

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE
DO ITAJAÍ**

KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOB CUIDADO PALIATIVO NA ÓTICA
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

RIO DO SUL

2025

KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOB CUIDADO PALIATIVO NA ÓTICA
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI como requisito parcial para conclusão do curso.

Orientador: Professor Me. Diogo Laurindo Brasil


RIO DO SUL

2025

KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOB CUIDADO PALIATIVO NA
ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da Área
das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do
Centro Universitário para o Desenvolvimento
do Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela
Banca Examinadora, formada por:

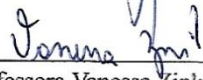


Orientador: Professor Me. Diogo Laurindo Brasil

Banca Examinadora:



Professor Nelson de Mello



Professora Vanessa Zink

RIO DO SUL

2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que tem sido meu refúgio, minha força e minha inspiração em todos os momentos desta caminhada. Sem Ele, nada disso seria possível.

Aos meus pais Ademir e Marlete, por seu amor incondicional, apoio constante e ensinamentos que moldaram quem sou. Aos meus irmãos, Emanuel, Hendrio e Nicolly, pelo carinho, incentivo e companhia em toda a minha trajetória.

Um agradecimento especial ao meu sobrinho Matteo, que chegou neste ano tão desafiador, trazendo luz e alegria indescritíveis à minha vida, lembrando-me da beleza e da esperança que podem surgir mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha amiga de vida, Thiffany, que mesmo com a distância sempre esteve presente, oferecendo apoio, carinho e força em todos os momentos. Às minhas amigas da faculdade, Camila e Isadora, pela amizade, companheirismo e apoio durante toda a jornada acadêmica. Às minhas amigas de trabalho, Larissa, Rosi, Sirlene e Thais, pelo incentivo, pela compreensão e pelos momentos de descontração que tornaram os desafios mais leves. Ao meu orientador, Prof. Diogo, pela paciência, dedicação e orientações precisas, que foram fundamentais para a realização deste trabalho. À coordenadora Prof.^a Rosimeri, pelo suporte e incentivo de sempre.

À banca examinadora, por disponibilizar seu tempo, atenção e conhecimento para avaliar este trabalho.

À UNIDAVI, por oferecer todo o ambiente acadêmico e estrutura necessários para a construção do conhecimento. Aos entrevistados que participaram da pesquisa, por disponibilizarem seu tempo e contribuírem com informações essenciais para este estudo.

E a todos que, de alguma forma, fizeram parte desta caminhada, direta ou indiretamente, meu sincero muito obrigada.

RESUMO

Com os avanços da medicina aumentou a expectativa de vida, mas nem sempre com qualidade. Os Cuidados Paliativos surgiram para proporcionar conforto e dignidade a pacientes sem possibilidade de cura, com foco na humanização e atuação multiprofissional. Contudo, persistem desafios na oferta desse cuidado. Portanto, o objetivo geral foi analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a Qualidade de Vida dos pacientes sob Cuidados Paliativos, enfatizando os fatores que influenciam essa qualidade e as práticas assistenciais utilizadas para promovê-la. A qualidade de vida envolve a percepção individual sobre bem-estar físico, mental, social e ambiental. Na saúde, reflete o equilíbrio entre corpo e mente, influenciado por fatores pessoais e contextuais. Ferramentas como o SF-36 e o WHOQOL-bref possibilitam avaliar de forma abrangente esses aspectos, orientando práticas de cuidado integral. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, desenvolvida em um hospital filantrópico localizado no Alto Vale do Itajaí. Participaram profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos. As entrevistas foram analisadas segundo a técnica de Bardin, com observância dos preceitos éticos, buscando compreender as práticas e fortalecer o cuidado humanizado. A pesquisa analisou a atuação de profissionais de saúde em um hospital de cuidados prolongados, abordando suas práticas, desafios e percepções sobre cuidados paliativos. Observou-se que as intervenções priorizam conforto, controle da dor, escuta ativa e respeito à dignidade, promovendo qualidade de vida física, emocional, social e espiritual. A humanização se expressa pela empatia, acolhimento e valorização da autonomia do paciente. As dimensões emocionais e espirituais emergem como essenciais no enfrentamento da finitude. Contudo, os profissionais enfrentam desafios como falta de recursos, sobrecarga de trabalho, dificuldade de aceitação da morte e necessidade de qualificação específica. O estudo mostrou que cuidados paliativos vão além da técnica, envolvendo empatia, escuta ativa e valorização da dignidade. Profissionais priorizam conforto, controle da dor e bem-estar integral, enfrentando desafios como sobrecarga e falta de preparo. A humanização e o cuidado multidisciplinar são essenciais para proporcionar sentido e qualidade de vida.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Qualidade de Vida; Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

With advances in medicine, life expectancy has increased, but not always with quality. Palliative Care emerged to provide comfort and dignity to patients with no possibility of cure, focusing on humanization and multidisciplinary action. However, challenges in providing this care persist. Therefore, the general objective was to analyze the perception of healthcare professionals regarding the Quality of Life of patients under Palliative Care, emphasizing the factors that influence this quality and the care practices used to promote it. Quality of life involves the individual perception of physical, mental, social, and environmental well-being. In health, it reflects the balance between body and mind, influenced by personal and contextual factors. Tools like the SF-36 and WHOQOL-bref enable a comprehensive evaluation of these aspects, guiding practices of holistic care. This is a qualitative, exploratory, and descriptive study conducted in a philanthropic hospital located in the Alto Vale do Itajaí. Healthcare professionals working in palliative care participated. The interviews were analyzed according to Bardin's technique, with adherence to ethical precepts, aiming to understand the practices and strengthen humanized care. The research examined the performance of healthcare professionals in a long-term care hospital, addressing their practices, challenges, and perceptions of palliative care. It was observed that the interventions prioritize comfort, pain control, active listening, and respect for dignity, promoting physical, emotional, social, and spiritual quality of life. Humanization is expressed thru empathy, welcoming, and valuing the patient's autonomy. The emotional and spiritual dimensions emerge as essential in facing finitude. However, professionals face challenges such as lack of resources, workload overload, difficulty in accepting death, and the need for specific qualifications. The study showed that palliative care goes beyond technique, involving empathy, active listening, and valuing dignity. Professionals prioritize comfort, pain control, and overall well-being, facing challenges such as overload and lack of preparation. Humanization and multidisciplinary care are essential to provide meaning and quality of life.

Keywords: Palliative Care; Quality of Life; Multidisciplinary Team.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Categorias de Análise	26
Quadro 2- Práticas realizadas pelos profissionais.	35
Quadro 3- Facilidades e desafios enfrentados pelos profissionais	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CP	Cuidados Paliativos
OMS	Organização Mundial Da Saúde
OPAS	Organização Pan- Americana da Saúde
QV	Qualidade de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIDAVI	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1	QUALIDADE DE VIDA	12
2.2	CUIDADOS PALIATIVOS	14
2.3	HOSPITAL DE CUIDADOS PROLONGADOS	16
2.4	ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	17
2.5	TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU	19
3	METODOLOGIA	21
3.1	MODALIDADE DA PESQUISA.....	21
3.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	21
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	22
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA	22
3.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	23
3.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	24
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	26
4.1	CATEGORIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	28
4.2	PRÁTICAS E INTERVENÇÕES PARA PROMOVER A QUALIDADE DE VIDA	29
4.3	HUMANIZAÇÃO E PRESERVAÇÃO DA DIGNIDADE NO CUIDADO	36
4.4	DIMENSÕES EMOCIONAIS E ESPIRITUAIS DA ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	39
4.5	DESAFIOS E FACILIDADES ENFRENTADOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	42
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
6	REFERÊNCIAS.....	49

ANEXOS	55
Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	55
Anexo II- Termo para Gravação de Voz	58
Anexo III - Parecer Consubstanciado do CEP.....	59
APÊNDICE	63
Apêndice I - Roteiro de Entrevista.....	63

1 INTRODUÇÃO

A partir de meados do século XX, os avanços na área da medicina foram inúmeros, o que contribuiu significativamente para o aumento da expectativa de vida. No entanto, esse prolongamento da vida nem sempre tem sido acompanhado de uma melhoria na qualidade de vida (QV) na velhice ou após processos de adoecimento. A intensa busca pela cura das doenças, somada à crescente sofisticação dos recursos e instrumentos na área da saúde, acabou fomentando uma cultura de negação da morte. Nesse cenário, as intervenções que visam proporcionar um final de vida digno, mesmo sem a possibilidade de cura, acabam sendo colocadas em segundo plano. Assim, a morte passou a ser vista como um fracasso ou derrota, tanto para os profissionais de saúde quanto para a sociedade (Gomes; Othero, 2016).

Os Cuidados Paliativos (CP) surgiram entre as décadas de 1950 e 1960, inicialmente na Inglaterra, expandindo-se depois para outros países, com o objetivo de proporcionar uma morte digna, próxima dos entes queridos e com menos sofrimento, especialmente para pacientes com doenças crônicas, avançadas e sem possibilidade de cura. Esse modelo de cuidado prioriza a QV, por meio de uma assistência interdisciplinar que inclui tanto o paciente quanto seus familiares, valorizando a troca de saberes entre os profissionais e o uso dos recursos disponíveis na comunidade, promovendo um atendimento mais humano e integral no processo de morrer (Paiva *et al.*, 2022).

Segundo Cardoso *et al.* (2013), o cuidado paliativo exige uma abordagem multidisciplinar para oferecer assistência integral a pacientes sem possibilidade de cura e às suas famílias. Resgatar a humanização do processo de morrer é fundamental, reconhecendo a morte como parte da vida. Equipes treinadas em CP obtêm melhores resultados no controle de sintomas físicos e no alívio dos sofrimentos psicossociais, tornando a capacitação profissional uma prioridade. A hospitalização pode ser necessária quando fatores socioeconômicos e dificuldades no controle dos sintomas impedem o cuidado domiciliar.

A convivência diária da equipe de saúde com pacientes em CP permite acompanhar sua evolução, identificar necessidades e oferecer uma assistência integral e humanizada. Esse contato contínuo desperta nos profissionais diversos sentimentos, que vão desde a satisfação em promover conforto até angústia e insegurança, especialmente quando há falhas na comunicação ou falta de informações entre a equipe.

Mesmo com o aumento da demanda por CP, impulsionado pelo envelhecimento populacional e pela alta prevalência de doenças crônicas, ainda persistem lacunas na oferta de

um cuidado realmente integral. Diante disso, surge o questionamento: como os profissionais percebem a assistência prestada aos pacientes em cuidados paliativos?

Com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas, mais pessoas precisam de CP. No entanto, ainda há desafios para oferecer um atendimento completo, especialmente quando os recursos são limitados.

A pesquisa poderá ajudar a melhorar os protocolos, preparar melhor os profissionais e conscientizar os gestores sobre a importância desses cuidados, garantindo um atendimento mais eficiente e humanizado.

Portanto, o objetivo geral foi analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a Qualidade de Vida dos pacientes sob Cuidados Paliativos, enfatizando os fatores que influenciam essa qualidade e as práticas assistenciais utilizadas para promovê-la. E como objetivos específicos: descrever as práticas e intervenções realizadas pelos profissionais de saúde para promover a qualidade de vida dos pacientes sob cuidados paliativos; compreender as percepções dos profissionais de saúde quanto aos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes sob cuidados paliativos; identificar os principais desafios, dificuldades e facilidades enfrentadas no cuidado diário.

2 REVISÃO DE LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE DE VIDA

O termo "qualidade de vida" ainda falta uma definição universalmente aceita, pois, sua interpretação varia de acordo com o contexto e a área de aplicação. Embora seja amplamente reconhecido, seu significado é subjetivo e varia de acordo com o indivíduo e o contexto. Em áreas como o planejamento urbano, por exemplo, pode ser associado ao acesso a espaços verdes e a um ambiente público adequado (Cruz, 2010).

Já na área da saúde, são relacionados aspectos da QV que podem ser direta ou indiretamente afetados pela saúde dos indivíduos, portanto, seria importante primeiramente definir o termo saúde (Cruz, 2010).

Conforme o Ministério da Saúde (2021), a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade.

A percepção do conceito de QV possui pontos em comum com a definição de saúde, onde a necessidade de analisar o corpo, a mente e até mesmo o contexto social no qual o indivíduo está inserido para definir o estado de saúde (Ministério da Saúde, 2021)

A QV é influenciada por fatores como saúde física e mental, nível de independência, condições de vida e relações sociais. Além disso, deve ser analisada sob a perspectiva do contexto econômico e político, que impacta diretamente o bem-estar individual (Ruidiaz-Gómez; Cacante-Caballero, 2021).

De acordo com Vasconcelos *et al.* (2022), a QV representa um elemento essencial em todas as etapas da vida, sendo avaliada por meio de instrumentos que abrangem múltiplos fatores vinculados tanto ao indivíduo quanto ao contexto em que está inserido. Essa análise considera aspectos culturais, sociais, espirituais, relacionais, psicológicos e o nível de autonomia. Dessa forma, entende-se que tanto a QV quanto a saúde são influenciadas por múltiplos fatores, exigindo, portanto, uma abordagem de cuidado integral e holística.

