

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Equipe de enfermagem e cuidados paliativos: dimensões do cuidar na atenção domiciliar

Elson Roberto Medeiros Junior, Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.15935>

Submetido em: 2026-04-23

Postado em: 2026-04-28 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Equipe de enfermagem e cuidados paliativos: dimensões do cuidar na atenção domiciliar

Elson Roberto Medeiros Junior

Discente do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6835-8538>

Magali Aparecida Alves de Moraes

Docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5888-1638>

Elza de Fátima Ribeiro Higa

Docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5772-9597>

RESUMO

Equipe de enfermagem e cuidados paliativos: dimensões do cuidar na atenção domiciliar

Esta Pesquisa Qualitativa objetivou analisar as percepções da Equipe de Enfermagem, sobre as necessidades para o manejo de pacientes em Cuidados Paliativos, na Atenção Domiciliar. O estudo, orientado pela Hermenêutica-Dialética, utilizou entrevistas semiestruturadas com 26 profissionais de um serviço de saúde suplementar. Os achados desvelam que as necessidades assistenciais emergem em uma tríade fundamental composta pelas dimensões: subjetiva; técnico-assistencial e ético-relacional; e coletiva e organizacional do trabalho. A análise demonstra que o desbalanceamento desse funcionamento em tríade compromete a saúde do trabalhador, a autonomia profissional e a sustentabilidade do serviço. Evidenciou que o sofrimento ético e o desgaste emocional são agravados por lacunas formativas e estruturas institucionais reativas. Conclui-se que a qualificação da enfermagem paliativista depende da articulação entre sujeito, equipe e sistema, exigindo modelos pedagógicos e gerenciais que sustentem a complexidade técnica e relacional do cuidar na finitude em domicílio.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Equipe de enfermagem, Assistência de enfermagem em cuidados paliativos, Serviços de assistência domiciliar, Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Nursing team and palliative care: dimensions of care in home care settings

This Qualitative Research aimed to analyze the Nursing Team's perceptions regarding the needs for managing patients in Palliative Care within home care settings. Guided by Hermeneutic-Dialectics, the study used semi-structured interviews with 26 professionals from a private health service. The findings reveal that care needs emerge from a fundamental triad composed of three dimensions: subjective; technical-care and ethical-relational; and collective and organizational. Analysis demonstrates that an imbalance in this triad's functioning compromises worker health, professional autonomy, and service sustainability. It was evidenced that ethical suffering and emotional exhaustion are aggravated by formative gaps and reactive institutional structures. In conclusion, the qualification of palliative nursing depends on the articulation between subject, team, and system, requiring pedagogical and management models that support the technical and relational complexity of providing care during end-of-life at home.

Keywords: Palliative care, Nursing team, Palliative nursing, Home care services, Qualitative research.

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) são compreendidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma abordagem multidimensional destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares, diante de doenças crônicas que ameaçam a continuidade da vida. Por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, os CP integram aspectos físicos, psicossociais e espirituais ao foco da atenção¹. Esta redefinição representa um avanço conceitual significativo ao deslocar os CP de uma atuação restrita ao final da vida e ao campo oncológico para um cuidado aplicável a diferentes condições clínicas, faixas etárias e momentos do curso da doença, ampliando substancialmente seu escopo assistencial¹.

Para que essa amplitude seja alcançada, a OMS recomenda que os CP sejam organizados de modo a se aproximarem do contexto real de vida das pessoas, reconhecendo o domicílio e a comunidade como espaços legítimos e estratégicos para sua oferta². Considerando que a maior parte dos indivíduos que necessitam dessa abordagem, vive fora do ambiente hospitalar, torna-se essencial a integração dos CP à Atenção Domiciliar (AD). Esta estratégia é fundamental para ampliar o acesso e promover a continuidade do cuidado, respondendo aos desafios impostos pelo envelhecimento populacional e pela crescente prevalência de doenças crônicas².

