato muito íntimo com esses, desenvolvendo em então um mecanismo de defesa.

A Waterkemper, Reibnitz, (2010), enfatizam que é a partir da implantação de condutas sistematizadas de cuidado, englobadas na sistematização da assistência de enfermagem, é que as ações de enfermagem podem ser mais bem direcionadas e desta forma, possibilitar um cuidado mais completo. Também há importância em resgatar nos profissionais de saúde a

consciência sobre os processos de trabalho em suas diferentes dimensões do cuidado através do despertar da capacidade crítico-reflexiva.

A ansiedade, os medos, as inseguranças, as incertezas, a impotência e o peso da tarefa a ser realizada, produzem desconforto nos enfermeiros. Por isso, a importância e necessidade dos profissionais aprimorarem seus conhecimentos e habilidades específicas para poder, com segurança e eficiência, cuidar dos portadores de câncer e sua família (GARGIULO, *et al.*, 2007).

O conhecimento serve de base e suporte para o enfermeiro que cuida, pois o técnico e o teórico se agrupam na cientificidade do fazer profissional gerando o cuidado. A satisfação profissional pode ser alcançada através da segurança alicerçada e fundamentada no conhecimento, levando as profissionais a se sentirem confiantes em suas ações, ao serem capazes de identificar corretamente os problemas do paciente sob seus cuidados (GARGIULO, *et al.*, 2007).

Por fim considera-se que para a implantação da SAE é necessário trabalhar com estratégias provenientes de um planejamento elaborado que considere a participação da equipe, e a aplicação das etapas embasadas nas Teorias de Enfermagem.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda mudança só pode se realizar a partir do instante em que os envolvidos no processo conscientizam-se de sua importância. Conscientizar-se é muito mais do que apropriar-se da situação, é fazer uma reflexão sobre a realidade vivenciada e agir para que as possibilidades de mudanças ocorram.

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos, decorre de uma necessidade urgente, visto que, a SAE é uma exigência no âmbito das organizações institucionais de saúde; e os enfermeiros reconhecem isso.

Contudo, algumas das dificuldades dos estudos analisados remetem aos estudos realizados em outros ambientes do contexto clínico. Pelos resultados encontrados nos estudos da amostra, observou-se que alguns estão diretamente relacionados aos setores de cuidados paliativos, campo de atuação de reconhecida complexidade, mas ao mesmo tempo, marcado pelas fragilidades, dores e o tênue limiar entre a vida e a morte. Tais achados apontam que o enfermeiro deve deter-se mais nas particularidades dessa assistência, o sistematizar aqui requer outros olhares.

Compreende-se que a busca de conhecimento no processo de aprendizado deve ultrapassar o conhecimento biomédico, e caminhar de encontro ao conhecimento essencial da prática de enfermagem, considerando as nossas teorias que nos remetem ao pensamento dos metaparadigmas da enfermagem (enfermagem, pessoa, ambiente, saúde), a partir então, avançar na visão do ser biopsicossocial, porque o ser que está morrendo, necessita de um olhar para um ser integrante de todos os aspectos de vida, e não apenas em seu sintoma físico.

A arte e a ciência de cuidar dos seres humanos em suas necessidades humanas básicas é principalmente da enfermagem, devendo o cuidado ser vivenciado por uma inter-relação pessoa com pessoa, não esquecendo que tão importante quanto o cuidar é estarmos atentos as consequências que o cuidado produz nos pacientes.

Por fim destaca-se que os resultados demonstram a necessidade de uma reflexão sobre o cuidar que exige preocupação, conhecimento, dedicação para com o próximo e com si mesmo, ressaltando que o profissional de enfermagem constitui-se participante das relações de cuidado e que possui condições de proporcionar um ambiente de cuidado sistematizado e científico aos clientes.

## REFERÊNCIAS DA AMOSTRA

**E1** - CODORNIU, N. et al. **Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos.** Index Enferm [online]. 2011, vol.20, n.1-2, pp. 71-75. ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100015>.

