

# Cuidados paliativos no processo de trabalho da enfermagem: ação de educação permanente em saúde

Palliative care in the nursing work process: permanent health education action

Los cuidados paliativos en el proceso de trabajo de enfermería: acción permanente de educación en salud

Magda de Souza Chagas<sup>1</sup>, Ana Lucia Abrahão<sup>2</sup>, Alessandra Nunes<sup>3</sup>, Nilceia Peixoto Soares Cútaló<sup>4</sup>

**Como citar esse artigo.** Chagas MS, Abrahão AN, Nunes A, Cútaló NPS. Cuidados paliativos no processo de trabalho da enfermagem: ação de educação permanente em saúde. Rev Pró-UniverSUS. 2025; 16(1):176-182.



## Resumo

**Introdução:** A necessidade de incluir cuidados paliativos na assistência integral à saúde urge. **Objetivo:** identificar o conhecimento existente sobre cuidados paliativos das profissionais de Enfermagem do setor onco-hematológico de um hospital localizado no estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, de abordagem descritiva, com uso de roda de conversa para coleta de dados por meio de questionário semiestruturado e dinâmicas. **Resultados:** Foram realizadas rodas de conversa, com a participação de 5 (cinco) equipes e 13 (treze) trabalhadoras(es). Todas(os) da equipe de Enfermagem, diante do critério de inclusão adotado. O processamento tomou a Análise Temática, de Minayo e a identificação de 3(três) unidades temáticas: 1) O entendimento da equipe sobre cuidados paliativos; 2) Família integrada aos cuidados paliativos e 3) Saúde mental dos profissionais de enfermagem. **Considerações Finais:** A implantação e difusão do serviço de cuidados paliativos é urgente, o que aumenta a demanda por profissionais com conhecimento na área que reverta para cuidado integral que incorpore os cuidados paliativos. A Educação Permanente em Saúde mostra sua importância ao pôr luz nos problemas e dificuldades encontradas na realidade do trabalho para que as pessoas que demandam de cuidados paliativos os tenham de maneira integral.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Educação Permanente em Saúde; Enfermagem.

## Abstract

**Introduction:** There is an urgent need to include palliative care in comprehensive health care. **Objective** is to identify the existing knowledge about palliative care of nursing professionals in the onco-hematology sector of a hospital located in the state of Rio de Janeiro. **Methodology:** Qualitative research, with a descriptive approach, with the use of a conversation circle for data collection through a semi-structured questionnaire and dynamics. **Results:** Conversation circles were held, with the participation of 5 (five) teams and 13 (thirteen) workers. All of the nursing team, in view of the inclusion criteria adopted. The processing took Minayo's Thematic Analysis and the identification of 3 (three) thematic units: 1) The team's understanding of palliative care; 2) Family integrated into palliative care and 3) Mental health of nursing professionals. **Final Considerations:** The implementation and diffusion of palliative care services is urgent, which increases the demand for professionals with knowledge in the area that reverts to comprehensive care that incorporates palliative care. Permanent Education in Health shows its importance by shedding light on the problems and difficulties encountered in the reality of work so that people who demand palliative care have it in a comprehensive way.

**Key words:** Palliative Care; Continuing Education in Health; Nursing.

## Resumen

**Introducción:** Existe una necesidad urgente de incluir los cuidados paliativos en la atención integral de salud. **Objetivo:** es identificar el conocimiento existente sobre los cuidados paliativos de los profesionales de enfermería en el sector de oncohematología de un hospital ubicado en el estado de Rio de Janeiro. **Metodología:** Investigación cualitativa, con enfoque descriptivo, con el uso de un círculo de conversación para la recolección de datos a través de un cuestionario semiestructurado y dinámica. **Resultados:** Se realizaron círculos de conversación, con la participación de 5 (cinco) equipos y 13 (trece) trabajadores. Todo el equipo de enfermería, teniendo en cuenta los criterios de inclusión adoptados. El procesamiento tomó el Análisis Temático de Minayo y la identificación de 3 (tres) unidades temáticas: 1) La comprensión del equipo sobre los cuidados paliativos; 2) Familia integrada en cuidados paliativos y 3) Salud mental de los profesionales de enfermería. **Consideraciones finales:** Es urgente la implementación y difusión de los servicios de cuidados paliativos, lo que incrementa la demanda de profesionales con conocimientos en el área que revertan en cuidados integrales que incorporen cuidados paliativos. La Educación Permanente en Salud muestra su importancia al arrojar luz sobre los problemas y dificultades que se encuentran en la realidad del trabajo para que las personas que demandan cuidados paliativos lo tengan de manera integral.