A efetividade dessa assistência em domicílio depende, contudo, da superação de modelos de trabalho meramente multiprofissionais, caracterizados por intervenções disciplinares isoladas e pouco integradas. É recomendada a prática interdisciplinar que pressupõe um trabalho colaborativo, com tomada de decisão compartilhada e

corresponsabilização pelo cuidado entre profissionais, pacientes e familiares³. Nessa perspectiva, o trabalho interdisciplinar é o elemento estruturante da organização do cuidado, é um modo de fazer coletivo onde saberes e responsabilidades são compartilhados em prol de objetivos comuns centrados nas necessidades complexas da pessoa^{4,5}.

Esse arcabouço conceitual encontra correspondência direta nas diretrizes da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), que estabelece a interdisciplinaridade como princípio fundamental para responder às dimensões clínica, psicossocial e relacional do cuidado⁶. Embora o CP se sustente operacionalmente na atuação da Equipe Interdisciplinar (EI), esta pesquisa delimita seu foco analítico na Equipe de Enfermagem (EE), composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares⁷. Tal escolha não implica a exclusão da perspectiva interprofissional, mas a fortalece, partindo da premissa de que a interlocução entre saberes exige sujeitos disciplinarmente seguros e conscientes de sua identidade profissional⁸.

Estudar a EE é, portanto, analisar uma das peças fundamentais para que a engrenagem da interdependência interdisciplinar funcione. A consolidação de práticas bem definidas no interior da enfermagem é condição essencial para sua inserção qualificada no trabalho coletivo^{8,9}. Na AD, a centralidade da EE ultrapassa aspectos numéricos, assumindo posição estratégica pelo contato contínuo com o binômio paciente-família. A equipe desempenha funções de vigilância clínica, monitoramento em tempo real e articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, o que amplia significativamente a complexidade das demandas e a autonomia necessária para a tomada de decisão no domicílio^{10,11}.

Corroborando essa relevância, destaca-se que a EE ocupa posição central no cuidado global às pessoas com doenças progressivas e limitadoras da vida¹². Contudo, essa posição estratégica revela um contraste crítico: a necessidade de qualificação profissional constante diante de um déficit evidente na formação acadêmica e técnica¹³. Há pelo menos uma década, a literatura aponta que a falta de preparo específico da EE é a principal barreira para a implementação efetiva dos CP na AD, evidenciando um problema estrutural que persiste ao longo dos anos¹⁴.

Essa carência formativa é frequentemente agravada por organizações incipientes e estruturas de serviço precárias, que forçam os profissionais a assumirem responsabilidades que extrapolam suas competências técnicas e emocionais¹⁵. O resultado é um ciclo de desgaste profissional, sofrimento psíquico e baixa qualidade do cuidado, exigindo que a equipe busque ativamente suporte institucional e estratégias de autocuidado para prevenir o adoecimento mental^{16,17}. Diante dessa crise de competência, torna-se imperativo conceituar a qualificação não apenas como instrução técnica, mas como um conjunto integrado de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para responder às demandas complexas do paciente^{18,19}.

O conceito de competência na enfermagem paliativista é dinâmico e exige revisões regulares para refletir as evoluções da prática clínica^{20,21}. Apesar de os entraves na EE serem debatidos há anos, persiste uma lacuna quanto às sínteses analíticas que integrem as demandas contemporâneas da assistência domiciliar, cujas evidências permanecem fragmentadas e heterogêneas²². O presente estudo, balizado pelo questionamento sobre o que é considerado necessário pela EE para atuar no manejo de pacientes em CP domiciliares, justifica-se pela premência de oferecer uma análise integrada dessas demandas, visando subsidiar a qualificação das práticas e o desenvolvimento de estratégias de educação permanente que sustentem a dignidade no processo de morrer.

Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo analisar as percepções da EE acerca das necessidades para o manejo de pessoas em CP na AD, explorando as dimensões que sustentam a prática e as proposições para o fortalecimento do CP.