**E2** - SILVA, M. M. da; MOREIRA, M. C. **Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros.** Acta paul. enferm. [online]. 2011, vol.24, n.2, pp. 172-178. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200003>.

**E3** - SILVA, M.M; MOREIRA M.C. **Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):483-90. Acesso em: 12 nov. 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a10.htm>.<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7274>.

**E4** - GEORGES, J.-J., GRYPDONCK, M. and de CASTERLE, B. D. (2002), **Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing.** Journal of Clinical Nursing, 11: 785–793. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00654.x

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. S. de; VIEIRA, M. J. **Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2005, vol.58, n.3, pp. 261-265. ISSN 0034-7167.
- ARAÚJO, M. M. T. de; SILVA, M. J. P. da. **A Comunicação com o Paciente los Cuidados paliativos :Valorizando a alegria EO Otimismo .** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2007, vol.41, n.4, pp 668-674. ISSN 0080-6234.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: **Informação e documentação: referências: elaboração.** Rio de Janeiro, 2002.
- BAGGIO, M. A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A. L. **Cuidando de si, do outro e "do nós" na perspectiva da complexidade.** *Rev. bras. enferm.*[online]. 2009, vol.62, n.4, pp. 627-631. Acesso em: 05 dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400023>
- BOAZ; A; BAEZA; J.; FRASER; A. **Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature.** *BMC Research Notes* 2011, 4:212 Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/4/212>
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-358/2009. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências.** Brasília / DF: COFEN; 2009.
- CORDEIRO, A. M.; GRUPO DE ESTUDO DE REVISAO SISTEMATICA DO RIO DE JANEIRO *et al.* **Revisão sistemática: uma revisão narrativa.** *Rev. Col. Bras. Cir.* [online]. 2007, vol.34, n.6, pp. 428-431. Acesso em: 05 dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1590/S0100-69912007000600012>.
- CRONIN, P; MICHAEL, F. R.; COUGHLAN, M. **Undertaking a literature review: a step-by-step approach.** *British Journal of Nursing*, 2008, Vol 17, No 1. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://www.cin.ufpe.br/~in1002/leituras/2008-undertaking-a-literature-review-a-step-by-step-approach.pdf>.
- CRUZ, D. A. L. M; PIMENTA, C. A. M. **Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico.** *Rev. Latino-Am. Enferm.*, v. 13, n. 3, p. 415-422, maio/jun. 2005. Acesso em: 20 jun. 2012. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>.
- DE-LA-TORRE-UGARTE-Guanilo, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. **Revisão Sistemática: Noções Gerais.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.5, pp 1260-1266. Acesso em: 05 dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500033>.
- ESPINDOLA, C. R.; BLAY, S. L. **Bulimia e Transtorno da compulsão Alimentar Periódica: Revisão Sistemática e metassíntese.** *Rev. psiquiatr. Rio D'us. Sul* [online]. 2006,

vol.28, n.3, pp 265-275. Acesso em: 05 dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000300006>.

FRANCIS-BALDESARI C. Systematic reviews of qualitative literature. 2006. Acesso em: 02 jun. 2013. Disponível em: [http://www.dcu.ie/cochrane/presentations/FrancisBaldesari\\_06.pdf](http://www.dcu.ie/cochrane/presentations/FrancisBaldesari_06.pdf)

FINFGELD, D.L. – **Metasynthesis: The state of the art – so far**. Qualitative Health Research. Vol. 13, nº 7. (2003). 893-904. Acesso em: 05 dez 2012. Disponível em: <http://qhr.sagepub.com/content/13/7/893.full.pdf+html>

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, suppl. 2, pp. 2123-2132. ISSN 1413-8123.

FULY, P. d. S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. **Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem**. Rev. bras. enferm. [online]. 2008, vol.61, n.6, pp. 883-887. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600015>.

GALVAO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. **A busca das melhores evidências**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2003, vol.37, n.4, pp. 43-50. Acesso em: 10 nov. de 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000400005>.