**Palabras clave:** Cuidados Paliativos; Educación Continua en Salud; Enfermería.

Afiliação dos autores:

<sup>1</sup>Professora Adjunta do Departamento de Saúde e Sociedade Instituto de Saúde Coletiva (MSS/ISC) - Universidade Federal Fluminense (UFF) Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS-MPES. E-mail: magdachagas@id.uff.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3616-6745>

<sup>2</sup>Professora Titular. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - EEAAC. Universidade Federal Fluminense - UFF. Coordenadora do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde - PACCS/EEAAC/UFF. E-mail: anaabraham@id.uff.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0820-4329>

<sup>3</sup>Dra Alessandra Nunes. Docente. Universidade Estadual estado do Rio de Janeiro. UERJ. E-mail: asantunes@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7435-2568>

<sup>4</sup>Enfermeira. Discente. Mestrado profissional de Ensino na Saúde. MPES. EEAAC. Universidade Federal Fluminense. UFF. E-mail: nilceiasoares@id.uff.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6587-4997>

\* E-mail de correspondência: magdachagas@id.uff.br

Recebido em: 28/05/24 Aceito em: 10/02/25

## Introdução

O aumento da expectativa de vida da população e, conseqüentemente, o maior número de pessoas vivendo com doenças crônicas tornou necessária a inclusão dos cuidados paliativos nos programas voltados àqueles que vivem com doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças oncológicas e as doenças crônicas degenerativas como as demências, a doença de Parkinson, a insuficiência cardíaca ou renal e a doença pulmonar obstrutiva crônica<sup>1</sup>.

Vale salientar que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, de forma a ampliar o olhar e a oferta dos cuidados paliativos para além da pessoa que ‘está para morrer’ apresentou a seguinte definição: “cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”<sup>2</sup>.

Desde o momento em que os cuidados paliativos surgiram na década de 60, foram e são inúmeras as mudanças, tais como: se é necessário ou não um local específico para que seja instalado esse serviço no ambiente hospitalar e alocados os pacientes em palição. Por isso a necessidade do crescimento de pesquisas na área que subsidiam e ampliam a gama de conhecimento. Um dos pontos que surgiu simultaneamente com a criação dos cuidados paliativos foi a necessidade de abordagem multiprofissional com vistas à qualidade de vida das pessoas acometidas por doenças crônicas e seus familiares.

Ainda que tenham mais de 50 anos, desde que foram concebidos como possibilidade, os cuidados paliativos ainda estão pouco presentes na prática hospitalar ou mesmo pouco difundidos em outros níveis de assistência, como na atenção básica ou nos domicílios<sup>3</sup>. As abordagens paliativas atendem ao princípio da integralidade do cuidado, presente na Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018<sup>4</sup>, que trata das diretrizes para os cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e versa sobre sua organização. Os incisos IV, V e VI remetem à inserção de disciplinas que tratam desse tipo de assistência tanto na Graduação quanto nos Cursos de Especialização voltados aos profissionais da área de saúde.

Contudo, é preciso ressaltar os problemas ainda existentes na implantação dos cuidados paliativos e da necessidade de aprimoramento desse serviço, uma vez que há um quantitativo elevado de pacientes que carecem desse atendimento. A primeira edição do Atlas Global<sup>5</sup> mostrou que, a cada ano, 40 milhões

de pessoas necessitam de cuidados paliativos, mas apenas 14% têm sua necessidade atendida e 10% das instituições ofertam o serviço de forma efetiva. Assim sendo, a conscientização acerca dos cuidados paliativos nas unidades hospitalares mostra-se indispensável, sobretudo, na enfermagem, haja vista que essa relação de assistência perpassa as ações de saúde, alcançando o âmbito afetivo e pessoal.