Método

Pesquisa Qualitativa, estruturada pelos princípios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*²³. Foi desenvolvida em um serviço de Atenção Domiciliar de Cuidados Paliativos no âmbito da Saúde Suplementar em uma cidade de porte médio-grande no Oeste Paulista, com população estimada de 234 mil habitantes²⁴.

A amostragem do tipo intencional²⁵, foi constituída pela totalidade de 34 profissionais da EE que atenderam ao critério de inclusão, de experiência mínima de seis meses na AD, com pacientes em CP e como critérios de exclusão licença médica, férias ou outra condição de afastamento. Os convites para participação voluntária foram realizados por meio de grupos de trabalho presencialmente e em aplicativos de mensagens. A amostragem final foi composta por 26 profissionais (10 enfermeiros, 07 técnicos e 09 auxiliares), que aceitaram participar do estudo mediante assinatura presencial do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram registradas oito não-participações justificadas.

Para garantir os aspectos éticos relacionados à confidencialidade dos participantes, estes foram identificados com a codificação "P", que designa o Participante, seguido de numeração arábica sequencial. Não foi feita classificação por categoria profissional por conta do intuito de colher os dados da EE como um todo.

A coleta de dados ocorreu entre abril e setembro de 2025 no setor administrativo do serviço de AD, em local reservado para garantir a privacidade, sem a presença de terceiros, orientada por um roteiro de entrevista semiestruturado com questões norteadoras, previamente avaliado por especialistas²⁶. Iniciando com a etapa de entrevistas piloto, objetivando testar e refinar o roteiro e o procedimento de coleta, uma prática fundamental para garantir a fidedignidade dos resultados²⁷. Não houve repetição de entrevistas e os pilotos

foram inclusos na análise dos dados. Os depoimentos foram gravados em áudio e posteriormente transcritos na íntegra com o auxílio do *software TurboScribe*, seguidos de revisão técnica pelos pesquisadores. Notas de campo foram registradas para captar nuances do cenário e reações dos entrevistados. As entrevistas tiveram duração média de 18 minutos. As transcrições foram disponibilizadas aos participantes a fim de possibilitar auditar seu conteúdo, entretanto, não houve oposição por parte dos entrevistados em relação a fidedignidade do material coletado.

A análise dos dados seguiu o caminho operacional da Hermenêutica-Dialética, envolvendo a ordenação, classificação e síntese interpretativa dos dados. De uma maneira didática, este caminho é composto por três etapas: Leitura compreensiva do material selecionado; Exploração do material; Elaboração de síntese interpretativa²⁸. Não foi utilizado *software* específico de análise qualitativa, sendo o processo realizado manualmente pelos pesquisadores.

Os resultados foram apresentados por meio de relatos e citações diretas dos participantes, garantindo a fidedignidade dos achados. A discussão buscou demonstrar a consistência entre os dados brutos, núcleos de sentidos e as sínteses interpretativas, conferindo clareza aos temas e subtemas. Casos minoritários ou divergentes foram discutidos para refletir a complexidade e as contradições inerentes ao cotidiano do CP no domicílio.

Considerando os preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, a pesquisa cumpriu com os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde²⁹ e teve aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa com parecer no. 7.316.445 de 23 de dezembro de 2024 e do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 85055324.8.0000.5413.

Resultados e Discussão

Da análise dos dados obtidos foram estruturadas três sínteses interpretativas finais, intituladas: Dimensão subjetiva do trabalho: afetos, sofrimento e produção de sentidos; Dimensão técnico-assistencial e ético-relacional do Cuidado Paliativo; Dimensão coletiva e organizacional do trabalho na Atenção Domiciliar.