Com os conceitos já estabelecidos no âmbito da pesquisa científica aplicada à saúde, os instrumentos foram desenvolvidos a fim de preservar a confiabilidade das mensurações dos estudos, respeitando as particularidades de todos os grupos com suas faixas etárias preservadas. Dentre os instrumentos que foram desenvolvidos de forma integral, isto é, que abrangem todos

os grupos, se destacam dois que são: WHOQOL-bref e o Formulário abreviado da avaliação de saúde 36 (SF-36) (Rocha *et al.*, 2019).

Rocha *et al.* (2019), traz ainda que o SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da QV, aplicável a qualquer indivíduo, independentemente de sua condição de saúde. Podendo ser utilizado tanto em pessoas saudáveis quanto em pacientes com doenças crônicas. Originalmente desenvolvido em língua inglesa, foi traduzido e adaptado para o português em 1999, demonstrando validade e bons resultados. Trata-se de um questionário de fácil aplicação, compreensão e execução rápida, amplamente utilizado em diversos países. É composto por 36 itens, sendo um sobre alterações na saúde e 35 distribuídos em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

O WHOQOL-brief é uma abreviação do questionário WHOQOL-100, desenvolvido pela OMS para avaliar a QV de forma mais prática em estudos com grandes populações. Mantendo as propriedades psicométricas do instrumento original, é composto por 26 questões: duas gerais e 24 relacionadas a aspectos do questionário principal, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Sua versão brasileira, validada em 2000, demonstrou alta confiabilidade, consistência interna e validade em diferentes contextos, garantindo sua eficácia na mensuração da QV (Rocha *et al.*, 2019).

O aumento da expectativa de vida é uma conquista significativa, mas a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis também representa um desafio cada vez maior para os sistemas de saúde. Apesar dos avanços, uma vida longa nem sempre garante o acesso a cuidados de qualidade, especialmente em casos incuráveis. Nesse contexto, o CV ganha destaque por sua abordagem humanizada ao cuidado, alívio do sofrimento e melhoria da QV desde o diagnóstico até os estágios avançados da doença (Lins *et al.*, 2024).

Estudos preveem um crescimento populacional de 31,5% entre 2000 e 2040 no Brasil. Isso levará a um aumento na necessidade de CP de 662.065 casos em 2000 para 1.166.279 em 2040. Esse cenário destaca a necessidade de profissionais de saúde qualificados para fornecer um cuidado mais humano e de alta qualidade. É importante entender que os CP devem começar no diagnóstico de doenças com risco de vida, não apenas quando a morte é iminente. Não se limita à ausência de cura, mas abrange a prestação de suporte que promova conforto, bem-estar e QV. Dessa forma, o paciente está no centro do cuidado e recebe um suporte que valoriza sua dignidade e, acima de tudo, visa manter sua QV durante todo o curso da doença (Lucena; Albuquerque, 2021).

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Conforme a WHO (2023) o conceito de CP se dá como uma abordagem realizada por uma equipe multidisciplinar, que propõe a melhora na QV tanto do paciente quanto de seus familiares, frente a uma doença que ameace a vida. Isso se dá por meio de prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, alívio da dor e de outros sintomas espirituais, físicos, sociais e psicológicos.

Essa forma de assistência, focada na QV, é indicada desde o início da doença, podendo ser associada a terapias, visando não só melhorar o curso da doença e controlar complicações, mas também oferecer suporte à família, auxiliando no enfrentamento da doença e do luto, por meio de uma abordagem multidisciplinar que atende às necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes e seus familiares (World Health Organization, 2023).

No Brasil, os CP começaram a se consolidar na década de 1980, porém seu crescimento mais expressivo ocorreu apenas a partir dos anos 2000, especialmente com a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) em 2005 (Sabino; Souza; Moreira, 2023).

No contexto atual, aproximadamente 625 mil pessoas necessitam de CP no Brasil, evidenciando uma demanda crescente por esse tipo de assistência (Brasil, 2024).

Apesar dos avanços, como o aumento no número de serviços, conforme aponta o Atlas da ANCP de 2022, a distribuição desses serviços pelo país ainda é bastante desigual. A região Sudeste concentra a maior parte, com 98 serviços cadastrados, seguida pelo Nordeste, com 60. A região Sul conta com 40 serviços, sendo 12 deles localizados no estado de Santa Catarina. Já o Centro-Oeste apresenta 28 serviços, enquanto a região Norte, possui apenas oito serviços.

Entretanto, os CP ainda enfrentam desafios significativos, como a escassez de profissionais capacitados e o não reconhecimento dos CP como especialidade nas diversas áreas da saúde. Soma-se a isso a dificuldade no acesso a medicamentos essenciais para o controle e alívio do sofrimento, além da necessidade de expandir a oferta de serviços e aprimorar os já existentes, promovendo uma atuação articulada em rede, capaz de atender de forma integral e qualificada às demandas dos pacientes que necessitam desse tipo de cuidado (Sabino; Souza; Moreira, 2024).

Segundo Cenedesi Júnior (2023) ofertar CP não significa ausência de intervenções ou de cuidados, mas sim reconhecer que se trata de uma doença grave, com risco de progressão e ameaça à vida. Nesse contexto, uma equipe multiprofissional, em conjunto com os especialistas responsáveis pela enfermidade, atua integralmente, oferecendo suporte e assistência tanto ao

paciente quanto à sua família, evidenciando que ainda há muito a ser feito para promover conforto, QV e acolhimento.

Os CP envolvem equipes interprofissionais comprometidas com o cuidado integral da pessoa que enfrenta sofrimento decorrente de doença grave, abrangendo aspectos físicos, mentais, espirituais e sociais. Para isso, é essencial que os profissionais desenvolvam conhecimentos e habilidades em comunicação, alívio de desconfortos, compaixão, escuta ativa e manejo de questões emocionais (Salman *et al.*, 2024).

A partir da instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), observa-se a consolidação de um cuidado centrado na pessoa e fundamentado em múltiplas dimensões que buscam promover o bem-estar global do paciente. Conforme disposto na Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, CP abrange quatro dimensões essenciais e interligadas:

- A dimensão física visa o tratamento e o controle de sintomas como dor, dispneia, desconforto e náuseas, por meio de terapias farmacológicas e não farmacológicas que asseguram conforto e alívio do sofrimento.
- A dimensão psicoemocional envolve o apoio psicológico e emocional contínuo à pessoa e sua família, pautado na comunicação empática e na escuta ativa, promovendo acolhimento e fortalecimento emocional.
- A dimensão espiritual reconhece e valoriza as necessidades espirituais e existenciais do indivíduo, garantindo espaço para a expressão de crenças e valores que auxiliam na aceitação e serenidade diante do processo de adoecimento. Por fim,
- A dimensão social contempla ações que favorecem a manutenção da autonomia, do convívio e da inserção social do paciente, assegurando acesso aos recursos necessários para uma vida com dignidade e qualidade, mesmo diante de uma doença ameaçadora da vida.

Sendo assim, os CP visam promover QV a pacientes sem possibilidades terapêuticas, oferecendo alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Essa abordagem valoriza a autonomia, os desejos e os valores do paciente, proporcionando uma assistência humanizada e digna. Além de mitigar sintomas, busca compreender a morte como parte do processo de cuidar, enfrentando com sensibilidade os desafios emocionais envolvidos (Souza *et al.*, 2022).

2.3 HOSPITAL DE CUIDADOS PROLONGADOS

Os Cuidados Prolongados são destinados a pacientes clinicamente estáveis que necessitam de reabilitação e adaptação às sequelas de processos clínicos, cirúrgicos ou traumáticos. Funcionam como uma estratégia intermediária entre a internação hospitalar e o retorno ao domicílio, incluindo a atenção domiciliar. Pretendem promover a recuperação clínica e funcional, por meio de reabilitação integral, para pessoas com perda de autonomia, mas com potencial de recuperação, que não necessitam de cuidados hospitalares em fase aguda (Brasil, 2012).

A implantação de uma Unidade de Cuidados Prolongados favorece uma assistência individualizada e humanizada, atendendo às demandas específicas de pacientes com doenças crônicas, que possuem necessidades singulares. Esse cuidado deve envolver estratégias de educação para o autocuidado, sensibilização e apoio tanto ao paciente quanto à família. O tratamento desses pacientes vai além do sucesso terapêutico médico, dependendo também do contexto sociofamiliar, da atuação interdisciplinar e da capacidade da equipe multiprofissional em lidar com desafios. Assim, a participação e a opinião da família são fundamentais para a construção de um cuidado integral e efetivo (Tavares *et al.*, 2022).

Essa abordagem, regulamentada pela Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, vem sendo implantada desde então com o objetivo de auxiliar na reabilitação de pacientes com perda da capacidade funcional. Ela integra o atendimento pós-alta hospitalar com as equipes de atenção básica e domiciliar, promovendo a continuidade do cuidado e favorecendo a recuperação e o suporte aos pacientes (Ramos *et al.*, 2024).

Conforme disposto no Artigo 2º da Portaria nº 2.809/2012, do Ministério da Saúde, os Cuidados Prolongados podem ser organizados nas seguintes modalidades:

- Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço em um Hospital Geral ou Especializado (UCP);
- Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

O Artigo 7º da Portaria nº 2.809/2012, do Ministério da Saúde, define que os Cuidados Prolongados têm como finalidade oferecer um modelo de assistência que promova acolhimento, reabilitação e autonomia dos pacientes, por meio de intervenções terapêuticas e acompanhamento multiprofissional. Buscam garantir a continuidade do cuidado após a alta, apoiar a adaptação ao autocuidado, orientar familiares e cuidadores, além de atuar de forma

integrada com outros serviços de saúde. Também visam otimizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir reinternações e melhorar o fluxo de pacientes na rede de atenção à saúde.

As unidades de cuidados prolongados reforçam a reabilitação e a autonomia de pacientes fora da fase aguda, mas ainda dependentes de suporte especializado. Diante do envelhecimento populacional, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2019) estima que o número de idosos que necessitarão desse cuidado triplicará nas Américas até 2050. De acordo com Santos e Castro (2025), com equipes multiprofissionais, essas unidades promovem recuperação funcional, reduzem a dependência e melhoram a QV, além de diminuir internações prolongadas em leitos agudos e facilitar o retorno seguro ao domicílio.

A implantação dessas unidades gera benefícios econômicos e organizacionais para o sistema de saúde. Entre 2013 e 2023, foram habilitados 1.959 leitos dessas unidades, conforme o Plano Nacional de Saúde 2024-2027. Essa estratégia otimiza recursos, reduz reinternações e favorece o autocuidado e a reintegração social, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e da coletividade (Brasil, 2024).

2.4 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Atualmente, os CP são indicados desde o diagnóstico de doenças graves que afetam significativamente a vida e o bem-estar, não se limitando mais à fase terminal. Essa prática envolve equipes multiprofissionais atuando em ambientes hospitalares e domiciliares, com foco no alívio dos sintomas e no suporte psicossocial, emocional e espiritual. O acolhimento é essencial para estabelecer confiança e garantir uma assistência humanizada, enquanto a comunicação clara assegura que o paciente esteja informado e possa participar das decisões sobre seu cuidado, exceto quando não estiver apto ou não desejar se envolver (Palmeira; Scorsolini-Comin; Peres, 2011).

Mais do que aplicação de conhecimento técnico, a assistência paliativa envolve aspectos éticos, culturais, sociais e emocionais. A equipe de saúde precisa equilibrar razão e emoção no cuidado ao paciente. Nesse contexto, a família é considerada parte do cuidado, recebendo suporte durante todo o acompanhamento e até no luto. Para garantir a qualidade desse cuidado, é essencial uma equipe interdisciplinar e interprofissional, focada nas reais necessidades dos pacientes e familiares (Marques *et al.*, 2022).

A equipe é multiprofissional, e deve ser composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e assistente social, mas se amplia com psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, dentista e outros profissionais (Pacheco; Goldim, 2019).

Cruz *et al.* (2021), destacam que cada profissional contribui de uma forma essencial, sendo o assistente social para atuar como elo entre paciente, família e equipe; o psicólogo oferecer suporte emocional; o enfermeiro cuidar dos aspectos fisiopatológicos e dos cuidados básicos; o médico esclarecer diagnósticos e prognósticos, além de orientar a equipe; o nutricionista trabalhar para minimizar a síndrome anorexia-caquexia; o fisioterapeuta promove conforto e funcionalidade; o terapeuta ocupacional estimula autonomia e significado na rotina; e o dentista previne e trata infecções bucais, contribuindo para o bem-estar e a qualidade de vida.

A atuação da equipe multiprofissional é fundamental para garantir um cuidado integral, centrado na pessoa e não apenas na doença, respeitando seus valores, desejos e autonomia. Essa equipe busca atender às dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente, proporcionando conforto e qualidade de vida. A comunicação efetiva e o trabalho conjunto são essenciais para que o cuidado seja coeso e humanizado, favorecendo a interação entre profissionais, paciente e familiares (Pulga, 2019).