Segundo Ferla<sup>6</sup> (p.634), além do conhecimento técnico-científico, o profissional de enfermagem dá ênfase às relações interpessoais, tão necessárias para o cuidado de qualidade e, com isso, esse profissional torna-se um “agente de mudanças, capaz de interagir e intervir na sociedade, motivado pela transformação pessoal, profissional e social”. Em 2018, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes para os cuidados paliativos no âmbito do SUS, que abordam a necessidade de formar e qualificar profissionais preparados para a oferta de cuidado integral para quem está sob os cuidados da assistência hospitalar, que necessitará tanto da assistência de Enfermagem integrada à equipe multiprofissional, ou interprofissional<sup>4</sup>.

O crescimento populacional bem como o seu envelhecimento demonstram que a incidência e a mortalidade pela doença oncológica vêm aumentando ao redor do mundo. Além disso, vale destacar que houve mudanças quanto aos fatores de risco do câncer e que esses fatores se relacionam as condições socioeconômicas e aos hábitos de vida, a saber: o sedentarismo e a alimentação inadequada<sup>7</sup>.

A ampliação do seu conceito em 2002, definiu que os cuidados paliativos<sup>2</sup> devem ter início desde o diagnóstico, podendo ser adaptados a cada realidade, bem como aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos em que se encaixam. Contudo, segundo o Atlas Global de cuidados paliativos<sup>3</sup>, o Brasil ocupa uma posição ruim, pois o acesso a esse tipo de atenção não é divulgado e muito menos oferecido como deveria, além de possuir o mínimo de instituições para atender a demanda desse serviço.

Em 2004, a OMS apresentou a necessidade de incluir cuidados paliativos na assistência integral à saúde tanto nos programas de idosos quanto naqueles voltados às doenças crônicas degenerativas. Isso é reforçado por Nickel<sup>8</sup>, ao afirmar que o foco deve ser sempre a pessoa. A definição proposta pela OMS ressalta que os cuidados paliativos visam à melhoria da qualidade de vida dos pacientes e dos familiares que enfrentam problemas associados às doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual<sup>9</sup>. O 1º encontro Latino-Americano de pessoas interessadas em cuidados paliativos na América Latina ocorreu em 1990. Entretanto a Associação Latino-Americana de cuidados paliativos foi criada em 2001<sup>10</sup>.

E no Brasil, a prática dos cuidados paliativos teve início no final da década de 1990. No entanto, como dito

anteriormente, ainda se apresenta de maneira tímida. Por isso, a OMS propõe mudanças e orientações, haja vista que essas iniciativas reavivam o debate da morte como algo natural e também trazem à tona questões relativas à dignidade do ser humano no processo de morte, bem como ao aumento da qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, câncer e HIV/AIDS. Ademais, elas retomam as discussões sobre novas abordagens de controle da dor e outros sintomas desconfortantes, bem como o apoio à família<sup>11</sup>.

Para o Ministério da Saúde<sup>12</sup>, problemas físicos, psicossociais e espirituais necessitam de cuidados específicos e adequados. Por isso, a importância do ensino no ambiente do trabalho, reconhecendo que a educação permanente em saúde é uma estratégia político-pedagógica de ensino que procura resolver os problemas e as necessidades que surgem no processo de trabalho em saúde<sup>13</sup>. Além disso, integra o ensino, a gestão do sistema, a atenção à saúde e a participação do controle social. O objetivo é qualificar e aperfeiçoar o processo de trabalho em vários níveis do sistema, visando a melhoria do acesso, a qualidade e a humanização na prestação de serviços, a fim de fortalecer os processos de gestão do SUS no âmbito federal, estadual, municipal e local<sup>4</sup>.

Em síntese, a educação permanente em saúde consiste em um conjunto de estratégias voltadas para o desenvolvimento de ações relacionadas à gestão, à formação profissional, à qualificação dos trabalhadores e à educação do controle social. Tais ações são definidas como um quadrilátero cuja finalidade é transformar práticas de saúde e de formação para a devida implantação do SUS<sup>13</sup>.

É interessante mencionar o quanto a educação permanente em saúde alinha-se ao conhecimento proposto por Paulo Freire, uma vez que se observa uma pedagogia libertadora e problematizadora<sup>14</sup>, como uma forma de leitura do mundo. Dessa forma, possibilitou um olhar para o ambiente de trabalho e a partir daí associações e até mesmo a construção do campo da educação permanente, pois fortalece e instrumentaliza os profissionais para transformação do mundo por ações conscientes do dia a dia e de ocorrência dos encontros e dos desencontros da vida.