Dimensão subjetiva do trabalho: afetos, sofrimento e produção de sentido

A experiência subjetiva dos profissionais é marcada por uma ambivalência afetiva constante, onde satisfação e desgaste coexistem sem se anularem. As narrativas revelaram que o bem-estar derivado do processo de cuidar não elimina o desconforto emocional diante da finitude:

“[...] ao mesmo tempo que eu me sinto bem por proporcionar o cuidado, também me sinto um pouco incomodado, por todo o contexto que a família está passando [...]” (P10)

“[...] é bem gratificante, bem satisfatório [...] Só que no final ele acaba trazendo algumas coisas emocionais para a gente. A gente acaba se sentindo um pouco solitário, triste com aquela situação da família.” (P19)

Esses impactos emocionais simultâneos não operam de forma compensatória; os afetos oscilam e se tensionam, criando um movimento de alternância entre a realização e o peso da dor³⁰. O sofrimento emerge do confronto entre o sujeito e as exigências do trabalho real, que convoca permanentemente a subjetividade e a ética³¹. Tal cenário exige o estabelecimento de limites claros, para a preservação da saúde mental, conforme ilustrado:

“[...] você entra na intimidade da pessoa, você entra na casa dela, não tem como você não se deixar levar um pouco [...] Tem que caminhar sempre em uma linha tênue, para não deixar se envolver muito.” (P01)

“[...] esse profissional tem que se autoconhecer, entender seus limites, as suas individualidades [...] porque não dá para cuidar, falar de finitude [...] se não minimamente reconhecer as nossas.” (P23)

O envolvimento afetivo, embora necessário, pode culminar em fadiga por compaixão quando o profissional vivencia a impossibilidade de aliviar plenamente o sofrimento do outro³². Esse desgaste não é uma fragilidade individual, mas resultado das condições do exercício profissional e da carência de suporte institucional³³. Assim, o enfrentamento desse quadro demanda intervenções precoces, estratégias educativas e dispositivos de apoio estruturados³².

Contudo, o sofrimento pode ser transformado em potência de cuidado e aprendizado. O significado positivo atribuído ao trabalho resulta da integração e simbolização do vivido:

“No início, você sofre bastante [...] Mas só que é bom, por outro lado, que você cria laços afetivos com a família [...] Você encontra a pessoa, os familiares, reconhecimento do seu trabalho.” (P20)

A satisfação por compaixão surge como contraponto à fadiga, expressando a capacidade de transformar a exposição à dor em prática ética e comprometida com a dignidade³⁴. Esse processo sustenta a resiliência profissional, entendida como um movimento de elaboração cognitiva e simbólica do sofrimento^{33,35}. Para tanto, é imperativo que as instituições ofereçam segurança, suporte psicossocial e condições dignas de trabalho^{33,36}.

Estratégias de *job crafting*, mentoria e educação continuada fortalecem a agência do profissional, permitindo que o sofrimento seja parte constitutiva e não meramente destrutiva do fazer em CP^{33,37}. A necessidade desse suporte é explicitada pelos participantes:

“E eu acredito que um dos desafios, realmente, é a parte do psicológico [...] eu tive, realmente, que procurar um apoio, um

terapêutico mesmo, psicológico, para que eu consiga organizar as minhas ideias [...]” (P07)

“[...] eu gostaria muito de uma parte mais psicológica, de um encontro com os enfermeiros, como estratégias, como se defender, como melhorar para estar trabalhando, como se cuidar.” (P08)

Em suma, a resiliência é fortalecida por intervenções que promovem a autoconsciência e a ressignificação do impacto emocional³⁸. Os relatos reiteram que espaços de escuta e apoio psicológico são fundamentais para sustentar o cuidado sem que ocorra a ruptura subjetiva do profissional³⁸.