GALVÃO, C. M. **Níveis de evidência**. Acta paul. enferm. [online]. 2006, vol.19, n.2, pp. 5-5. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVISAN, M. A. **Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enferm., Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>

GARGIULO, C. A. *et al.* **Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2007, vol.16, n.4, pp. 696-702. ISSN 0104-0707. Acesso em: 02 jul. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400014>.

GRIGOLETO, A. R. L.; AVELAR, M. do C. Q; LACERDA, R. A.; MENDONCA, S. H. F. **Complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico de clientes idosos submetidos à cirurgia de quadril**. Esc. Anna Nery[online]. 2011, vol.15, n.3, pp. 531-536. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300013>.

HERMIDA, P. M. V.; ARAUJO, I. E. M. **Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação**. Rev. bras. enferm. [online]. 2006, vol.59, n.5, pp. 675-679. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000500015>.

JENNINGS, B.M.; LOAN, L.A. **Misconceptions among nurses about evidence-based practice**. Journal of Nursing Scholarship, v. 33, n. 2, p. 121-127, 2001. Acesso em: 25 nov. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11419306>.

LIMA, D. V. M. de; LACERDA, R. A. **Repercussões oxi-hemodinâmicas do banho no paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática.** Acta paul. enferm. [online]. 2010, vol.23, n.2, pp. 278-285. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200020>.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. **Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem.** Texto contexto -enferm. [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 771-778. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1590/S0104-07072008000400020>.

MATHEUS, M. C. C. **Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências.** Acta paul. enferm. [online]. 2009, vol.22, n.spe1, pp. 543-545. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000800019>.

MEDEIROS, Ana Lúcia de; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos and CABRAL, Rômulo Wanderley de Lima. **Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada.** *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2012, vol.33, n.3, pp. 174-181. ISSN 1983-1447.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M.. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm. [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 758-764. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MENEZES, S. R.T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. **Autonomia e vulnerabilidade do Enfermeiro na Prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem .** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.4, pp 953-958. ISSN 0080-6234.

NASCIMENTO, K. C. do; BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. **Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 643-648. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400005>.

NASCIMENTO, L.K.A.S.; MEDEIROS, A.T.N.; SALDANHA, E.A.; TOURINHO, F.S.V; SANTOS, V.E.P.; LIRA, A.L.B.C.. **Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura.** *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)* 2012 mar;33(1):177-85.

OLIVEIRA, C. M. de; CARVALHO, D. V.; PEIXOTO, E. R. de M.; CAMELO, L. do V.; SALVIANO, M. E. M. **Percepção da Equipe de Enfermagem Sobre a Implementação do Processo de Enfermagem em uma Unidade de um Hospital Universitário.** *REME – Rev. Min. Enferm.*;16(2): 258-263, abr./jun., 2012. Acesso em: 12 nov. 2012. Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_501bf3211a106.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_501bf3211a106.pdf)

OLIVEIRA, G. M. de *et al.* **Revisão sistemática da acurácia dos testes diagnósticos: uma revisão narrativa.** Rev. Col. Bras. Cir. [online]. 2010, vol.37, n.2, pp. 153-156. Acesso em: 12 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1590/S0100-69912010000200013>.

PEDROLO, E. *et al.* **A Prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro.** Cogitare Enferm., Curitiba, v. 14, n. 4, 760-763, out./dez. 2009. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16396/10875>

PELLIZZON, R. de F. **Pesquisa na área da saúde: 1. Base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).** Acta Cir. Bras. [online]. 2004, vol.19, n.2, pp. 153-163. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502004000200013>.

PEREIRA, AL; BACHION, MM. **Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência.** Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 dez; 27(4):491-8. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>

PEDROLO, E.; DANSKI, M.; MINGORANCE, P.; DE LAZZARI, L.; MÉIER, M.; CROZETA, K. **A Prática Baseada em Evidências como Ferramenta para Prática Profissional do Enfermeiro.** Cogitare Enfermagem, América do Norte, 14, dez. 2009. Acesso em: 25 nov. 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16396/10875>.