Por um lado, o diálogo é uma ação humana e libertadora, por outro, problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e propondo soluções. Sendo assim, a educação permanente em saúde torna-se potente ferramenta de educação e ensino em que está envolvida a aprendizagem significativa, que nada mais é do que a aprendizagem fazendo sentido para as pessoas no processo do trabalho. Ademais, relaciona-se com os problemas enfrentados considerando o conhecimento prévio e a experiência das pessoas envolvidas<sup>15</sup>.

De acordo com Feuerwerk<sup>16</sup> (p.92), “o homem

está em permanente construção e em suas relações no cotidiano sempre produzem conhecimentos e sabedoria que interferem em suas possibilidades de conduzir a vida. O saber científico é somente uma parte desse universo de saberes possíveis e válidos”.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem descritiva, em que foi realizada entrevista coletiva, através de Roda de Conversa, utilizada como instrumento para coleta de dados por meio de questionário semiestruturado e dinâmicas de entrosamento para melhor resultado e aproveitamento dos produtos da entrevista coletiva, onde o diálogo em roda promove um espaço livre, flexível e de confiança entre o pesquisador e o pesquisado e daí surge a interação entre os participantes da pesquisa<sup>17</sup>.

No livro “O desafio do conhecimento”, Minayo<sup>18</sup> (p.308), ao abordar a pesquisa qualitativa, faz menção ao fato de que “os métodos e os instrumentos são caminhos e mediadores para permitir ao pesquisador o aprofundamento de sua pergunta central e de suas perguntas sucessivas, levantadas a partir do encontro com seu objeto empírico ou documental”.

Segundo Sampaio et al.<sup>19</sup>, as rodas de conversa incluem-se na metodologia ativa e podem ser utilizadas como instrumentos para a potencialização das discussões, auxiliando a formação de opinião crítica ou a autoafirmação devido a estimular o diálogo, o encontro e os desencontros, bem como o aprendizado no ambiente de trabalho.

Os participantes da pesquisa foram treze técnicos de enfermagem e cinco enfermeiras que atuam em plantões diurnos e noturnos que participaram da coleta de dados nas rodas de conversa. A escolha de realizar a pesquisa com a equipe de enfermagem justifica-se porque essa categoria é a que tem o número mais expressivo de profissionais do setor. Ademais, esses profissionais é que permanecem a maior parte do tempo à beira dos leitos dos pacientes, acolhem sentimentos, queixas e percebem as mudanças de humor.

Limitação da Pesquisa: deverão ser incluídas e convidadas a participar dos desdobramentos da pesquisa as demais categorias profissionais da saúde ou afins, haja vista que a prática dos cuidados paliativos requer o exercício multiprofissional, tais como: médicos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, capelães e outros.

Aspectos Éticos da Pesquisa: esta pesquisa segue as recomendações da Resolução CNS/MS nº 510, 7 de abril de 2016<sup>20</sup>, da Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012<sup>21</sup>, que trata de garantir os direitos dos sujeitos que participam de pesquisas, descrevendo os caminhos éticos que devem ser seguidos<sup>20</sup>. A pesquisa

foi submetida e aprovada pelo CEP/CONEP sob a numeração de certificação de apreciação ética: CAAE 55397122.5.0000.5243.

Coleta de Dados: foi adotada a dinâmica - Quebra-gelo: que consistiu em uma apresentação pessoal de alguma característica própria da pessoa que os outros participantes envolvidos não conheçam. Na sequência, foi utilizada dinâmica Doces Respostas - Responde, Passa ou Repassa, com objetivo de construir leveza ao apresentar as perguntas. Para que fosse possível, as perguntas foram recortadas do questionário semiestruturado, a fim de realizar sorteios nos quais, cada participante retira uma pergunta e uma bala para que, então, tenha início a atividade “Doces Respostas - Responde, Passa ou Repassa”. E assim o recolhimento do entendimento do grupo torna-se algo natural que se traduz em aprendizagem significativa, aquela que tem significado para o trabalhador e, por isso, tende a favorecer o ensinar e o aprender.