Dimensão técnico-assistencial e ético-relacional do Cuidado Paliativo

O CP domiciliar é vivenciado como uma prática que exige a articulação indissociável entre competências clínicas, habilidades relacionais e ética. O cuidado não se reduz a procedimentos, mas se constrói na integração dessas dimensões, conforme evidenciado:

“Só a parte técnica [...] não é suficiente. [...] é uma junção de técnicas, de entender o processo para poder ter embasamento [...] E ao mesmo tempo a gente precisa de um profissional que tenha esse perfil mais sensível, de escuta [...]” (P04)

“[...] é necessário a ciência junto com a dedicação e o amor, as duas coisas andam juntas [...] primeiro o conhecimento técnico, depois a gente junta isso com amor, dedicação, carinho, empatia.” (P10)

O exercício qualificado da enfermagem em CP demanda o manejo clínico aliado à comunicação e ao cuidado centrado na pessoa e na família³⁹. A dimensão técnico-assistencial, portanto, não é apenas uma competência instrumental, mas uma condição estruturante que confere segurança ética e profissional^{40,41}. As narrativas apontam a busca por essa qualificação como um desafio e uma necessidade para a dignidade do atendimento:

“[...] um desafio grande é encontrar profissionais que queiram trabalhar com CP e que sejam capacitados para isso [...] Não é uma especialidade que muita gente quer fazer.” (P04)

“[...] tem que estudar bastante sobre o tema para conseguir abordar melhor aquele paciente e tentar resolver aqueles fatores físicos [...] e tem que demonstrar a segurança do que está fazendo [...]” (P26)

A análise das falas revela uma tensão entre o desejo de oferecer um cuidado digno e a insegurança proveniente de uma formação insuficiente. A literatura ratifica que a Prática Baseada em Evidências e estratégias como a Aprendizagem Baseada em Simulação são fundamentais para superar o agir intuitivo, reduzindo a ansiedade do profissional e garantindo intervenções eficazes^{42,43}. Sem o domínio técnico, a equipe enfrenta barreiras concretas para gerenciar sintomas e sustentar decisões complexas no domicílio⁴⁴.

Paralelamente, a dimensão ético-relacional situa o CP no campo das relações humanas e das decisões compartilhadas. O cuidado humanizado reconhece o paciente além da condição clínica, exigindo respeito e transparência:

“Primeiramente respeito [...] A gente recebe uma família triste, que está passando por várias situações [...] até uma conversa, a gente consegue dar alguma ajuda.” (P17)

“[...] se apresenta e cria um vínculo. Responsabilidade, a gente tem que ter respeito, tem que jogar limpo, ter muita transparência [...]” (P25)

Essa prática exige ponderação constante entre as possibilidades técnicas, os desejos do paciente e os valores da família³⁹. A ética, nesse contexto, ultrapassa o cumprimento de normas; trata-se da capacidade de sustentar o cuidado em situações de incerteza⁴⁵. O aspecto relacional é central, pois o trabalho da enfermagem se ancora no encontro entre sujeitos, exigindo sensibilidade para acolher ríspidas reações familiares e gerenciar o próprio envolvimento emocional:

“[...] eu tinha dificuldade em entender que tinha acabado o meu horário [...] me envolvia muito nos casos com os pacientes [...] e acabava que vivia aquilo talvez um pouco mais do que eu deveria como profissional.” (P04)

“Muitas vezes, a família [...] não chega para a gente acolhedora, às vezes, está ríspida [...] todo mundo vê que é mais pelo estresse do momento [...]” (P17)

A qualidade do cuidado em CP envolve a habilidade de estabelecer vínculos terapêuticos que respeitem a dignidade em todas as fases da vida⁴⁶. A prática da enfermagem consolida-se, portanto, como essencialmente relacional, articulando técnica e sensibilidade para que o cuidado se constitua a partir dos encontros e dos vínculos construídos no cotidiano⁴⁷.