De acordo com Batista *et al.* (2023), no contexto da equipe multiprofissional, o enfermeiro ocupa posição central, sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela comunicação entre os diferentes profissionais. Sua atuação abrange desde o controle de sintomas e administração de terapias até o suporte emocional ao paciente e à família. Além disso, o enfermeiro desempenha papel educativo, orientando sobre o manejo da dor, higiene, conforto e alimentação, promovendo autonomia e dignidade no processo de morrer. Essa presença contínua torna-o um elo fundamental entre o paciente, a família e a equipe, refletindo o compromisso com o cuidado humanizado e integral.

Um atendimento de qualidade no final da vida exige uma equipe qualificada, capaz de atuar com segurança. No cuidado a pacientes críticos, os profissionais precisam de habilidades que envolvem tanto a tecnologia dura, representada pelos equipamentos, quanto a tecnologia leve, que abrange aspectos éticos, humanos e sociais. Reconhecer quando um tratamento se torna fútil e definir quais intervenções devem ser mantidas ou suspensas no contexto paliativo são decisões complexas e desafiadoras para a equipe (Marques *et al.*, 2022).

Souza, Lacerda e Lira (2017) citam que a equipe de CP deve desenvolver habilidades como escuta ativa, comunicação, suporte diante dos limites do adoecimento e estratégias de enfrentamento frente ao fim da vida. A assistência deve ser harmônica e centrada no paciente

sem possibilidade de cura e em sua família, por meio de uma abordagem multiprofissional. Nesse contexto, é fundamental resgatar a humanização do processo de morrer, reconhecendo a morte como parte natural da vida.

É importante destacar que, atualmente, existem diversas modalidades terapêuticas disponíveis nos CP, que visam oferecer conforto e QV. Contudo, cabe aos profissionais de saúde buscar constantemente a ampliação de seus conhecimentos e habilidades, a fim de aplicar essas abordagens de forma adequada. Dessa maneira, é possível atuar de forma efetiva na prevenção e no alívio do sofrimento, promovendo um cuidado mais humanizado, que considera não apenas as necessidades físicas, mas também os aspectos emocionais, sociais e espirituais do paciente e de sua família (Fernandes *et al.*, 2013)

De acordo com Cardoso *et al.* (2013), para que a assistência em CP seja efetiva e humanizada, é indispensável que a equipe multiprofissional esteja comprometida com os princípios que norteiam essa prática. Isso inclui reconhecer o paciente em processo de finitude como um ser detentor de direitos, cuja autonomia, dignidade e privacidade devem ser respeitadas. Esses valores são alicerces fundamentais do cuidado paliativo e da bioética, orientando as decisões e as ações no enfrentamento do fim da vida.

2.5 TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU

Hildegard Peplau (1909-1999) foi uma pioneira no desenvolvimento da relação entre enfermeiro e cliente. Sua teoria, fundamentada na prática, destacava a importância de transformar cada interação em uma oportunidade para promover o empoderamento do paciente (Vogelsang, 2022).

A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau é classificada como uma teoria de médio alcance na enfermagem, pois apresenta um nível intermediário de abstração. Isso significa que não é ampla e abstrata o suficiente para ser considerada uma grande teoria, mas também não é excessivamente específica ou operacional. Seu principal objetivo é compreender e explicar o processo interpessoal entre enfermeiro, cliente e comunidade, sob uma perspectiva psicodinâmica. Além disso, integra saberes da enfermagem com conhecimentos de outras áreas do conhecimento vigentes na época (Pinheiro *et al.*, 2019).

Publicada em 1952, no livro *Interpersonal Relations in Nursing*, a teoria da Dra. Hildegard Elizabeth Peplau revolucionou, de diversas maneiras, tanto o ensino quanto a prática da enfermagem psiquiátrica nos Estados Unidos (Santos; Nóbrega, 1996).

Sua teoria tem base na prática clínica, construída por meio de raciocínio indutivo a partir de suas experiências e de conceitos das teorias comportamentais e psicanalíticas da Psicologia. Ela destaca a importância da relação interpessoal entre enfermeiro e paciente como ferramenta para o crescimento pessoal de ambos. Nesse processo de cuidar, o enfermeiro ajuda o paciente a reduzir a insegurança e a ansiedade, transformando esses sentimentos em ações construtivas que favorecem o tratamento e promovem o desenvolvimento tanto do paciente quanto do profissional de enfermagem (Vogelsang, 2022).

Em sua teoria, define a enfermagem psicodinâmica como a capacidade de compreender o comportamento humano para ajudar na identificação de dificuldades e na aplicação dos princípios da relação interpessoal na resolução dos problemas. O processo interpessoal é estruturado em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução, que se inter-relacionam e variam conforme a evolução do problema (Vogelsang, 2022).

Na fase de orientação, o paciente busca o enfermeiro por uma necessidade percebida, sendo este responsável por esclarecer a situação, orientar e criar vínculo, identificando junto ao paciente e à família qual a assistência necessária. Na fase de identificação, o paciente reconhece quem pode ajudá-lo, permitindo a exploração dos sentimentos, fortalecendo sua personalidade e colaborando no enfrentamento do problema. A resposta do paciente pode ser interdependente, autônoma ou dependente, sendo ideal que ocorra de forma cooperativa. Na fase de exploração, o paciente faz uso dos recursos disponíveis, buscando ativamente solucionar seus problemas, enquanto o enfermeiro utiliza a comunicação terapêutica, como escuta, acolhimento e ensino, para auxiliar no cuidado (Pinheiro *et al.*, 2019).

Por fim, na fase de resolução, o vínculo é gradualmente encerrado, com o paciente se tornando mais independente, fortalecido e amadurecido, assim como o enfermeiro. Durante todo esse processo, há um crescimento e amadurecimento mútuo, destacando-se a autonomia do paciente, que deixa de ser um sujeito passivo e se torna um participante ativo no seu próprio cuidado (Franzoi, 2016).

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o percurso metodológico adotado para o desenvolvimento da pesquisa, detalhando o tipo de estudo, o cenário, os participantes, os procedimentos de coleta e análise dos dados, bem como os aspectos éticos envolvidos.

3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de modalidade exploratória e descritiva. O delineamento adotado foi um estudo transversal, do tipo observacional analítico transversal, visando compreender e analisar as práticas, percepções e experiências dos sujeitos envolvidos.

A escolha por essa metodologia se dá pela necessidade de compreender as percepções, significados e experiências vividas pelos participantes no contexto abordado.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um hospital filantrópico de cuidados prolongados localizado no Alto Vale do Itajaí, que oferece atendimentos em Clínica Médica, Plantão Médico, Radiologia Clínica, entre outros.

A instituição é referência para pacientes de cuidados prolongados e atende também pacientes em cuidados paliativos e conta com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas entre outros.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Foi incluído no estudo profissionais que atuam diretamente na assistência a pacientes em CP. A escolha dos profissionais se deu considerando aqueles profissionais que possuíam vínculo com a instituição e participavam diretamente nos cuidados aos pacientes em CP.

Estabeleceram-se critérios de inclusão que foram, profissionais das diferentes formações assistenciais, com tempo mínimo de experiência de 3 meses e que aceitaram participar voluntariamente, mediante assinatura do TCLE.

Por outro lado, foram excluídos indivíduos que se encontram afastados de suas funções durante o período da coleta ou que se recusarem a participar da pesquisa.

Ao todo, 33 profissionais participaram da pesquisa, 5 recusaram-se a participar, 2 estavam afastados de suas atividades no período da coleta e 7 possuíam menos de três meses de experiência na área.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA

Após a obtenção da Declaração de Anuência da Instituição, devidamente preenchida e assinada pelo responsável da instituição, e após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, foi iniciada a coleta de dados.

Inicialmente, a pesquisadora identificou-se e apresentou-se individualmente para cada possível participante do estudo, convidando-o a participar da pesquisa, explicando brevemente os objetivos da pesquisa. Em seguida, para aqueles que aceitaram, realizou-se a leitura e a discussão do TCLE (Anexo I) e aqueles que concordaram, livre e espontaneamente, em participar do estudo, assinaram o TCLE, em duas vias de igual teor, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o entrevistado.

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto por meio de entrevistas individuais, utilizando um questionário de entrevista semiestruturado, criado com base na literatura, composto de 12 questões abertas (Apêndice I), que buscaram explorar as percepções, práticas e experiências profissionais. O questionário foi previamente validado por teste piloto com profissionais de saúde não participantes da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante autorização prévia dos participantes (Anexo II), que tiveram total liberdade para interromper a qualquer momento, caso desejassem. Após a realização das entrevistas, os áudios foram devidamente transcritos na íntegra para posterior análise, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes em todas as etapas da pesquisa.

A aplicação do questionário ocorreu em local privativo, individualmente, onde eventuais dúvidas foram esclarecidas no momento da coleta dos dados, porém sem interferência do entrevistador nas respostas. O questionário necessitou de aproximadamente de 20 minutos para ser respondido. Enfatiza-se que foi garantido o sigilo das informações, onde o nome das participantes foi substituído por entrevistado 1, entrevistado 2, entrevistado 3, e assim sucessivamente, conforme a sequência de coleta de dados.

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise e interpretação dos dados foram realizadas com base na técnica de análise de conteúdo, conforme proposto por Laurence Bardin (1988).

A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas que permite examinar um conjunto de dados de forma detalhada e sistemática. Utilizando a perspectiva de Bardin, este método busca captar percepções, significados e sentidos de maneira estruturada, alinhando-se à tradição da pesquisa qualitativa. Por meio da descrição e categorização do conteúdo, torna-se possível extrair indicadores que possibilitam inferir conhecimentos sobre as condições de produção e recepção das mensagens, considerando as variáveis e contextos que envolvem esses processos comunicativos (Valle; Ferreira, 2024).

Esse método é desenvolvido em três etapas principais. A primeira é a pré-análise, que envolve a seleção dos documentos, a formulação de hipóteses e objetivos, além da elaboração dos indicadores que nortearão a pesquisa. A segunda etapa corresponde à descrição analítica, na qual o material é examinado de forma aprofundada, por meio de processos de codificação, categorização e classificação dos dados. Por fim, a terceira etapa refere-se à interpretação referencial, momento em que são feitas reflexões e aprofundamentos sobre as conexões de ideias, permitindo a obtenção de resultados concretos para a pesquisa (Valle; Ferreira, 2024).

A organização das informações ocorreu por meio de uma planilha no software Microsoft Excel, onde foram registrados os trechos, bem como as categorias emergentes. Os resultados serão apresentados de forma descritiva, acompanhados de excertos das falas dos participantes, de modo a assegurar a fidelidade das informações e valorizar as experiências compartilhadas pelos sujeitos da pesquisa.

Para contribuir com a análise dos dados será utilizada a teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo atende aos preceitos éticos determinados na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 implementada pelo Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os testes e pesquisas realizadas com seres humanos e dos direitos que lhe são assegurados. O projeto foi submetido à apreciação do CEP sendo aprovado pelo parecer nº 7.742.334.

Foi esclarecido para cada participante o objetivo, métodos, benefícios que este estudo pode lhe trazer e os incômodos ou constrangimentos que este possa ocasionar.

Cada participante recebeu um TCLE, o qual foi lido, compreendido e assinado, autorizando desta forma sua participação no estudo. Foi enfatizado também, que a participação do presente estudo seria voluntária, assim quem não quisesse participar do estudo teria todo direito de se recusar em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

O estudo apresentou risco mínimo aos participantes, devendo-se considerar o risco de constrangimento dos profissionais ao responder os itens do formulário de coleta de dados. Para minimizar o risco, a coleta de dados foi individualizada, em ambiente privativo, e foram preservados o sigilo e anonimato dos participantes. Os instrumentos de coleta de dados foram numerados, seguindo-se uma sequência conforme a coleta de dados ocorreu e esse número substituiu o nome do participante. Além disso, se os participantes se sentissem prejudicados após a entrevista, poderiam agendar imediatamente atendimento psicológico gratuito, disponibilizado pela equipe de pesquisadores. Enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de identificar a perspectiva dos profissionais quanto a qualidade de vida dos pacientes em CP. Além disso, busca-se colaborar com a instituição no aperfeiçoamento dos

protocolos e na capacitação dos profissionais, a fim de garantir um atendimento mais eficiente, qualificado e humanizado.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesse capítulo apresentamos a análise e discussão dos resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde integrantes da equipe participante. Buscamos compreender as suas percepções sobre qualidade de vida dos pacientes em CP. Essa interpretação de dados obedeceu ao proposto por Bardin (1988) em sua Teoria da Análise de Conteúdo e Peplau corroborou para o entendimento dos dados com sua Teoria das Relações Interpessoais.