Tipo de Análise Realizada no Material: os encontros foram gravados e os áudios foram transcritos, com posterior análise de conteúdo, na modalidade análise temática.

Esse tipo de trabalho apresenta-se em etapas, a saber: 1ª etapa exploração do material: aqui a atividade passou a ser buscar o núcleo do material transcrito e classificar, encontrar expressões ou palavras significativas; 2ª etapa tratamento dos resultados obtidos e interpretação: vale destacar que a abordagem estatística dos dados deve ser realizada nesse momento; 3ª etapa da análise temática: foi suprimida, no lugar adotamos a variação comentada por Minayo18: “há variantes desse tipo de abordagem que trabalham com significados em lugar de investirem em inferências estatísticas”.

## Resultados

A coleta de dados ocorreu durante a realização das rodas de conversa, entrevista coletiva e por intermédio de gravação digital dos encontros. No total, as gravações corresponderam a mais de três horas e a transcrição realizada pela pesquisadora, cento e cinco páginas. A partir da escuta intensiva dos áudios e a leitura das transcrições, foi possível checar os arranjos de temas, agrupar os destaques e após algumas rodadas chegar a três dimensões, a saber: Entendimento da equipe sobre cuidados paliativos; Família integrada ao cuidado; e Saúde mental dos profissionais de Enfermagem.

Apresentaremos abaixo os recortes de falas destacados das 13(treze) pessoas que participaram da coleta de dados nos 5(cinco) encontros, das 5(cinco) equipes, para a construção da discussão.

O entendimento da equipe sobre os cuidados paliativos:

“– Você conhece ou já ouviu falar sobre cuidados paliativos? Sim. Esses cuidados são ofertados no setor? Sim. Você já ouviu falar em cuidados paliativos no SUS? É, acho que tá sendo um tópico mais novo, né? Eu acho que, então, é. Mas já, já ouvi sim. E nós temos no setor, né, graças a Deus”<sup>22</sup>.

“– É. Oh, eu já ouvi falar sim. E esses cuidados são ofertados nesse setor? São. De uma maneira assim, não como a gente gostaria que fosse realmente, né? Porque, eu acho que deixa um pouco a desejar. Mas eu acho muito importante, a gente tenta, fazer esses cuidados. É, sempre levando a palavra de conforto, fazendo, por exemplo, a vontade deles de tá comendo alguma coisa diferente, que eles tenham vontade. Eles não querem tomar banho àquela hora, a gente os deixa tomar banho num outro horário, mesmo que sai um pouquinho do protocolo, né?”<sup>22</sup>.

“– Eles são ofertados, mas a maioria de nós vê não da forma adequada.”<sup>22</sup>.

“– É. Eu compreendo que sim, porque quando a pessoa atinge esse estágio, pelo menos do que eu li, do que eu aprendi em vídeos, é porque a medicina... a ciência... a medicina não tem mais nada a ofertar um meio de cura pro paciente, então inicia-se os cuidados paliativos pra que ele faça a passagem de forma digna”<sup>22</sup>.

“– É, com deficiência. É ofertado, mas não da forma que deveria ser. Porque cuidados paliativos não é só o paciente, é a família também, né?”<sup>22</sup>.

“– Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? Por quê? Eu não consigo, eu não consigo, no momento é? Assim... porque... no início, é no início da doença?”<sup>22</sup>.

“– Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde o diagnóstico? Se eu vejo se tem alguma importância... Pera aí, não entendi. Você vê alguma importância dos cuidados paliativos serem ofertados desde... não. Eu acho... eu acho que não vejo essa importância não! porque, vai assustar o cliente.”<sup>22</sup>.

“– Eu nem sabia que tinha no início. Eu pensei que fosse a partir do momento que não tivesse mais um tratamento para fazer...”<sup>22</sup>.

“– Se ele recebeu o diagnóstico, por exemplo, eu, vamos supor, recebo o diagnóstico hoje que tô com leucemia. Aí, já vou ser ofertado para mim, direcionado o cuidado paliativo?”

“– Tá dizendo que eu vou morrer”<sup>22</sup>.

“– Eu acho que vai mexer mais com o emocional da pessoa, ela vai focar tanto assim, em paliativo, final de vida, eles não entendem”<sup>22</sup>.