PIMPÃO, F. D. *et al.* **Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, p. 405-410, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2011.

REMEDY, P. P.; MELLO, D. F. de; MENOSSI, M. J.; LIMA, R. A. G. de. **Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura.** Rev. bras. enferm. [online]. 2009, vol.62, n.1, pp. 107-112. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100016>.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, MC. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica.** Rev. bras. fisioter. [online]. 2007, vol.11, n.1, pp. 83-89. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C.; **A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências.** Rev. Lat-Am. Enferm., v. 15, n. 3, maio/jun. 2007. Acesso em: 21 jun. 2012. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>.

SANTOS, F. de O. F. dos; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. **Autonomia Profissional e Sistematização da Assistência de Enfermagem: Percepção de Enfermeiros.** REME – Rev. Min. Enferm.;16(2): 251-257, abr./jun., 2012 Acesso em: 12 nov. 2012. Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_501bf3211a106.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_501bf3211a106.pdf)

SANTOS, M. C. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; FERNANDES, A. F. C. **Palliative care to the cancer patient: reflections according to Paterson and Zderad's view.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007, vol.15, n.2, pp. 350-354. Acesso em: 12 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200024>.

SILVA, E. P. da; SUDIGURSKY, D. **Conceptions about palliative care: literature review** **Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica.** Acta paul. enferm. [online]. 2008, vol.21, n.3, pp. 504-508. Acesso em: 12 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300020>.

SILVA, R. M. da; *et al.* **Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.10, pp. 2783-2794. Acesso em: 12 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000026>.

SILVA, R. C. F. da; HORTALE, V. A. **Cuidados paliativos oncologia : Elementos de para o debate de Diretrizes Nesta área .** CAD. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.10, pp 2055-2066. ISSN 0102-311X.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R.C. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein. 2010;8(1):102-6. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf)

SPADACIO, C. *et al.* **Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese.** Cad. Saúde Pública [online]. 2010, vol.26, n.1, pp. 7-13. Acesso em: 12 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100002>.

TORRES, Érica *et al* **Sistematização da Assistência de Enfermagem Como FERRAMENTA da Gerência fazer Cuidado :Estudo de Caso .** Esc. Anna Nery [online]. 2011, vol.15, n.4, pp 730-736. ISSN 1414-8145.

URRA MEDINA, E.; BARRIA PAILAQUILEN, R. M. **Systematic Review and its Relationship with Evidence-Based Practice in Health.** Rev. Latino-Am. Enfermagem[online]. 2010, vol.18, n.4, pp. 824-831. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400023>.

WATERKEMPER, R. and REIBNITZ, K. S. **Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras.** Rev. Gaúcha Enferm. (Online)[online]. 2010, vol.31, n.1, pp. 84-91. ISSN 1983-1447. Acesso em 02 jul. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100012>.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S.; MONTICELLI, M. **Dialogando com enfermeiras sobre a Avaliação da dor oncológica do Paciente soluço Cuidados paliativos.** Rev. bras. enferm. [online]. 2010, vol.63, n.2, pp 334-349. ISSN 0034-7167.

WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, J. R. **Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida.** Acta paul. enferm. [online]. 2012, vol.25, n.3, pp. 334-339. ISSN 0103-2100.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (n.d.). *Who definition of palliative care*. Acesso em 03 de junho de 2013: Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