A partir dos dados colhidos pode-se identificar as seguintes Categorias de Análise, conforme apresentado no quadro abaixo,

Quadro 1- Categorias de Análise

Categoria de análise	Apresentação do discurso	Apresentação do conteúdo
Práticas e intervenções para promover a qualidade de vida	<p>“Ofertar a higiene e conforto, troca de fralda já envolve isso, o O2 que é ofertado também, as medicações prescritas pelos médicos para dor, é basicamente isso[...]” (E1)¹</p> <p>“É olhar pra ele como uma pessoa mesmo, porque ele tá ali, ele tá vivo, né. Ele não morreu, então tem que olhar, tem que respeitar[...]” (E1)²</p>	A equipe multiprofissional, por meio de práticas humanizadas e integradas, promove qualidade de vida nos cuidados paliativos, priorizando conforto, dignidade, alívio da dor e respeito às dimensões física, emocional e espiritual.
Humanização e preservação da dignidade no cuidado	“[...] Fazendo o nosso trabalho com alegria, com amor, dando assistência pra eles, escutando eles, na maioria das	A humanização e a dignidade nos cuidados paliativos manifestam-se na escuta ativa, empatia e respeito à autonomia, promovendo um cuidado ético,

¹ Entrevista respondida por E1 – Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

² Entrevista respondida por E1 - Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

	<p>vezes, dando entretenimento ali. [...]” (E11)³</p> <p>“Nessa situação de cuidados paliativos, acho que o cuidado maior é você ter muita paciência pra conversar com eles, no tratamento, o paciente depende de ser tratado por você, a tua paciência, conversar com ele, tratando e conversando, isso é bem importante. Eu acho que ai está tudo dentro dos cuidados. Tudo isso aí é o importante dos cuidados.” (E20)⁴</p>	acolhedor e centrado na singularidade de cada paciente.
Dimensões emocionais e espirituais da assistência em cuidados paliativos	<p>“Eu sempre gosto muito de brincar com os pacientes, gosto de conversar também, apesar do nosso tempo ser um pouco corrido, eu sempre gosto de conversar.[...] Eu acho que isso faz muita diferença, sim. Talvez não faça diferença na nossa vida, mas faça diferença na vida do paciente, sim, que é ele que está sendo tratado aqui. [...]” (E32)⁵</p> <p>“[...] Porque a gente acaba chorando, a gente acaba ficando emocionada. Porque a gente vive, a gente está ali conhecendo a história deles [...]” (E8)⁶</p>	As dimensões emocionais e espirituais nos cuidados paliativos fortalecem o acolhimento, a empatia e a fé, promovendo conforto, sentido e dignidade ao paciente diante da finitude e do sofrimento humano.
Desafios enfrentados pela equipe multiprofissional	“A dificuldade que eu tive desde que entrei nessa instituição é justamente na questão de entender que é o processo	Os desafios da equipe multiprofissional em cuidados paliativos envolvem limitações

³ Entrevista respondida por E11 – Cuidador [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

⁴ Entrevista respondida por E20 – Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

⁵ Entrevista respondida por E32– Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

⁶ Entrevista respondida por E8 - Cuidador [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

	<p>justamente de morte ali, e que por mais que eu veja que está, entre aspas, sofrendo, não se dá de fazer nada clinicamente, né? Então, buscar só o conforto, vamos dizer ali, da analgesia, o O2, dependendo da dificuldade respiratória ou não, até a sedação paliativa. [...]” (E4)⁷</p> <p>“Acredito que a maior dificuldade seja os pacientes que não consigam se comunicar conosco, onde não conseguimos entender certo quais são as necessidades dele, qual é a dor, qual é o incômodo que ele sente no momento, por mais que tenha as questões físicas que a gente consiga observar, as questões faciais, onde o paciente possa demonstrar um pouco de dor, tem pacientes que não conseguem nem mesmo isso.” (E27)⁸</p>	<p>estruturais, falta de preparo específico, resistência familiar, sobrecarga emocional e necessidade de apoio psicológico, exigindo estratégias institucionais que promovam acolhimento, qualificação e cuidado humanizado.</p>
--	--	--

Fonte: Autora (2025).

4.1 CATEGORIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população participante deste estudo foi composta por 33 profissionais de diferentes áreas e níveis de atuação dentro da equipe de saúde, sendo eles: 7 enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 8 cuidadores, 2 médicos, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudióloga, 1 nutricionista, 1 dentista e 1 psicólogo. Todos eram atuantes em um hospital de cuidados prolongados localizado no Alto Vale do Itajaí, que presta assistência a

⁷ Entrevista respondida por E4 – Enfermeiro [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

⁸ Entrevista respondida por E27 – Enfermeiro [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

pacientes sob CP permitindo uma visão abrangente acerca da temática investigada e compreendendo distintas perspectivas.

O tempo de atuação com pacientes em CP variou de 5 meses a 24 anos, demonstrando que o grupo apresenta tanto profissionais mais experientes quanto outros em fase inicial de adaptação a esse tipo de assistência.

Essa diversidade profissional e de tempo de experiência contribuiu para uma análise mais completa, pois possibilitou captar percepções de diferentes âmbitos do cuidado, desde a execução direta das práticas assistenciais até o planejamento e a gestão do processo de cuidado.

4.2 PRÁTICAS E INTERVENÇÕES PARA PROMOVER A QUALIDADE DE VIDA

As práticas e cuidados de saúde realizados pela equipe multiprofissional são capazes de desempenhar um papel fundamental na promoção da QV de pacientes em geral, tanto em situações de tratamentos curativos, quanto em situações de CP. No âmbito geral, ações integradas que envolvam avaliação contínua, comunicação efetiva, educação em saúde e suporte psicossocial tendem a contribuir para a recuperação, o bem-estar e a autonomia do paciente.

Quando falamos de CP, essas intervenções assumem um caráter ainda mais abrangente, voltado não apenas para a dimensão física, mas também traz um olhar para aspectos emocionais, sociais e espirituais, que podem não ser prioridade em outros casos. Dessa forma, a atuação sensível, ética e interdisciplinar da equipe multiprofissional torna-se essencial para que o cuidado ultrapasse o fazer técnico e se torne um fazer humano, que valoriza a vida em todas as suas dimensões.

A análise das entrevistas mostrou que as práticas adotadas pelos profissionais para promover a QV dos pacientes sob CP estão fortemente relacionadas ao conforto, alívio da dor e escuta ativa, onde procuram diminuir o sofrimento oferecendo um cuidado que valoriza a dignidade da vida.

Segundo os entrevistados, promover a QV também inclui cuidados básicos, que vão desde a assistência técnica até uma abordagem humana que considere o paciente como um todo e respeite seus desejos e necessidades, principalmente nas fases finais da vida, como higiene, alimentação adequada, bem-estar físico e apoio psicológico.

“[...] Quando eu falo desde a parte técnica e a parte de medicação, do que a enfermagem pode fazer com a orientação do médico, também com a parte mais humanizada, que é o que a gente preconiza. Eu aqui, às vezes, estendendo o horário de visita, às vezes também, vendo o paciente como um contexto geral, sobre uma alimentação, sobre uma dieta, sobre as vontades do que o paciente deseja naquele último momento de vida [...]” (E2)⁹.

Esta afirmação demonstra que a equipe se esforça para compreender o paciente como um todo e levar em consideração suas limitações e desejos. Isso se assemelha à fase de identificação da Teoria Interpessoal de Peplau, onde o enfermeiro identifica as necessidades do paciente e estabelece uma relação de confiança (Almeida *et al.*, 2005).

As intervenções também envolvem o manejo adequado da dor e sintomas, o que é descrito pelos profissionais como uma das formas de preservar a dignidade e a autonomia do paciente.

“Ofertar a higiene e conforto, troca de fralda já envolve isso, o O₂ que é ofertado também, as medicações prescritas pelos médicos para dor, é basicamente isso. Os que conversam a gente tenta conversar, tentar interagir, os que não a gente pelo menos faz um carinho na cabeça e conversa do mesmo jeito, mesmo sabendo que eles não vão responder” (E1)¹⁰

“Se voltando para a enfermagem, nesse sentido das práticas e intervenções com os pacientes. Então, a gente trabalha muito com a questão de ofertar sempre um cuidado humanizado, trabalharmos na condição das necessidades básicas humanas, que é a alimentação, o banho, a vestimenta, condições também de lazer que nós proporcionamos sempre que a gente pode aqui no ambiente hospitalar, a conversa, escuta qualificada, a visita ao paciente, avaliação do paciente [...]” (E6)¹¹

“A gente tenta mantê-los o mais confortável possível. Converso, né? A gente tem que passar uma tranquilidade pra eles também. Uma segurança também com eles. Tem que escutar eles quando for possível, né? Quando é possível, quando eles falam, conversam com a gente. Escutar eles também. Eles também, acho que sentem necessidade de estar conversando com alguém, de ter alguém ali escutando eles, né?” (E30)¹²

As falas dos três profissionais, sendo uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e uma cuidadora, onde ambas reforçam o compromisso dos profissionais em proporcionar conforto e alívio dos sintomas por meio de cuidados básicos, como uma conversa, higiene, troca

⁹ Entrevista respondida por E2 - Enfermeiro [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

¹⁰ Entrevista respondida por E1 – Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

¹¹ Entrevista respondida por E6 – Enfermeiro [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

¹² Entrevista respondida por E30 - Cuidador [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

de fraldas, administração de oxigênio e analgésicos. Essas medidas fazem parte dos princípios de cuidado integral que garantem o bem-estar físico e previnem o sofrimento, de acordo com as recomendações da OMS.

Os CP são reconhecidos como um componente essencial do direito humano à saúde e devem ser fornecidos como parte de serviços de saúde integrados e adaptados individualmente, com atenção especial às necessidades e preferências (World Health Organization, 2020).

Fica evidente que as práticas da equipe vão além do cuidado técnico necessário naquele momento, elas englobam ações de acolhimento, escuta e humanização que fomentam o vínculo entre profissionais e pacientes.

O ato de fornecer conforto, conversar, tocar e garantir presença traduz o compromisso com a dignidade humana e o alívio do sofrimento físico, emocional e espiritual, aspectos essenciais para a promoção da QV.

As intervenções multidisciplinares desenvolvidas em CP visam melhorar a QV dos pacientes e reduzir a dor. Observa-se que as intervenções abrangem desde o manejo clínico e técnico até o suporte emocional e espiritual, confirmando o caráter integral e interdisciplinar do cuidado prestado.

“Eu uso escuta ativa, acolhimento, práticas corporais, práticas voltadas para a QV na questão respiratória, na questão de organização do lazer, nas questões relacionadas às espiritualidades, os desejos, vontades, pendências, resolução de pendências. São tudo que ainda estão trazendo uma inquietude e que precisa ser resolvido antes do processo ativo de morte. A minha abordagem é mais voltada para que o bem-estar do indivíduo, de acordo com o que ele me traz e o que a família também me traz, então não é só o indivíduo, também a família, e voltada para as questões que ainda precisam ser resolvidas, realizadas, sonhos, desejos, enquanto é possível ser feito” (E17)¹³

O depoimento do entrevistado captura a essência dos CP, enfatizando práticas como escuta ativa, acolhimento, atividade física, atenção à espiritualidade e abordagem de questões existenciais. O relato enfatiza uma abordagem que se concentra nas dimensões espiritual e subjetiva do cuidado, aspectos frequentemente negligenciados, mas essenciais para o bem-estar geral. Segundo Langaro e Schneider (2022), ao cuidar de pacientes no fim de vida, é fundamental valorizar seu projeto de vida e reconhecê-los como indivíduos específicos, com histórias, dinâmicas e sofrimentos únicos. A doença e a necessidade de cuidado são parte integrante da jornada desse indivíduo, que continua a se desenvolver e a encontrar significado até a morte.

¹³ Entrevista respondida por E17 – Terapeuta Ocupacional [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

As falas dos entrevistados destacam diversas dimensões da intervenção em CP, todas convergindo para o objetivo central de promover a QV, mesmo em contextos de fragilidade ou limitações clínicas.

“A gente faz toda a manutenção, toda a higiene brônquica do paciente. Então, a gente fala de aspiração, iniciação do O₂ quando necessário para conforto, mobilização passiva no leito, sedestação em cadeira de rodas” (E16)¹⁴

“A humanização, planejamento dos cardápios, fazer com que os pacientes participem da escolha com suas preferências alimentares e alguns eventos durante o ano, como festa junina, natal, páscoa, dia do idoso. Nesses eventos tem cardápio diferenciado e adaptado com a dieta de cada paciente” (E18)¹⁵

“Então, as práticas são conforto alimentar. A gente faz o ajuste do alimento do paciente, proporciona a melhor forma com que ele degluta o alimento. Então, basicamente o conforto dele é alimentar. Aqui dentro, indicação de consistências” (E19).¹⁶

“Extração dentária, alisamento radicular. Tipo assim, ah, o paciente tá com o dente, tá com um cortante assim, eu passo uma broca pra tirar pra não cortar a boca dele, sabe? Restaurações e limpeza, faço bastante limpeza. [...]” (E28)¹⁷

Deste modo, é perceptível que a promoção da QV em CP requer uma abordagem holística. Isso abrange intervenções que consideram tanto o corpo, por meio da higiene; mobilidade; nutrição e higiene bucal, quanto a subjetividade do paciente, levando em consideração suas preferências, dignidade e participação. Considerar essas medidas amplia a perspectiva para além do simples manejo de sintomas ou do uso de tecnologias e afirma o cuidado como uma prática humana, multidisciplinar e centrada na pessoa.