“– Não sabia, não tinha nome. É, não tinha. É, agora, recentemente, né, que foi inserido...”<sup>22</sup>.

“– E é mais na terminalidade mesmo, né? É. Cuidado paliativo pra paciente terminal”<sup>22</sup>.

...Me deram a opção de tratamento, que seria muito difícil, e cuidado paliativo. Ou seja, eu vou morrer, né?”<sup>22</sup>.

“– Aluno não gosta de cuidar do paciente em cuidado de fim de vida, porque, dentro da cabeça deles, acabou, não tem mais nada pra fazer”<sup>22</sup>.

“– Os cuidados paliativos são e devem ser ofertados somente no final da vida? Não. Os cuidados paliativos devem ser ofertados desde o momento que a gente percebe que não há mais a terapêutica a ser seguida. Então, foi diagnosticado, né? É cuidados paliativos. Mas, cuidados paliativos não quer dizer que cabô o tratamento, o cuidar do cliente, né?”<sup>22</sup>.

“– Cuidado de fim de vida com qualidade”<sup>22</sup>.

Família integrada aos cuidados paliativos:

“– É definido pela equipe médica, o médico conversa com o familiar, ou até mesmo dependendo do estado de lucidez do paciente, ele faz essa abordagem”<sup>22</sup>.

“– Ele vai tender a ser junto dos familiares, da casa onde ele gosta, né?”<sup>22</sup>.

“– Vai ter que fazer isso só pra diminuir o tumor... o enfermeiro começa a conversar com o paciente: “Oh, você tem essa alternativa”, e ficava com a família um pouco mais. De ver o final dele de uma outra forma”<sup>22</sup>.

“– É, já falta pro paciente, quem dirá pra família, entendeu?”<sup>22</sup>.

“– Porque às vezes a pessoa acha porque morreu ‘acabou tudo... É respeitar aquele processo ali, e com o familiar é dar atenção, tentar, né?”<sup>22</sup>.

“– A mesma coisa. Respeitar o momento do familiar, tentar ajudar da melhor maneira possível”<sup>22</sup>.

“– Está liberado o familiar ficar aqui? Esse paciente quer ir embora pra casa? A gente vai aceitar

a decisão dele?”<sup>22</sup>.

“– Tem que preparar a família. O que eu acho mais difícil é a família”<sup>22</sup>.

“– Não falou com a família, não explicou, ...”<sup>22</sup>.

“– Eu acho que a gente tinha que montar uma comissão, uma coisa assim, um grupo, fazer uma equipe multidisciplinar com a psicologia, pra assistir o paciente, assistir a família...”<sup>22</sup>.

“– Seria interessante se as instituições, vamos dizer, que elas colocassem assim, rodas semanais com os pacientes, a partir do momento que eles começam o tratamento. E aí, eu acho que seria interessante. Porque aquele paciente iria ter um lugar onde ele pudesse estar e ouvir algo que tirasse de repente, da mente que ele tá... que depois vai morrer”<sup>22</sup>.

Saúde mental dos profissionais de enfermagem:

“– E aí, a gente se sente... eu, pelo menos, eu me sinto impotente, entendeu? Eu tô trabalhando aos poucos a minha cabeça. É... é... já estou bem melhor, porque... você tem que aguentar o tranco, porque... é da profissão e você presencia isso inúmeras vezes”<sup>22</sup>.

“– Vendo vidas sendo perdidas... em consequência da doença e assim, de uma forma tão... tão precoce, e tão sofrível!”<sup>22</sup>.

“– ... Ele tá partindo, pelo menos, aqueles últimos momentos. Ele tá partindo, então você tem que preservar quem tá vivo... Tipo assim, eles falavam, ficavam conversando entre eles, ‘quem vai ser o próximo’. Olha que triste”<sup>22</sup>.

“– Eu lembro quando o (y) faleceu, “cabô”, cara. Os outros ficaram assim... parecia que tava num funeral. Gente, eles não davam um sorriso, ninguém falava nada”<sup>22</sup>.

“– Ficou assim, horrível, horrível”<sup>22</sup>.

“– E segurança. Isso. Dá pra você, até quando o paciente pergunta ‘Ah, será que eu vou morrer?’ Até você tem receio de falar, responder pra ele”<sup>22</sup>.