## ANEXO

*Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*

<b>PERGUNTAS DE TRIAGEM</b>	
<p><b>1. Houve uma declaração clara dos objetivos da pesquisa?</b></p> <p>Considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual foi o objetivo da pesquisa</li> <li>- Porque é importante</li> <li>- Sua relevância</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<p><b>2. É uma metodologia qualitativa adequada?</b></p> <p>Considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se a pesquisa visa interpretar ou iluminar as ações e / ou experiências subjetivas dos participantes da pesquisa</li> <li>-Vale a pena continuar?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>PERGUNTAS DETALHADAS</b>	
<b>PROJETO DE PESQUISA ADEQUADO</b>	
<p><b>3. Foi o projeto de pesquisa adequado para resolver os objetivos da pesquisa?</b></p> <p>Escrever comentários aqui</p> <p>Considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o pesquisador tem justificado o projeto de pesquisa (por exemplo, se eles discutiram como decidiram quais métodos usar?)</li> </ul>	
<b>AMOSTRAGEM</b>	
<p><b>4. Foi a estratégia de recrutamento adequado aos objetivos da pesquisa?</b></p> <p>Escrever comentários aqui</p> <p>Considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o pesquisador explicou como os participantes foram selecionados</li> <li>- Se explicou por que os participantes que foram selecionados são mais adequados para fornecer acesso ao tipo de conhecimento buscado pelo estudo</li> <li>- Se existem discussões em torno de recrutamento (por exemplo, por que algumas pessoas escolheram não participar)</li> </ul>	
<b>A COLETA DE DADOS</b>	
<p><b>5. Foram os dados coletados de uma forma que abordasse a questão de pesquisa?</b></p> <p>Escrever comentários aqui</p> <p>Considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se a configuração de coleta de dados foi justificada.</li> <li>- Se é clara a forma como os dados foram coletados (grupo de foco, por exemplo, entrevista semi-estruturada)</li> <li>- Se tem justificado os métodos escolhidos pelo pesquisador.</li> <li>- Se o pesquisador fez os métodos explícitos (por exemplo, para o método de entrevista, há uma indicação de como foram realizadas entrevistas, eles usaram um guia de assunto?).</li> <li>- Se os métodos foram modificados durante o estudo. Se assim for, o pesquisador explicou como e por quê?</li> <li>- Se o formulário de dados é claro (gravações, por exemplo, material de vídeo, notas).</li> <li>- Se o pesquisador tem discutido a saturação dos dados.</li> </ul>	
<b>REFLEXIVIDADE (RELAÇÕES DE PESQUISA DE PARCERIA / RECONHECIMENTO DE VIÉS PESQUISADOR)</b>	
<p><b>6. Será que a relação entre o pesquisador e os participantes foram devidamente considerados?</b></p> <p>Escrever comentários aqui</p> <p>Considere se é claro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O pesquisador analisou criticamente o seu próprio papel, o viés potencial e influência durante:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulação de questões de pesquisa.</li> <li>• Coleta de dados, incluindo o recrutamento de amostra e escolha do local.</li> </ul> </li> <li>- Como o pesquisador respondeu a eventos durante o estudo e se consideravam as implicações de quaisquer alterações no projeto de pesquisa.</li> </ul>	
<b>QUESTÕES ÉTICAS</b>	
<p><b>7. Já as questões éticas foram tomadas em consideração?</b></p> <p>Escrever comentários aqui</p> <p>Considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se há detalhes suficientes de como a pesquisa foi explicado aos participantes para o leitor avaliar se os padrões éticos foram mantidos.</li> <li>- Se o pesquisador tem discutido questões levantadas pelo estudo (por exemplo, as questões em torno de consentimento ou de confidencialidade ou como eles lidaram com os efeitos do estudo sobre os participantes</li> </ul>	

durante e após o estudo).

- Quando tiver sido solicitada a ética.

#### **ANÁLISE DE DADOS**

##### **8. Foi a análise de dados suficientemente rigorosa?**

Escrever comentários aqui

Considere:

- Se há uma descrição detalhada do processo de análise.
- Se a análise temática é usada. Se assim for, é claro como as categorias / temas foram obtidos a partir dos dados?
- Se o pesquisador explica a forma como os dados apresentados foram selecionados a partir da amostra original, para demonstrar o processo de análise.
- Se dados suficientes são apresentadas para apoiar as descobertas.
- Em que medida os dados contraditórios são tidos em conta.
- Se o pesquisador analisou criticamente o seu próprio papel de polarização, potencial e influência durante a análise e seleção dos dados para apresentação.