Neste contexto, a QV vai além do controle de sintomas físicos, englobando também o bem-estar emocional, social e espiritual do paciente. Assim, a atenção integral, característica dos CP, busca garantir que cada indivíduo tenha suas necessidades respeitadas e receba suporte que favoreça seu conforto, autonomia e dignidade, contribuindo para uma vivência mais plena e significativa mesmo diante de condições de saúde complexas ou limitantes.

¹⁴ Entrevista respondida por E16 – Fisioterapeuta [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

¹⁵ Entrevista respondida por E18 – Nutricionista [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

¹⁶ Entrevista respondida por E19 – Fonoaudióloga [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

¹⁷ Entrevista respondida por E28 – Dentista [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

As falas dos profissionais mostram que a percepção de QV dos pacientes em CP está intimamente ligada ao conforto, à dignidade, ao respeito e à preservação da individualidade, mesmo diante da terminalidade. Para os entrevistados, a QV não se limita ao manejo de sintomas físicos, mas abrange também aspectos emocionais, sociais e espirituais, refletindo uma perspectiva mais humana sobre o processo de morrer.

Um dos depoimentos destaca a importância do conforto e da dignidade como elementos centrais da QV:

“Ai, seria dar o conforto possível. O que a instituição oferta mesmo, né. É ofertado isso, é não ter dor, é ter a higiene e conforto, né. Uma fralda limpa, um corpo limpo, né. Ter o seu banho, nem que seja de leito. É isso. E ofertar a dieta se o paciente come. É olhar pra ele como uma pessoa mesmo, porque ele tá ali, ele tá vivo, né. Ele não morreu, então tem que olhar, tem que respeitar. E mesmo depois da morte a gente tem que respeitar” (E1)¹⁸

A fala demonstra a valorização de práticas básicas de cuidado como a higiene, alimentação e conforto, como expressões de respeito e de preservação da dignidade. Esse entendimento está alinhado com o Manual de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde (Brasil, 2023), que reconhece o conforto e a higiene como medidas essenciais para a manutenção da QV e enfatiza que o cuidado integral deve levar em consideração as dimensões física, emocional, social e espiritual do paciente.

Outra visão recorrente nas falas diz respeito ao alívio da dor e à redução do sofrimento, entendidos como pré-requisitos essenciais para a manutenção do bem-estar:

“É promover justamente tudo o que a gente tá falando até agora, no meu ponto de vista, sabe? É promover o melhor bem-estar dele naquele aspecto. [...] Porque, no meu definir, qualidade de vida é ele estar bem naquele momento, sabe? Se ver que o paciente justamente está em questão de óbito, tá sofrendo, daí eu sou a favor da sedação. Eu acho que é isso. É justamente procurar o melhor pra cada paciente em particular” (E4)¹⁹

O depoimento reforça a importância do controle da dor e da individualização do cuidado, que são princípios centrais nos CP. Conforme Villas-Bôas (2023), a sedação paliativa

¹⁸ Entrevista respondida por E1 – Téc. de enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

¹⁹ Entrevista respondida por E4 – Enfermeiro [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

e o manejo adequado dos sintomas são recursos éticos e clínicos destinados a aliviar o sofrimento, quando o objetivo do tratamento passa a ser o conforto e não mais a cura.

Alguns profissionais também associam QV à independência funcional e à possibilidade de autonomia, embora no contexto paliativo isso tenha um significado diferente.

"Esse é complicado, porque pra mim, na minha percepção, qualidade de vida é você andar, fazer suas atividades, poder fazer as suas coisas básicas do dia a dia, sem dependência de ninguém, nem nada. E agora, dentro do cuidado paliativo, eu acho que é quando esse paciente descansa. É aí que ele vai ter a qualidade de vida dele, onde acaba o sofrimento dele" (E5)²⁰

A fala do entrevistado revela uma visão dupla de QV. Inicialmente associada à funcionalidade e à autonomia da pessoa, entendida como a capacidade de realizar atividades básicas do dia a dia sem depender de terceiros. Porém, ela é redefinida no contexto dos CP, passando a ser percebido como a cessação do sofrimento, que só é alcançada com a morte do paciente. Esse contraste reflete o que Irigaray e Trentini (2009) abordam como dimensão subjetiva da QV, na qual o bem-estar é redefinido de acordo com as possibilidades e condições reais do indivíduo diante da doença.

Por fim, um depoimento resume o entendimento de que QV significa garantir um bom lugar para morrer, livre de dor e perto de entes queridos.

"É um bom lugar pra morrer, né? [...] não ter dor e ter proximidade com os seus e tá mais lúcido possível pra poder viver o momento" (E25)²¹

Este conceito reforça o princípio da morte digna, central na filosofia dos CP. Segundo o Manual de Cuidados Paliativos (Brasil, 2023), garantir uma morte tranquila e indolor na presença da família é um dos objetivos éticos e humanitários dos CP.

As entrevistas mostram que intervenções em CP, como controle da dor, higiene, nutrição e acolhimento, estão profundamente relacionadas à percepção de QV. Portanto, a visão de QV vai além da ausência de sintomas e abrange também o conforto, a dignidade e o bem-estar geral do paciente, refletindo uma abordagem humana e holística.

Para descrever com maior clareza as atividades dos profissionais de saúde em cuidados paliativos, foi criado o Quadro 2, que resume as principais práticas mencionadas nas entrevistas,

²⁰ Entrevista respondida por E5 – Enfermeiro [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

²¹ Entrevista respondida por E25 – Médico [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

sendo categorizadas de acordo com suas dimensões física, emocional, social e espiritual, destacando, assim, a amplitude e a abrangência do cuidado prestado pela equipe multidisciplinar.

Quadro 2- Práticas realizadas pelos profissionais.

Práticas Físicas	Práticas Emocionais	Práticas Sociais	Práticas Espirituais
Higiene e conforto	Acolhimento e escuta ativa	Promoção da presença da família	Respeito à fé, religião e espiritualidade
Controle da dor	Acolhimento e escuta ativa	Comunicação aberta	Incentivo à oração
Manutenção de alimentação e hidratação	Empatia e sensibilidade	Integração da equipe multiprofissional	Permitir visitas religiosas
Sedestação	Identificação de sofrimento psíquico	Valorização do vínculo afetivo	
Mudança de decúbito	Valorização da dignidade	Respeito à história e às relações pessoais	
Cuidados com a pele		Compartilhamento de decisões	
Monitoramento de sinais vitais		Sensibilização da equipe	
Aspiração		Atenção às necessidades sociais	
Oferta de O ₂			
Sondagens			

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Desse modo, é importante ressaltar que as práticas empregadas pelos profissionais vão além da simples assistência técnica e incluem aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, mantendo o princípio do cuidado integral. Essas ações demonstram o compromisso da equipe multidisciplinar em proporcionar um cuidado humanizado, baseado no conforto, na dignidade e no valor da vida, mesmo diante da morte.

4.3 HUMANIZAÇÃO E PRESERVAÇÃO DA DIGNIDADE NO CUIDADO

Os depoimentos de profissionais demonstram que os CP são fortemente influenciados por práticas que priorizam a humanização e a proteção da dignidade humana, elementos essenciais para a promoção da QV no fim da vida. A humanização é apresentada nos depoimentos como um princípio ético e emocional que transcende a dimensão técnica do cuidado e incorpora uma atitude de empatia, acolhimento e respeito à individualidade de cada paciente.

Os entrevistados enfatizaram que a escuta ativa, a consideração das necessidades específicas e a promoção do bem-estar são medidas concretas para a implementação da humanização no ambiente hospitalar.

“É humanização, né? Saber respeitar o paciente que tá aqui na forma que ele tá. Aquele que consegue falar, aquele que não se comunica, aquele que se mexe, que não se mexe. Tu saber ajudar ele conforme ele precisa. O que eu poderia fazer de diferente? A gente já faz tudo que está ao nosso alcance, tudo que a gente consegue. Tem que ter mais gente qualificada” (E9)²²

“A escuta ativa, acolhedora. Uma escuta sem julgamento, sem preconceitos. A situação que eu vejo é a dificuldade de entender a dor do outro, escutar só. Eu não preciso amenizar ou piorar, é só escutar. Às vezes é só escutar com atenção, cuidado, gentileza. É o necessário para aquela pessoa. O olho no olho, a mão na mão. um afeto, mostrar que eu tô ali, tô presente, tô entendendo essa situação, por mais que eu não tô passando por isso[...].” (E17)²³

Essas afirmações expressam a consciência de que o cuidado transcende a dimensão biológica da doença e abrange também o âmbito emocional e relacional. Nesse sentido, a presença do profissional torna-se terapêutica, não apenas pela sua experiência, mas também pela sua capacidade de ouvir, acolher e validar as emoções do paciente. Essas perspectivas se alinham com a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, onde aborda que o processo de enfermagem é baseado na interação entre o enfermeiro e o paciente, sendo as relações interpessoais a ferramenta mais importante para promover o bem-estar, reduzir a ansiedade e fomentar a autonomia (Santos; Nóbrega, 1996).

²² Entrevista respondida por E9 - Cuidador [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

²³ Entrevista respondida por E17 – Terapeuta Ocupacional [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

A escuta ativa e a empatia, frequentemente citadas pelos participantes, representam a aplicação prática da Teoria das Relações Interpessoais, na qual o vínculo estabelecido entre enfermeiro e paciente torna-se o instrumento terapêutico fundamental para reduzir a ansiedade e favorecer o bem-estar necessário naquele momento.

Outras falas indicam que o respeito à dignidade do paciente está intimamente ligado ao respeito às suas preferências e desejos, mesmo em situações de terminalidade.

“[...] vendo o paciente como um contexto geral, sobre uma alimentação, sobre uma dieta, sobre as vontades do que o paciente deseja naquele último momento de vida. [...]” (E2)²⁴.

Essa atitude reflete uma prática de cuidado centrada na pessoa e em seus valores, um conceito amplamente defendido pelo Ministério da Saúde (2023). A dignidade do paciente é preservada quando cada paciente é reconhecido individualmente, garantindo-lhe voz e autonomia nas decisões sobre o próprio tratamento e cotidiano.

A humanização do cuidado também se manifesta na forma como o profissional realiza suas atividades cotidianas com alegria, amor e dedicação, oferecendo não apenas assistência técnica, mas também escuta, atenção e momentos de descontração que promovem conforto emocional ao paciente e à sua família.

“[...] Fazendo o nosso trabalho com alegria, com amor, dando assistência pra eles, escutando eles, na maioria das vezes, dando entretenimento ali [...]” (E11)²⁵

“Então é humanização, bem-estar, não só fazer todas as necessidades ou o desejo do cliente, mas tu tem que chegar o mais perto pra ele se sentir bem, como se fosse a casa dele. Ele sabe que está internado aqui, mas não sabe quem vai atender ele. Mas seria interessante você ofertar um conhecimento, dizer, transferir uma segurança maior para o cliente [...]” (E13)²⁶

“Nessa situação de cuidados paliativos, acho que o cuidado maior é você ter muita paciência pra conversar com eles, no tratamento, o paciente depende de ser tratado por você, a tua paciência, conversar com ele, tratando e conversando, isso é bem importante. Eu acho que ai está tudo dentro dos cuidados. Tudo isso aí é o importante dos cuidados” (E20)²⁷

²⁴ Entrevista respondida por E2 – Enfermeiro [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

²⁵ Entrevista respondida por E11 - Cuidador [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

²⁶ Entrevista respondida por E13 – Téc de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

²⁷ Entrevista respondida por E20 – Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

Essas falas demonstram que a humanização no contexto dos CP vai muito além da implementação de procedimentos técnicos e se manifesta na empatia, na paciência e no amor ao paciente. As medidas descritas pelos profissionais como escuta ativa, diálogo, criação de um ambiente acolhedor e sensação de segurança, demonstram o comprometimento da equipe em aliviar o sofrimento e promover o bem-estar. De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos ANCP (2012), os CP, buscam aliviar o sofrimento e promover QV, reconhecendo a morte como parte natural da existência. Envolvem cuidado integral, respeito à autonomia, apoio à família e atuação multiprofissional centrada na dignidade do paciente.

Além disso, as entrevistas demonstram que o respeito à autonomia e à subjetividade é um dos pilares da dignidade. Os profissionais relatam tentar envolver os pacientes no processo de tomada de decisão, respeitando suas crenças, preferências e limitações.

“Acredito que a gente do setor de nutrição consiga contribuir tanto pra fome física, tanto pra fome emocional. O paciente tem vontade de comer às vezes um chocolate, a gente vai lá e dá na porção que ele possa E assim contribui para que ele faça esse desejo final muitas vezes” (E18)²⁸

Essas iniciativas reforçam a ideia de que a humanização não se trata apenas de grandes decisões, mas também das pequenas experiências que dão identidade e significado à vida. Segundo Silva e Cordeiro (2025), o conceito de dignidade está ligado ao respeito e à autonomia. Isso significa que cada pessoa deve ser reconhecida e tratada como um ser humano pleno e igual, respeitando sua autonomia, afirmar sua identidade e fornecer-lhes cuidados individualizados, adaptados às necessidades básicas de cada um e que promovam e preservem sua dignidade.