“– Ele tava com medo de morrer, muito medo. Aí eu falei assim: “Ah, você... que religião que você é? “Ah, então por que que você não assiste, ouve umas músicas da sua igreja? Que isso dá um certo conforto. Aí ele ouviu. Eu percebi que ele ficou mais calmo, menos ansioso”<sup>22</sup>.

“– Tem aquele momento, você está ali como aquele suporte que ele precisa porque realmente ele tá com medo, naquele momento, tá com medo. E começa a ficar apavorado e tudo mais. Então a gente, como profissional traz o conforto praquele paciente naquele momento”<sup>22</sup>.

“– Porque a gente também não é preparado pra essa questão... da morte”<sup>22</sup>.

“– Se eu tivesse na situação desses pacientes eu preferia morrer”<sup>22</sup>.

“– A gente vê ali o paciente sofrendo, naquele sofrimento...”se eu tiver na situação desse... prefiro morrer”<sup>22</sup>.

“– Se cada morte você sofrer, você vai ficar ali na depressão?”<sup>22</sup>.

“– Só que dentro você fica mal, né?”<sup>22</sup>.

“– Eu acho que a gente tinha que montar uma comissão, uma coisa assim, um grupo, fazer uma equipe multidisciplinar com a psicologia, pra assistir o paciente, assistir a família... Assistir os funcionários também”<sup>22</sup>.

“– É, porque assistir a gente também, a gente fica muito à borda com os pacientes”<sup>22</sup>.

“– A gente se sente muito impotente porque a gente vê que a gente tá vendo que ele tá sofrendo e as pessoas não dão tanta atenção”<sup>22</sup>.

## Discussão

Todos os profissionais de Enfermagem que participaram dessa pesquisa trabalham no setor de oncologia. Nesse sentido, no primeiro momento chama atenção que justamente nesse local onde tensão vida e morte estão presentes com frequência, percepções, interpretações e conhecimentos sobre cuidados paliativos, sejam diferentes ou não estejam presentes. O que corrobora com a dificuldade da oferta e o dado de que 80% das pessoas que poderiam ser beneficiadas com os cuidados paliativos, por viverem em condições associadas a sofrimento ou dor, não tem acesso ao que poderia ser nomeado como intervenções básicas, como analgésicos.

Estudos “estimam que, anualmente, mais de 61 milhões de pessoas experimentam condições de saúde associadas ao sofrimento que poderiam ser significativamente melhorados por meio dos cuidados

paliativos. Pelo menos 80% dos pacientes não têm acesso até mesmo às intervenções de cuidados paliativos mais básicos, como analgésicos”<sup>23</sup>.

A necessidade de atenção psicológica para pacientes-usuários, acompanhantes e profissionais, bem como o desenvolvimento de formas para sustentar a saúde mental no ambiente hospitalar, esteve presente em todas as equipes. Nesse sentido, conforme apresentam Esperandio e Leget<sup>24</sup>, é necessário acolher a pessoa que sofre manter uma escuta atenta, olhar atencioso e escuta compassiva, com vistas a acolher e cuidar do sofrimento, seja ele físico, emocional, psicossocial ou espiritual.

Conforme foi possível perceber, a implementação de cuidados paliativos em um setor não necessariamente incorporará a abordagem ampliada do cuidados paliativos, visto que em alguns momentos é e continua a ser visto apenas como cuidado para quem está morrendo, sem a perspectiva de cuidado desde o diagnóstico, ou mesmo abordagem e cuidado envolvendo a família, conforme apresentado pela OMS<sup>3</sup>, que define que o cuidado paliativo “é aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias destinadas a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para melhor entender e gerenciar complicações clínicas angustiantes”.

## Considerações Finais

As entrevistas coletivas realizadas nas rodas de conversa durante a pesquisa possibilitaram tanto reflexões sobre cuidado paliativo, quanto sobre o conhecimento da Enfermagem sobre os cuidados paliativos. Durante o desenvolvimento da pesquisa foi possível perceber, desde o primeiro momento que essa técnica, utilizada para levantamento de dados, possibilitou transformar uma metodologia de pesquisa como alternativa para possibilitar encontros, estimular aproximações e aprimorar relações já estabelecidas nos processos de trabalho, assim como sentimento de escuta (ser escutado) e cuidado. Assim, mais que uma técnica de pesquisa, as rodas de conversa abriram espaço para EPS e para que os participantes estabelecessem um espaço de troca, conversa e interação. O que proporcionou inclusive aumento da própria percepção e conhecimento sobre si e sobre as outras pessoas com quem trabalha.