#### **DESCOBERTAS**

##### **9. Existe uma declaração clara dos resultados?**

Escrever comentários aqui

Considere:

- Se os resultados são explícitos.
- Se há discussão adequada das evidências a favor e contra argumentos do pesquisador.
- Se o pesquisador tem discutido a credibilidade de seus resultados (por exemplo, a triangulação, validação entrevistado, mais do que um analista.).
- Se os resultados são discutidos em relação às questões de investigação originais.

#### **VALOR DA PESQUISA**

##### **10. Quão valiosa é a pesquisa?**

Escrever comentários aqui

Considere:

- Se o pesquisador discute a contribuição do estudo com o conhecimento existente ou de compreensão (por exemplo, ele considera os resultados em relação à prática atual ou política, ou da literatura baseada em pesquisa relevante?).
- Se identifica novas áreas em que a pesquisa é necessária.
- Se o pesquisador tem discutido se ou como os resultados podem ser transferidos para outras populações ou considerados outros modos de pesquisa que podem ser utilizados.

Fonte: *Public Health Resource Unit, Nacional Health Service and Institute of Health Sciences, Oxford*. Disponível em: <http://www.public-health.org.uk/casp/rct.html>

## APÊNDICE

### Instrumento de Coleta de Dados

<b>PUBLICAÇÃO</b>		
<b>Código do artigo</b>	E1, E2, E3, E4 e E5	
<b>Base de dados</b>	1) ( ) Scielo, 2) ( ) Medline, 3) ( ) Lilacs, 4) ( ) Cochrane, 5) ( ) Ibecs.	
<b>Título do periódico</b>		
<b>Volume e número do periódico</b>	1) ( ) volume, 2) ( ) número	
<b>Título do artigo</b>		
<b>Ano de publicação</b>		
<b>Idioma</b>	1) ( ) Português, 2) ( ) Inglês, 3) ( ) Espanhol.	
<b>Número de autores</b>	1) ( ) 01 autor, 2) ( ) 02 autores, 3) ( ) 03 autores, 4) ( ) + de 04 autores.	
<b>Nome dos autores</b>		
<b>Profissão do 1º autor</b>	1) ( ) Enfermeiro, 2) ( ) Enfermeiro de cuidados paliativos, 3) ( ) Médico, 4) ( ) Psicólogo, 5) ( ) Não informado e 6) ( ) Outros.	
<b>Título do 1º autor</b>	1) ( ) Graduado, 2) ( ) Especialista, 3) ( ) Mestre, 4) ( ) Doutor, 5) ( ) Pós doutor e 6) ( ) Não informado.	
<b>Autores são enfermeiros de cuidados paliativos.</b>	1) ( ) Sim, 2) ( ) Não	
<b>PESQUISA</b>		
<b>CASP, em qual nível de qualidade se encontra o estudo.</b>	1) ( ) A      2) ( ) B	
<b>País de realização do estudo</b>		
<b>Objetivos dos estudos</b>		
<b>Caracterização dos participantes de pesquisa</b>	<b>Número:</b>	
	<b>Sexo:</b>	1) ( ) F      2) ( ) M      3) ( ) ambos
	<b>Tempo de atuação em cuidados paliativos:</b>	
	<b>Utilizam a SAE:</b>	1) ( ) Sim      2) ( ) Não
<b>Coleta de dados</b>	1) ( ) entrevista aberta , 2) ( ) entrevista semi-estruturada, 3) ( ) oficinas, 4) ( ) grupo focal , 5) ( ) dinâmica de grupo, 6) ( ) outros	
<b>Enfoque teórico</b>	1) ( ) Etnografia , 2) ( ) Fenomenologia (Schutz), 3) ( ) Fenomenologia (Merleau Ponty), 4) ( ) Fenomenologia (Heidegger), 5) ( ) Representação social (Moscovici), 6) ( ) Outros	
<b>Resultados / categorias de análise interpretativa</b>		