Dimensão coletiva e organizacional do trabalho em Atenção Domiciliar

A análise do CP em domicílio revela que a eficácia da assistência transcende o compromisso individual, dependendo intrinsecamente do funcionamento coletivo e da organização institucional. Mesmo profissionais qualificados enfrentam barreiras quando a estrutura da equipe é frágil, conforme relatam:

“Eu acho que a equipe tem que estar bem [...] quando a gente está todo mundo unido, assim, a gente vê que dá certo, tanto para o paciente, como para o desenvolvimento do serviço.” (P17)

“[...] a construção do profissional de cuidado paliativo, principalmente nessa parte emocional, é em equipe.” (P23)

“[...] um profissional sozinho não faz nada. Independente da área que ele seja. Então, a gente precisa ter [...] pessoas unidas na mesma causa.” (P25)

O desenvolvimento da EE está vinculado à capacidade de atuação articulada e corresponsável⁴⁸. Todavia, falhas na comunicação e na continuidade dos processos geram fragmentação e descompassos assistenciais:

“Eu falo que muitas das vezes eu acho que a comunicação entre os colegas [...] comunicar mais com o outro, eu vejo essa falta entre nós.” (P02)

“[...] o médico passa, o enfermeiro passa, os psicólogos passam, aí depois querem saber tudo que eles falaram, como se a gente já também soubesse [...] se o médico sentar, e o enfermeiro sentar, toda a equipe sentar [...] seria importante [...]” (P22)

A literatura confirma que a coordenação interprofissional insuficiente sobrecarrega a EE e fragiliza a tomada de decisões, tornando o cuidado reativo⁴⁹. Somam-se a isso elementos estruturais como a escassez de tempo, que impacta diretamente a segurança e a efetividade do serviço⁵⁰:

“Desafio, falo novamente também um pouco do tempo, que é muito corrido [...] Eu sugeriria ter um pouco mais desse tempo, que é necessário para fazer um melhor serviço.” (P19)

A rotatividade e a carência de recursos humanos especializados também comprometem a coesão do trabalho⁵¹. A fragmentação do serviço pode gerar um ciclo de ineficiência e sofrimento, resultando em cuidados erráticos no fim da vida⁵². Para reverter esse quadro, as narrativas sugerem modelos de assistência mais presentes e especializados:

“Talvez o que poderia melhorar seria uma assistência por um período maior na casa. [...] Porque eles [familiares] ficam muito inseguros.” (P05)

“[...] quando está em cuidado paliativo, poderia ter um profissional que fizesse só esse atendimento.” (P09)

Outro obstáculo crítico são os encaminhamentos tardios, que restringem o potencial preventivo e de conforto do CP, forçando intervenções precipitadas em fases de agonia⁵². Essa desarticulação pode levar à obstinação terapêutica em modelos hospitalocêntricos, em detrimento do cuidado domiciliar coordenado⁵²:

“[...] os pacientes chegam para a gente na fase final de vida, às vezes até próximo de um processo ativo de morte. Então esse acolhimento [...] muitas vezes é feito de forma muito rápida, as coisas meio atropeladas [...]” (P04)

Diante disso, a qualificação profissional e a educação permanente emergem como necessidades fundamentais para a sustentabilidade do serviço⁴⁸. A EE reconhece que o

campo exige formação teórica e supervisão constantes para consolidar uma cultura de reflexão crítica^{44,53}:

“Melhoria constante, educação continuada [...] supervisão, são os feedbacks que a gente fala que não pode faltar [...]” (P03)

“[...] a gente se perde em questões administrativas e não discutimos os pacientes.” (P23)

Por fim, aponta-se a necessidade de sensibilizar a comunidade para enfrentar resistências culturais e mitos sobre o CP no domicílio. A enfermagem assume, aqui, uma dimensão pedagógica essencial para mediar o entendimento sobre a finitude e ampliar a aceitação desse modelo de cuidado⁵⁴:

“E seria interessante que tivesse mais orientação em geral. De como que é o cuidado do paliativo [...] Seria mais aceitável, a pessoa passaria a entender mais.” (P09)