Foi possível perceber as dúvidas que acompanham as (os) profissionais da Enfermagem no que tange aos cuidados paliativos, no quanto o contato e desenvolvimento de conhecimento, na maioria das vezes, ainda ocorre de modo individualizado e dependente de interesse próprio. Que explicita, por exemplo, a urgente necessidade de cursos da área da saúde ofertarem cada vez mais disciplinas que abordem a temática ou com

essa área de conhecimento e especialidade o cuidado paliativo deve ser algo que flui dos profissionais de saúde naturalmente, assim como a morte, que é algo natural e precisa ser evidenciada como tal. Além disso, foi possível perceber que os cuidados paliativos precisam ser cada vez mais difundidos, que a tomada de decisão deve cada vez mais ter abrangência multiprofissional, que tanto à família quanto o paciente-pessoa devem ser incluídos, ouvidos e ter direitos respeitados. Ao mesmo tempo em que precisamos olhar e cuidar da pessoa que necessita receber cuidados paliativos, quando esse passar a configurar em cuidados de Fim de Vida, é necessário intensificar os cuidados e acompanhamentos dos profissionais responsáveis pelos cuidados diários, para quem está à beira leito e no processo, inclusive familiar, ele consiste em um direito pessoal, precisa ser respeitado.

## Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de nenhuma natureza.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd. Edition, Geneve: 2002.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Atlas Global de cuidados paliativos. WHACA, 2nd. Edition, Geneve: 2020.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Atlas Global de cuidados paliativos. WHACA, 1nd. Edition, Geneve: 2014.
6. Ferla JBS. Ênfase nas relações interpessoais na formação do enfermeiro sob o paradigma ético-humanista. *Trab. educ. saúde*. 2013;11(3):633-657.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). Câncer. (online) OPAS, 2020.
8. Nickel L, Oliari LP, Vesco SNPD, Padilha MI, et al. Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014. *Escola Anna Nery*. 2016;20(1):70-76.
9. Dias LV, Viegas AC, Muniz RM, Cardoso DH, Amaral DED, Camière CM, et al. Cuidados paliativos oncológicos: visão de familiares de pacientes acompanhados por uma equipe de consultoria. *J. Health NPEPS*. 2021;6(2):1-14.
10. Pastrana T, Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C, et al. Atlas de cuidados paliativos en Latino América. Houston: IAHP Press, 2020;2ªed.
11. Academia Nacional de cuidados paliativos (ANCP). Manual de cuidados paliativos. São Paulo, 2012.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de cuidados paliativos. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, 2020.
13. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para área de saúde; ensino, gestão, atenção e controle social. *Pysis, Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2004;14(1):41-65.
14. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Paz e Terra. Rio de Janeiro. 2016;53ªed.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde, conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
16. Feuerwerker LCM. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre. Rede UNIDA. 2014.
17. Dias ESM, Rodrigues ILA, Miranda HR, Corrêa JA, et al. Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem. *Rev Fund Care*. 2018;10(2):379-384.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo. Hucitec. 2014;14ªed.
19. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS, et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface, comunicação, saúde, educação*. 2014;18(2):1299-1311.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, 7 de abril de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
22. Cútaló NPS. A educação permanente em saúde como ferramenta no manejo dos cuidados paliativos para a enfermagem onco-hematológica. 2023. 87f. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Multidisciplinar Para o Sistema Único de Saúde (SUS)) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.
23. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, Ornelas HA, Gómez-Dantés O, Rodriguez NM, Alleyne GAO, Connor SR, Hunter DJ, Lohman D, Radbruch L, Madrigal MDRS, Atun R, Foley KM, Frenk J, Jamison DTM, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: an imperative of universal health coverage. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-1454.
24. Esperandio M, Leget C. Spirituality in palliative care: a public health issue? *Rev. bioét.* 2020;28(3):543-553.