Em resumo, segundo os profissionais entrevistados, os CP se distinguem pela humanização e pelo respeito à dignidade, elementos essenciais para a promoção da QV de pacientes terminais. A humanização se manifesta pela escuta ativa, acolhimento, empatia e atenção às necessidades individuais, enquanto a dignidade se expressa pelo respeito à autonomia, às preferências e aos valores de cada paciente.

²⁸ Entrevista respondida por E18 – Nutricionista [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassy Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025.

4.4 DIMENSÕES EMOCIONAIS E ESPIRITUAIS DA ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Os depoimentos dos profissionais participantes revelam que o CP ultrapassa o campo técnico e biológico, envolvendo dimensões emocionais e espirituais que são determinantes para a promoção da QV dos pacientes em processo de finitude. Nessa perspectiva, cuidar passa a significar acolher a dor do outro em todas as suas formas, reconhecendo-o como um ser humano integral, dotado de corpo, mente, sentimentos e fé.

Os profissionais destacam que o cuidado paliativo não é só sobre técnicas, mas também sobre atenção emocional e espiritual. Cuidar de pacientes em fase final exige empatia, escuta e presença, reconhecendo-os como seres completos com corpo, mente, emoções e crenças, buscando aliviar seu sofrimento. Dessa forma, o cuidado valoriza a dignidade da pessoa e respeita sua espiritualidade até o fim da vida.

De modo geral, os entrevistados demonstraram compreender que as emoções estão presentes em todos os aspectos do cuidado. Lidar com o sofrimento, o medo e a morte exigem um equilíbrio entre técnica e sensibilidade. Muitos profissionais afirmaram que a conexão emocional com o paciente é uma das fontes mais importantes de conforto.

“Eu sempre gosto muito de brincar com os pacientes, gosto de conversar também, apesar do nosso tempo ser um pouco corrido, eu sempre gosto de conversar. [...] Eu acho que isso faz muita diferença, sim. Talvez não faça diferença na nossa vida, mas faça diferença na vida do paciente, sim, que é ele que está sendo tratado aqui [...]” (E32)²⁹

“Tentando dar o melhor de mim na medida do possível. Trabalhando com o que a gente tem em mãos, dando um apoio psicológico também, com atenção e carinho” (E33)³⁰

Essas afirmações mostram que o cuidado emocional é demonstrado por meio de gestos simples, porém profundos, que enfatizam o valor da presença e da escuta qualificada. Segundo Pontes *et al.* (2008), é através da comunicação que os pacientes poderão se relacionar e mostrar

²⁹ Entrevista respondida por E32 – Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

³⁰ Entrevista respondida por E33 – Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

suas necessidades. Então essa interação terá influência no comportamento dos pacientes, onde suas reações serão baseadas em suas crenças, valores, história de vida e cultura.

O aspecto emocional também é evidente na forma como os profissionais vivenciam o cuidado e reagem diante da terminalidade. Alguns relataram que o apego aos pacientes era inevitável e, em muitos casos, o sofrimento da perda é compartilhado.

“[...] Porque a gente acaba chorando, a gente acaba ficando emocionada. Porque a gente vive, a gente está ali conhecendo a história deles [...]” (E8)³¹

“Tem pessoas que sofrem bastante. Tipo, a gente se apega muito a eles. [...] Tem paciente que eu já me apeguei muito. Se partir assim de vereda a gente sente. Não tem como a gente não sentir. A gente... Quem tem coração vai sentir sempre, né? A gente pega um amor por eles. Mas também a gente prefere que eles vá do que fique sofrendo muito tempo. Que a gente sabe que eles sofrem com dor e tudo mais, né?” (E23)³²

Esses sentimentos reforçam a visão de Peplau, segundo Santos e Nóbrega (1996) sobre a relação terapêutica entre enfermeiro e paciente. A enfermagem é considerada uma arte terapêutica e um processo interpessoal no qual cada indivíduo é reconhecido como um ser biopsicossocial e espiritual, enraizado em sua cultura e contexto de vida, onde a prática da enfermagem baseia-se na relação entre o paciente e o enfermeiro, que deve reconhecer suas necessidades e responder adequadamente.

Quanto à dimensão espiritual, as falas apontam que a fé, a religiosidade e a busca por sentido são elementos recorrentes no cotidiano dos cuidados.

“O religioso, eu acho. Porque uns se apegam mais em Deus e acreditam na cura, que a gente sabe que pelo olhar da medicina não tem, e outros acabam revoltados com Deus por estar nessa situação. Então, ou eles ficam mais apegados a Deus e têm a fé que vai ser curado, ou aquele que já acha que Deus não gosta dele e que já quer mesmo morrer. Ele quer que acabe logo e pronto” (E1).³³

“[...] Mas, a gente conversando com os familiares, muitos conseguem trazer os pastores, conseguem trazer algo que justifique a questão espiritual do paciente. E

³¹ Entrevista respondida por E8 – Cuidador [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

³² Entrevista respondida por E23 – Cuidador [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

³³ Entrevista respondida por E1 – Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

muitos vêm e recebem essa emoção, recebem uma avaliação, um aporte tanto do gestor religioso, da parte religiosa que ele escolheu” (E15³⁴).

“[...] o paciente que é muito religioso, a gente vê que ele busca força onde ele não tem, onde nós não conseguiríamos trazer pra ele, pra ele poder fazer essa passagem. Então eu acredito que o aspecto social e espiritual são importantes. São os que mais vogam pra esse paciente” (E16)³⁵

Os profissionais reconhecem a espiritualidade como recurso de enfrentamento e ressignificação do sofrimento. O Ministério da Saúde (Brasil, 2024) define a espiritualidade como uma das quatro dimensões fundamentais dos CP, juntamente com as dimensões física, emocional e social. Ele aconselha as equipes de saúde a criarem espaços onde os pacientes possam praticar sua fé, independentemente de sua religião. Nesse sentido, o cuidado espiritual ajuda os pacientes a se reconciliarem com sua história e conexões.

Para Arrieira *et al.* (2018), a espiritualidade é crucial para lidar com a finitude humana, especialmente em CP, pois auxilia no enfrentamento de problemas existenciais e emocionais. Ela tem um efeito transformador e alivia sintomas de depressão e ansiedade. Nessa perspectiva, a fé se mostra um elemento central que promove a qualidade de vida e alivia o sofrimento físico e psicológico, reconhecendo o ser humano em sua totalidade e não apenas em seu corpo biológico.

Os relatos apresentados ilustram como as dimensões emocional e espiritual estão indissociavelmente ligadas aos CP e constituem pilares essenciais para a promoção da dignidade e da QV dos pacientes em fim de vida. Esses depoimentos demonstram que o cuidado vai além do tratamento clínico e se caracteriza pela escuta, pela empatia, pelo respeito e pela presença, gestos que confortam e humanizam o processo de morrer. A espiritualidade também se manifesta como uma força interior e uma estratégia de enfrentamento tanto para pacientes quanto para cuidadores. Ela promove a aceitação, a reavaliação da dor e a busca por significado. Os CP, portanto, envolvem considerar a pessoa como um todo e reconhecer que aliviar o sofrimento também requer apoio emocional e espiritual, valorizando a vida até o seu momento final.

³⁴ Entrevista respondida por E15 – Médico [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassy Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

³⁵ Entrevista respondida por E16 – Fisioterapeuta Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassy Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

4.5 DESAFIOS E FACILIDADES ENFRENTADOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O cotidiano dos profissionais é marcado por obstáculos emocionais, estruturais e conceituais. Os depoimentos dos participantes mostram que os principais obstáculos são a dificuldade de aceitação do processo de fim de vida, tanto por parte da equipe quanto das famílias, a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos humanos, a falta de qualificação específica para lidar com situações difíceis e o turbilhão emocional que os profissionais sentem diante da morte e do luto alheio.

Um dos pontos mais recorrentes entre os entrevistados refere-se à resistência das famílias em aceitar a condição paliativa do paciente.

“Os desafios que eu vejo, a maioria é tipo de familiar, né? Familiar que vê que o paciente tá em cuidados paliativos, mas fica naquela que não vai, que não é pra ir, que ainda tem alguma coisa pra fazer [...]” (E3)³⁶

A dificuldade em aceitar esse conflito pode causar frustração e exaustão emocional para a equipe que tenta garantir o conforto e a dignidade do paciente devido um tratamento que não trará bons resultados.

Essa afirmação é semelhante a um estudo que aponta a comunicação com familiares e a compreensão limitada sobre o significado dos CP como desafios recorrentes que dificultam a atuação da equipe multiprofissional e atrasam a introdução precoce do cuidado paliativo (Neves *et al.*, 2020).

Outro desafio dos profissionais é entender seu papel nos CP, focando na cura, para uma prática focada no conforto do paciente.

“A dificuldade que eu tive desde que entrei nessa instituição é justamente na questão de entender que é o processo justamente de morte ali, e que por mais que eu veja que está, entre aspas, sofrendo, não se dá de fazer nada clinicamente, né? Então, buscar só o conforto, vamos dizer ali, da analgesia, o O₂, dependendo da dificuldade respiratória ou não, até a sedação paliativa. [...]Então, pra mim, foi a dificuldade que eu encontrei aqui. Conseguir entender isso, trabalhar o meu psicológico e de que é no tempo, vamos dizer, de Deus e que a gente tem que promover só o conforto, né? Tentar o melhor pro paciente naquele momento” (E4)³⁷

³⁶ Entrevista respondida por E3 – Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassy Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

³⁷ Entrevista respondida por E4 – Enfermeiro [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassy Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

Essa afirmação reflete o conflito interno que muitos profissionais vivenciam quando confrontados com finitude e as limitações das intervenções médicas que exigem estabilidade emocional e apoio institucional.

Segundo Gomes *et al.* (2022), a dificuldade de aceitação da morte e a falta de formação em CP representam obstáculos para a consolidação de práticas humanizadas e reforçam a importância da formação contínua e do apoio psicológico às equipes.

Excesso de trabalho e falta de qualificação também surgem como fatores que limitam a qualidade do atendimento. Os entrevistados afirmam que a falta de pessoal e de tempo suficiente dificulta a prestação de um atendimento personalizado e humano.

"Eu acho que mais funcionários, né? Pra que eles tenham o total cuidado, tipo assim, não só lá, tipo a gente vai lá, troca e daí só vai depois e faz a mudança de decúbito, a gente não consegue ter uma atenção com eles como a gente queria. Se tivesse mais funcionários a gente conseguiria dar mais atenção a eles" (E23)³⁸

Outros enfatizaram que esse tipo de trabalho exige uma melhor seleção de profissionais, buscando pessoas com vocação e sensibilidade para lidar com a dor, sofrimento e a morte.

"[...] numa entrevista ver se realmente a pessoa tem esse dom, tem esse cuidado, tem essa vocação para trabalhar como cuidador mesmo, para estar lidando com essas situações, porque o duro é você contratar e não só porque precisa mesmo de gente, e as pessoas não tem o dom, não tem esse olhar e infelizmente acabar atrapalhando. [...] Acho que na entrevista poderiam peneirar melhor. Fazer uma peneira melhor, assim, da escolha" (E1)³⁹

A escassez de pessoal e a ausência de qualificação específica impactam diretamente na execução do cuidado multiprofissional, comprometendo o acolhimento e o conforto do paciente (Cardoso *et al.*, 2023).

Outro ponto importante levantado nos depoimentos diz respeito à dificuldade de comunicação com pacientes que não conseguem se expressar verbalmente, dificultando a identificação de dores, desconfortos e necessidades básicas.

³⁸ Entrevista respondida por E23 – Cuidador [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

³⁹ Entrevista respondida por E1 - Téc. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

“Acredito que a maior dificuldade seja os pacientes que não consigam se comunicar conosco, onde não conseguimos entender certo quais são as necessidades dele, qual é a dor, qual é o incômodo que ele sente no momento, por mais que tenha as questões físicas que a gente consiga observar, as questões faciais, onde o paciente possa demonstrar um pouco de dor, tem pacientes que não conseguem nem mesmo isso” (E27)⁴⁰

A fala do entrevistado ressalta que o maior desafio no cuidado de pacientes com dificuldades de comunicação é reconhecer suas necessidades, dor e desconforto. Mesmo com sinais físicos ou faciais, alguns pacientes não conseguem expressar sua angústia, exigindo estratégias alternativas e empatia clínica da equipe.

O cuidado com pacientes em terminalidade exige que o profissional mude o foco do “fazer” para o “escutar” e perceber o outro, identificando suas necessidades antes de planejar ações. Isso envolve atenção às experiências, emoções e espiritualidade do paciente, utilizando gestos de afeto e comunicação adequada. No entanto, muitos enfermeiros ainda não desenvolvem essas habilidades em sua formação (Araújo; Silva, 2006).

Os depoimentos também destacam dificuldades relacionadas aos cuidados básicos, como a falta de tempo para posicionar o paciente com segurança e fornecer alimentação.