“Eu acho que o desafio são as pessoas não saberem a importância do cuidado no domicílio. [...] Aquela cultura da tecnologia dura [...] a cultura do falecimento no hospital [...]” (P23)

Nesse contexto, a ampliação do alcance informativo e educativo sobre os CP emerge como um eixo estratégico para a consolidação do serviço, compreendendo que a ausência de informação adequada sustenta mitos, resistências culturais e expectativas desalinhadas, dificultando a aceitação desse modelo de cuidado e atrasando sua incorporação aos itinerários terapêuticos, posicionando a educação pública sobre CP como estratégia central para enfrentar essas barreiras, favorecendo maior adesão das famílias, melhor comunicação e acesso equitativo aos serviços⁵⁴.

Evidencia-se neste cenário que as necessidades da EE extrapolam o desenvolvimento de competências individuais, exigem condições organizacionais, pedagógicas e formativas que sustentam o serviço como prática técnica, relacional e subjetiva. Esta concepção sugere que a qualificação da EE depende da articulação entre sujeito, equipe e sistema, uma leitura sobre o funcionamento em tríade que quando desbalanceada, compromete a saúde do trabalhador, a qualidade do cuidado e a sustentabilidade do serviço.

Considerações finais

A presente pesquisa permitiu identificar que as necessidades da EE, que atua em CP, na AD transcendem a dimensão instrumental, configurando-se como um fenômeno multifacetado que articula as esferas subjetiva, técnica e organizacional. Ao responder à pergunta norteadora deste estudo, depreende-se que a necessidade central da equipe não é

apenas por capacitação, mas por um suporte estrutural e psicossocial integrado que sustente a complexidade do cuidar na finitude domiciliar.

No plano subjetivo, a pesquisa revelou uma equipe que opera em constante tensão afetiva. A necessidade de autoconhecimento e de espaços formais de escuta psicológica emerge como imperativo para que o sofrimento, inerente ao contato com a morte, seja transformado em satisfação por compaixão e resiliência, em vez de culminar em fadiga e ruptura psíquica. Argumenta-se que a preservação da saúde mental do profissional é, em última análise, uma condição de segurança para o próprio paciente.

Na dimensão técnico-assistencial e ética, os resultados evidenciam que a dicotomia entre técnica e humanização é inexistente na prática cotidiana. A necessidade de formação sólida e baseada em evidências é o que confere ao profissional a segurança necessária para exercer uma ética da presença e da alteridade. A insegurança técnica foi identificada como um dos principais entraves à autonomia da enfermagem, reforçando que o cuidado humanizado depende de um saber-fazer rigoroso e atualizado.

Por fim, a dimensão organizacional expôs que as maiores fragilidades residem na desarticulação da rede e na fragmentação do trabalho em equipe. As necessidades de tempo adequado para o atendimento, de fluxos de comunicação eficazes e de encaminhamentos precoces revelam que a qualidade do CP na AD é refém de modelos de gestão muitas vezes hospitalocêntricos e reativos. O vazio de suporte institucional e a escassez de recursos humanos qualificados impõem à enfermagem uma sobrecarga que compromete a integralidade do cuidado.

Em conclusão, as necessidades da EE em CP domiciliar são, fundamentalmente, de natureza relacional e estruturante. Superar o isolamento do profissional no domicílio exige que as instituições assumam o CP como uma prática coletiva, investindo em educação permanente, supervisão clínica e políticas de cuidado com quem cuida. Somente através de uma organização do trabalho que legitime a subjetividade e a competência técnica do enfermeiro será possível garantir um cuidado que honre a dignidade humana até o fim da vida.