“Posicionamento, tempo de oferta de alimento e pós-alimentação, ou seja, os três. Porque às vezes eu entendo até que não tem a quantidade, a pessoa tá só, não consegue posicionar o paciente adequadamente. Quem vai oferecer o alimento tem que observar se o paciente realmente, se ele tá acordado, se ele tá em um estado de alerta bom pra poder ofertar o alimento. E aí, como já tá acostumado naquela rotina, acaba colocando, aí o paciente tem um tempo maior de alimentação, de trânsito oral pra fazer a ingesta com segurança, mas aí não se tem esse tempo todo e acaba a gente não tendo essa qualidade que a gente deveria ter. Então, isso aí é um desafio muito grande. Esse aí é um dos principais” (E19)⁴¹

Esses desafios estruturais refletem não apenas a escassez de pessoal, mas também a sobrecarga de trabalho e a priorização de demandas, prejudicando um atendimento contínuo e delicado.

Santos *et al.* (2025) confirmam que a alta carga de trabalho e o ritmo acelerado em ambientes hospitalares comprometem a qualidade do cuidado e a atenção aos detalhes essenciais à humanização.

⁴⁰ Entrevista respondida por E27 – Enfermeiro [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

⁴¹ Entrevista respondida por E19 [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassya Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

Os profissionais demonstram reconhecer o impacto emocional do trabalho com pacientes em fim de vida e expressam o desejo de receber suporte institucional.

“Mais apoio psicológico” (E31)⁴²

“A gente ter uma rede de apoio interno, onde a gente possa fazer uma sessão descarrego, onde os profissionais que estão direto com os pacientes, com os técnicos, os enfermeiros, os fisioterapeutas, se sintam sobrecarregados, então teria que fazer uma conversa, um acolhimento para toda a equipe” (E15)⁴³

Os profissionais de saúde priorizam as necessidades dos outros acima das suas, destacando a importância de apoiar o paciente. Nesse contexto, o apoio psicossocial da equipe torna-se crucial para a manutenção da saúde, tanto a curto quanto a longo prazo, especialmente em situações de alto estresse. O bem-estar desses profissionais depende da implementação de estratégias integradas que incluam prevenção, promoção da saúde mental, bem como tratamento e reabilitação, com a participação da instituição e de toda a equipe (Moreira; Lucca, 2020).

Com o objetivo de apresentar de maneira sistematizada, foi elaborado o Quadro 3 com as principais dificuldades e facilidades identificadas pelos profissionais. Ela resume as percepções dos participantes em relação às dificuldades estruturais, emocionais e organizacionais, bem como os fatores que contribuem para um cuidado mais humano e eficaz.

Quadro 3- Facilidades e desafios enfrentados pelos profissionais

Facilidades	Desafios
Presença e apoio da equipe multiprofissional	Dificuldade de aceitação da morte por parte dos familiares e da equipe
Trabalho em equipe	Conflitos familiares e resistência em compreender o prognóstico
Humanização no atendimento	Lidar com o apego emocional aos pacientes
Respeito, empatia e escuta ativa com pacientes e familiares	Sofrimento emocional dos profissionais diante da finitude
Treinamentos que melhoram a qualidade do cuidado	Falta de estrutura física adequada (camas, equipamentos, áreas de lazer e espiritualidade)
Possibilidade de diálogo e resolução conjunta	Escassez de profissionais e sobrecarga de trabalho

⁴² Entrevista respondida por E31 - Aux. de Enfermagem [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassy Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

⁴³ Entrevista respondida por E15 – Médico [Ago., 2025]. Entrevistadora: Kassy Madalena Heiz Eifler. Rio do Sul, 2025

entre os profissionais	
Ambiente acolhedor	Falta de apoio emocional e psicológico institucional aos profissionais
	Falta de preparo e capacitação específica da equipe sobre cuidados paliativos
	Comunicação limitada com pacientes não verbais ou com dificuldades de expressão

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Dessa forma, a análise das falas evidencia que os desafios enfrentados pela equipe multiprofissional em CP vão muito além das limitações técnicas. Envolvem aspectos emocionais, estruturais e culturais, exigindo intervenções que englobam tanto o fortalecimento do preparo técnico quanto o suporte emocional e a reorganização das condições de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou uma compreensão mais aprofundada das percepções dos profissionais de saúde sobre a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos e evidenciou a complexidade e a sensibilidade dessa prática assistencial. As falas analisadas demonstraram que os cuidados paliativos ultrapassam os limites da tecnologia e da terapia e são compreendidos como um ato fundamentalmente humano, caracterizado pela empatia, pela escuta ativa e pela valorização da dignidade da pessoa em processo de morte

Evidenciou-se que os profissionais reconhecem a importância do conforto, do controle da dor e do alívio do sofrimento, valorizando práticas simples que expressem respeito e solidariedade. O cuidado é compreendido como um gesto de presença, expresso em atenção, carinho e comprometimento com o bem-estar do paciente e de sua família. O trabalho multidisciplinar foi essencial, pois permite um cuidado integral e considera as dimensões física, emocional, social e espiritual do indivíduo.

O estudo também destacou que a humanização é o eixo central dos cuidados paliativos. Respeitar os desejos e as crenças dos pacientes, reconhecer sua autonomia e considerar suas fragilidades foram entendidos pelos participantes como formas concretas de defesa da dignidade humana. Essa compreensão reforça que o papel dos profissionais vai além da simples intervenção na doença, eles proporcionam conforto, esperança e significado, mesmo quando a cura é impossível.

No entanto, os resultados revelaram desafios significativos, como sobrecarga de trabalho, escassez de pessoal qualificado e falta de treinamento específico para lidar com situações de fim de vida. A falta de suporte emocional e psicológico para a equipe também foi preocupante, visto que o contato constante com a dor e a morte exige preparo profissional e maturidade emocional. Essas fragilidades apontam para a necessidade de medidas institucionais que promovam capacitação contínua, redes de apoio e um ambiente de trabalho mais acolhedor.

O estudo reafirma que os cuidados paliativos são uma prática que exige sensibilidade, preparo e compromisso ético, pautado no reconhecimento do outro como sujeito de direitos, portador de histórias e sentimentos. Valorizar a vida em todas as suas fases, incluindo o processo de morrer, é um compromisso que transcende as fronteiras profissionais e abrange as dimensões humana e existencial.

Portanto, considerar a qualidade de vida em cuidados paliativos reforça a importância de um olhar integral, que combine ciência e compaixão, tecnologia e afeto. Nesse contexto, o cuidado é um ato de amor que confere dignidade tanto a quem cuida quanto a quem é cuidado.

6 REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos** – 2.^a edição. Agosto, 2012. Disponível em: <<https://biblioteca.cofen.gov.br/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/>>. Acesso em: 24 de outubro de 2025.

ALMEIDA, V. C. F.; *et al.* Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise da aplicação em enfermagem psiquiátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 429-435, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tPtzyWHYsRzm8JwmNYrd5QK/?lang=pt>>. Acesso em: 22 de outubro de 2025.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 575-582, dez. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pCsdGFyV45fnyQmNpTGh5Bz/?lang=pt>>. Acesso em: 05 de novembro 2025.

ARRIEIRA, I. C. O; *et al.* Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rRzH3886NYD5SThYX3pdLfR/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 24 de outubro de 2025.

BARDIN, L., **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988. Disponível em: <<https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf>> Acesso em: 02 de novembro de 2025.

BATISTA, P. C.; *et al.* O Papel Da Enfermagem No Cuidado Paliativo No Brasil. **Revista Foco**, v. 16, n. 6, p. 01-12, 2023. Disponível em: <<https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/2268>>. Acesso em: 9 nov. 2025.

BRASIL. **Ministério Da Saúde**. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 dez. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html>. Acesso em: 17 de maio de 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual de Cuidados Paliativos: 2^a edição revisada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centras-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>>. Acesso em: 24 de outubro de 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS n.º 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jul. 2024. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html> Acesso em: 24 de outubro de 2025.

CARDOSO, D. H. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1134–1141, out. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/Wg8dZqctd95h5HJqrftfdQb/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 25 de maio de 2025.

CARDOSO, N. O. *et al.* Principais barreiras e desafios enfrentados durante atuação multiprofissional em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista FT**, São Paulo, v. 27, n. 127, p. 75-84, Out. 2023. Disponível em: <<https://revistaft.com.br/principais-barreiras-e-desafios-enfrentados-durante-atuacao-multiprofissional-em-cuidados-paliativos-na-unidade-de-terapia-intensiva-uma-revisao-integrativa/>>. Acesso em: 25 de outubro de 2025.

CENEDESI JUNIOR, M.A. Bioética aplicada aos cuidados paliativos: questão de saúde pública. **Revista Bioética**, v. 31, n.3, 2023. p. 1-14. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3532>. Acesso em: 25 de maio de 2025.

CRUZ, N.; *et al.* O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, v. 1, pág. 414–434, 2021. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22545>>. Acesso em: 28 de maio de 2025.

CRUZ, L.N. **Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre**. 2010, 270 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/69911>. Acesso em: 04 nov. 2025.

FERNANDES, M. A. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589–2596, set. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/bFHbR966dJ3TfTPr4vxh7HR/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 2 de junho de 2025.

FRANZOI, M. A. H.; *et al.* Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 10, n. 4 (Supl.), p. 3653-3661, set. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11140/12641>>. Acesso em: 05 de novembro de 2025.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155–166, set. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRRbzdfr8CsvBbXL/?lang=pt>>. Acesso em: 25 de maio de 2025.

GOMES, L. O. S. *et al.* Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos no âmbito da atenção primária à saúde. **Saúde.com**, v. 18, n. 2, 2022. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/rsc/article/view/10123>>. Acesso em: 24 de outubro de 2025.

IRIGARAY, T. Q; TRENTINI, C. M.. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão psicológica. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 26, n. 3, p. 347–355, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/HNwV3wvkSTjS4gb98PncQVM/>>. Acesso em: 24 de outubro de 2025.

LANGARO, F.; SCHNEIDER, D. R. Aspectos existenciais e bioéticos nos cuidados paliativos oncológicos. **Revista Bioética**, v. 30, n. 4, p. 813-824, out./dez. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/WbqbnXMxtMYsRNzmM5fmF9v/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 22 de outubro de 2025.

LINS, L.; *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis na população brasileira de 30 a 69 anos de idade a importância dos cuidados paliativos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 7, p. 2699–2715, 2024. Disponível em: <<https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2685>>. Acesso em: 4 de novembro de 2025.

MARQUES, V. G. P. S.; *et al.* A equipe multiprofissional frente aos cuidados paliativos no ambiente hospitalar. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 13, n. 1, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/27851>>. Acesso em: 5 de novembro de 2025.

MOREIRA, A. S.; LUCCA, S. R. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate à covid-19. **Enferm Foco**, v. 11, n. spe1, p. 155-161, nov. 2020. Disponível em: <<https://enfermfoco.org/article/apoio-psicossocial-e-saude-mental-dos-profissionais-de-enfermagem-no-combate-a-covid-19/>>. Acesso em: 25 de outubro de 2025.

NEVES, L. M. L.; *et al.* Cuidados paliativos oncológicos ou cuidados ao fim de vida? O desafio de uma equipe multiprofissional. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 3, p. 25-37, 2020. Disponível em: <<https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/2566/580>>. Acesso em: 24 de outubro de 2025.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Número de pessoas idosas com necessidade de cuidados prolongados triplicará até 2050, alerta OPAS. Brasília: **OPAS**, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-10-2019-numero-pessoas-idosas-com-necessidade-cuidados-prolongados-triplicara-ate-2050?utm_source=>>. Acesso em: 04 de novembro de 2025.

PACHECO, G. O.; GOLDIM, J. R. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos: uma abordagem bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 304-312, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/4t93WbLvXBbjNHrxWZjJMnv/>> Acesso em: 27 de maio de 2025.

PAIVA, C.F; *et al.* Trajetória dos Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil. In: PERES, M. A. A; PADILHA, M. I; SANTOS, T.C.F, ALMEIDA FILHO, A.J., (Orgs.) **Potencial interdisciplinar da enfermagem**: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 41 -49. Disponível em: <<https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04.35-36>> Acesso em: 25 de maio de 2025.

PALMEIRA, H. M.; SCORSOLINI-COMIN, F.; PERES, R. S. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia**, Canoas, n. 35-36, p. 179- 189, Dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 de maio de 2025.

PINHEIRO, C. W.; *et al.* Teoria Das Relações Interpessoais: Reflexões Acerca Da Função Terapêutica Do Enfermeiro Em Saúde Mental. **Enfermagem em Foco**, Ceará, v. 10, 3, p. 64-69, set. 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2291/580>>. Acesso em 2 de junho de 2025.

PONTES, A. C.; *et al.* Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, maio-jun. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/pfJgqD8hM7CNH6XLtjMk8Yh/?lang=pt>>. Acesso em: 05 de novembro de 2025.

PULGA, G.; *et al.* O trabalho da equipe multidisciplinar na melhoria da qualidade de vida de pacientes em estágio terminal com foco nos cuidados paliativos. **Unoesc & Ciência – ACBS Joaçaba**, Joaçaba, v. 10, n. 2, p. 163-168, jul./dez. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/21295>>. Acesso em: 04 nov. 2025

RAMOS, F. L. B.; *et.al.* Unidade de internação em cuidados prolongados: visão da equipe e dos usuários. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 8, 2024. p. 1-21. Disponível em: <<https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/5134>>. Acesso em: 3 de junho de 2025.

ROCHA, E. S.; *et al.* Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida para pessoas idosas: aspectos históricos e suas atuais aplicabilidades. Anais VI CIEH. Campina Grande: **Realize Editora**, 2019. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/54052>>. Acesso em: 26 de outubro de 2025.

RUIDIAZ-GOMEZ, K.S.; CACANTE-CABALLERO, J. V. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. **Revista Ciência e Cuidado**, v. 18, n. 3, pág. 86–99, 2021. Disponível em: <<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2539>>. Acesso em: 17 de maio de 2025.

SABINO, S. A.; SOUZA, F. R. C.; MOREIRA, A. C. G. Cuidados paliativos: desafios para a prática no Brasil. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 2, Edição Especial, 2024. Disponível em: <<https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/2630>>. Acesso em: 2 de junho de 2025.

SALMAN, M. S. M; *et al.* Política Nacional de Cuidados Paliativos: Desafios da Qualificação Profissional em Cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 3, p.1- 4, 2024. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4753>>. Acesso em: 4 de novembro de 2025.

SANTOS, R. T.; CASTRO, J. A. Criar unidade de cuidados prolongados em leitos inativos no município do Rio de Janeiro. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 4, n.4 p. 69, 2025. Disponível em: <<https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/2116>>. Acesso em: 4 de novembro de 2025.

SANTOS, S. S. C.; NÓBREGA, M. M. L. Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau: análise e evolução. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 1, p. 64–70, mar. 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tjJPtrz87wxG6QyCzQHs79r/>. Acesso em 2 de junho de 2025.

SANTOS, E. C. M.; *et.al.* Sobrecarga da equipe enfermagem em hospitais de urgência e emergência. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 5, p. 7839–7850, 2025. Disponível em: <<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/19486>>. Acesso em: 25 de outubro de 2025.

SILVA, N. K.; CORDEIRO, F. R. Final de vida e dignidade: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, v. 33, 2025. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/XDt9LSYbZKrdF4rzdKXyCtf/>>. Acesso em: 05 de novembro de 2025.

SOUZA, H. L.R.; LACERDA, L. C.; LIRA, G. G. Significado de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3885–3892, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/109102>>. Acesso em: 2 de junho de 2025.

SOUZA, M. O. L.; *et al.* Reflexões de profissionais da enfermagem sobre cuidados paliativos. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, p. 162-171, 2022. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2731>. Acesso em: 4 de novembro de 2025.

TAVARES, M. M. *et al.* Assistência de Enfermagem ao Portador de Doença Crônica – Ações/Estratégias para Implantação de Unidade de Cuidados Prolongados. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 9, 2022, p. 1-10. Disponível <<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1889>>. Acesso em: 2 de junho de 2025.

VASCONCELOS, C. L. B. *et al.* Qualidade de vida de idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, v. 8, n. 20, 2022. Disponível em: <<https://rbmc.org.br/rbmc/article/view/133>>. Acesso em: 27 de maio de 2025.

VALLE, P. R. D.; FERREIRA, J. L. Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin. **Educar em Revista**, v. 41, p. 1-21, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/edur/a/hhywJFvh7ysP5rGPn3QRFWf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 de novembro de 2025.

VILLAS-BÔAS, M.E. Considerações ético-legais sobre a sedação paliativa: a discussão que a pandemia trouxe à tona no norte do Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 12, n. 2, p. 50–63, 2023. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/957>>. Acesso em: 24 de outubro de 2025.

VOGELSANG, L. Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Aplicação à Educação Assíncrona em Enfermagem. **Revista Canadense de Informática em Enfermagem**, v. 17, dez. 2022. Disponível em: <<https://cjni.net/journal/?p=10464>> Acesso em: 02 de junho de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. Copenhagen: **WHO Regional Office for Europe**, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>>. Acesso em: 05 de maio de 2025.

ANEXOS

Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO



DO ALTO VALE DO ITAJAÍ

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e domiciliado

_____,
portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em ____/____/_____,
concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa “Qualidade De Vida De Pacientes Sob Cuidado Paliativo Na Ótica Dos Profissionais De Saúde” Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O objetivo geral desta pesquisa é: Analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade de vida dos pacientes sob cuidados paliativos, enfatizando os fatores que influenciam essa qualidade e as práticas assistenciais utilizadas para promovê-la.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará a: melhorar os protocolos, preparar melhor os profissionais e conscientizar os gestores sobre a importância desses cuidados, garantindo um atendimento mais eficiente e humanizado.
3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: profissionais que atuam diretamente na assistência a pacientes em cuidado paliativo, com tempo mínimo de experiência de 3 meses.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de: A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas individuais, utilizando um questionário estruturado de 12 perguntas, elaborado pela pesquisadora, abordando a temática proposta. As entrevistas serão gravadas em áudio, mediante autorização prévia dos participantes, que terão total liberdade para interromper a qualquer momento, caso desejem. O questionário necessitará de aproximadamente 30 minutos para ser respondido.
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso, se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista, esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por entrevistado 1, entrevistado 2, entrevistado 3 e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo somente trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis.
6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios o: importância da atualização dos protocolos e capacitação dos profissionais, promovendo um cuidado mais eficiente, seguro e humanizado aos pacientes. Os resultados deste estudo poderão contribuir para: sensibilização dos gestores sobre a importância dos cuidados específicos, favorecendo investimentos em capacitação e na melhoria dos processos assistenciais.
7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomamos a entrevista quando você se sentir a vontade para continuar. Após a entrevista, a pesquisadora se compromete a oferecer suporte emocional, garantindo o direito a atendimento psicológico gratuito, disponibilizado pelos próprios pesquisadores. O acompanhamento será indicado e agendado com a profissional Scheila Giseli dos Santos, que poderá prestar apoio na mesma instituição, caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento decorrente da minha participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecida emocionalmente para o término da entrevista.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar por Diogo Laurindo Brasil responsável pela pesquisa no telefone (47)3531-6000 ou no e-mail diogolaurindo@unidavi.edu.br e Kassya Madalena Heinz Eifler, auxiliar de pesquisa no telefone (47)98915-9910 ou no e-mail kassya@unidavi.edu.br.

9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: Diogo Laurindo Brasil, e-mail diogolaurindo@unidavi.edu.br; (47)3531-6000 e Kassya Madalena Heinz Eifler, email kassya@unidavi.edu.br; (47)98915-9910.
10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem-estar físico.
12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
13. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa através da exposição de um banner contendo os resultados da pesquisa na amostra acadêmica do curso de enfermagem realizada na UNIDAVI, ou na apresentação final do Trabalho de Conclusão de Curso em banca aberta ao público.
14. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Trombudo Central, _____ de _____ de 2025.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Diogo Laurindo Brasil – ENFERMEIRO – Coren-SC N° 339413.
Endereço para contato: Rua Guilherme Gemballa, 13 - Jardim América, Rio do Sul - SC, 89160932. Telefone para contato: (47)3531-6000; E-mail: diogolaurindo@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531-6026. etica@unidavi.edu.br.

Anexo II- Termo para Gravação de Voz**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, (_____), depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOB CUIDADO PALIATIVO NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores Diogo Laurindo Brasil e Kassya Madalena Heinz Eifler a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Pelo presente instrumento autorizo – por tempo indeterminado, a exibição e utilização de minha voz e todo o conteúdo gerado por mim para fins de produção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Enfermagem da UNIDAVI.
2. O AUTORIZANTE permite ao AUTORIZADO utilizar sua voz (áudio e gravação) em todo o material criado em meio impresso, analógico ou digital tais como: jornal, revista, site de notícias, TV, CD, DVDs, rádio, bem como sua disseminação via Internet, sem limitação de tempo ou do número de inserções/exibições, em território nacional, através de qualquer processo de transporte de sinal ou suporte material existente conforme expresso na Lei 9.610/98 (Lei de Direitos Autorais);
3. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
4. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
5. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
6. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
7. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Kassya Madalena Heinz Eifler, e após esse período, serão destruídos e,
8. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Trombudo Central, Santa Catarina, ___/___/ 2025.

Assinatura do participante da pesquisa

Anexo III - Parecer Consubstanciado do CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SOB CUIDADO PALIATIVO NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: DIOGO LAURINDO BRASIL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90381625.7.0000.5676

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.742.334

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa sobre a percepção dos profissionais de saúde quanto a qualidade de vida de pacientes sob cuidados paliativos em um hospital filantrópico, localizado no Alto Vale do Itajaí, que oferece atendimentos em Clínica Médica, Obstetrícia, Clínica Cirúrgica, Plantão Médico, Radiologia Clínica entre outros. A instituição é referência para pacientes de longa permanência e atende também pacientes em cuidados paliativos. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista individual (com gravação de áudio), contendo em seu roteiro 12 perguntas abertas acerca da temática, a ser realizadas com os profissionais que prestam atendimento direto aos pacientes em cuidados paliativos. Estima-se 20 participantes de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade de vida dos pacientes sob cuidados paliativos, enfatizando os fatores que influenciam essa qualidade e as práticas assistenciais utilizadas para promovê-la.

Objetivos Específicos:

Descrever as práticas e intervenções realizadas pelos profissionais de saúde para promover a

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMERICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.742.334

qualidade de vida dos pacientes sob cuidados paliativos;
Compreender as percepções dos profissionais de saúde quanto aos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes sob cuidados paliativos;
Identificar os principais desafios, dificuldades e facilidades enfrentadas no cuidado diário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta risco mínimo aos participantes, devendo-se considerar o risco de constrangimento dos profissionais ao responder os itens do formulário de coleta de dados. Para minimizar o risco, a coleta de dados será individualizada, em ambiente privativo, e serão preservados o sigilo e anonimato dos participantes. Os instrumentos de coleta de dados serão numerados, seguindo-se uma sequência conforme a coleta de dados ocorrer e esse número substituirá o nome do participante. Além disso, se os participantes se sentirem prejudicados após a entrevista, poderão agendar imediatamente atendimento psicológico gratuito, disponibilizado pela equipe de pesquisadores.

Benefícios:

Enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de identificar a perspectiva dos profissionais quanto a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. Além disso, busca-se colaborar com a instituição no aperfeiçoamento dos protocolos e na capacitação dos profissionais, a fim de garantir um atendimento mais eficiente, qualificado e humanizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com potencial para contribuir com as reflexões na área investigada, e com a construção de um atendimento cada vez mais eficiente e humanizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados dentro dos preceitos éticos.

Recomendações:

Sugere-se a publicação dos resultados respeitando as normativas em relação ao sigilo e anonimato dos participantes e local de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016, LEI nº 14.874/2024 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética e CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.742.334

de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016, LEI nº 14.874/2024 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética e CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2573390.pdf	11/07/2025 20:40:38		Aceito
Outros	termo_de_autorizacao_para_gravacao_de_voz.pdf	11/07/2025 10:46:42	KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	11/07/2025 10:46:26	KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	11/07/2025 10:46:08	KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER	Aceito
Outros	questionario_para_pesquisa.pdf	08/07/2025 23:18:47	KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_de_utilizacao_de_dados.pdf	08/07/2025 23:17:53	KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER	Aceito
Outros	termo_de_conformidade_entre_os_documentos.pdf	08/07/2025 23:17:03	KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER	Aceito
Outros	autorizacao_servico_psicologia.pdf	08/07/2025 23:15:50	KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_anuencia_de_instituicao_pesquisas_gerais.pdf	08/07/2025 23:13:09	KASSYA MADALENA HEINZ EIFLER	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	08/07/2025 23:04:38	KASSYA MADALENA HEINZ	Aceito

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI



Continuação do Parecer: 7.742.334

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	08/07/2025 23:04:38	EIFLER	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DO SUL, 04 de Agosto de 2025

Assinado por:
JOSIE BUDAG MATSUDA
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

APÊNDICE

Apêndice I - Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista para a Equipe

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino () Outro

Profissão:

Tempo de atuação com pacientes em cuidados paliativos:

1. Quais práticas ou intervenções você utiliza para promover a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos?
2. Na sua percepção, essas práticas são suficientes para atender as necessidades dos pacientes? Justifique.
3. Você se sente preparado(a) para atuar com pacientes em cuidados paliativos? Por quê? Se não, o que você acredita que falta?
4. Considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, na sua opinião, quais desses fatores mais impactam a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos e por quê?
5. De que maneira, dentro da sua função, você contribui para atender às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes?
6. Você percebe alguma dificuldade da equipe em abordar questões emocionais e espirituais dos pacientes? Explique.
7. Quais são os principais desafios que você enfrenta no cuidado de pacientes em cuidados paliativos?
8. Na sua percepção, quais são as maiores facilidades ou pontos fortes da instituição no cuidado paliativo?
9. Como você define "qualidade de vida" para um paciente em cuidados paliativos?

10. Você acredita que os cuidados paliativos prestados atualmente estão alinhados com essa definição? Explique.
11. Quais melhorias você sugeriria para que o atendimento aos pacientes em cuidados paliativos seja mais eficaz e humanizado?
12. Fale sobre os cuidados que na sua opinião, são adequados para qualquer um que esteja nessa situação. Você considera esses cuidados suficientes? Se não, o que poderia oferecer de diferente para esses pacientes?