Contribuições para a prática

Este estudo oferece uma contribuição relevante ao campo dos CP domiciliares ao dar voz à EE, categoria que sustenta a maior carga horária de assistência direta no domicílio, evidenciando um avanço do campo teórico para o simbólico balizado pela Hermenêutica-Dialética, a pesquisa não apenas descreve tarefas, mas desvela a dor do próprio profissional, legitimando a transformação do sofrimento em potência de cuidado, permeado pela resiliência e pelo suporte coletivo. Em relação a gestão, o estudo aponta necessidades estruturantes —

como a gestão do tempo, a urgência de encaminhamentos precoces e a importância de espaços de escuta — que servem como diretrizes para gestores de Saúde Suplementar que buscam reduzir a fragmentação do cuidado e a fadiga por compaixão nas equipes. Compreendendo ainda, o impacto educativo ao reforçar a necessidade de modelos formativos que integrem a técnica rigorosa à competência ético-relacional, superando a visão de que o CP é uma prática meramente intuitiva ou baseada apenas em "boa vontade".

Limitações do estudo

Embora apresente rigor metodológico e fidedignidade nos relatos, o estudo possui limitações que devem ser consideradas. Primeiro, em relação ao recorte local e específico, por ter sido realizado em um único serviço de AD no âmbito da Saúde Suplementar, os resultados refletem uma realidade organizacional específica, o que limita a generalização dos dados para outros contextos do sistema da Saúde Suplementar. Segundo, a ausência de triangulação de perspectivas, uma vez que o foco exclusivo é a EE, embora tenha permitido um aprofundamento inédito nesta categoria, não incluiu as percepções de outros membros da EI ou dos próprios familiares, o que poderia oferecer uma visão ainda mais polifônica sobre as necessidades assistenciais. Por fim, a natureza transversal, onde a coleta de dados captou o fenômeno em um recorte temporal específico, podendo um acompanhamento longitudinal revelar como essas necessidades e a resiliência dos profissionais evoluem conforme o tempo de exposição à finitude e as mudanças na gestão do serviço. Contudo, é imperativo destacar que, apesar de tais limitações, este estudo cumpre seu papel de profundidade qualitativa ao desvelar nuances da subjetividade e da organização do trabalho que dados quantitativos não alcançariam. Dessa forma, fornece pistas valiosas para futuras pesquisas com enfoque multiprofissional, interdisciplinar e multicêntricas sobre a saúde mental e a consolidação da prática da enfermagem paliativista no cenário brasileiro.

Agradecimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, a qual agradecemos.

Referências

1. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines [Internet]. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002 [citado 03 abr 2026]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>

2. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 ago 5 [citado 03 abr 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado 03 abr 2026]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
4. Pan American Health Organization. Interprofessional health teams for integrated care [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2025 May 21 [citado 03 abr 2026]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/interprofessional-health-teams-integrated-care>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ações interprofissionais na saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 03 abr 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/acoes-interprofissionais>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 2024 maio 22 [citado 03 abr 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
7. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1986 jun 26 [citado 03 abr 2026]; Seção 1:9273. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
8. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab educ saúde [Internet]. 2020;18:e0024678. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
9. Jones M, Thistlethwaite J. Interprofessional practice in palliative care. In: MacLeod RD, Van den Block L, editors. Manual of palliative care. 2nd ed. Cham: Springer; 2025. p. 571-83. doi: 10.1007/978-3-031-48991-4_33
- 10 Machado MMS, Ribeiro FS, Siqueira NR, Campos JL, Santos DPMA. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em cuidado terminal: construção através de revisão integrativa. Nursing (Ed Bras). 2022;25(292):8662-73. doi: 10.36489/nursing.2022v25i292p8662-8673
11. Pesut B, Thorne S, Wright DK, Banwell M. The centrality of nursing in realizing high quality palliative care: exploring Canada's framework on palliative care priorities. BMC Nurs. 2024;23:814. doi: 10.1186/s12912-024-02488-6
12. Phillips JL, Virdun C, Vandersman P, Marshall C. Nursing and palliative care. In: MacLeod RD, Van den Block L, editors. Manual of palliative care. 2nd ed. Cham: Springer; 2025. p. 585-604. doi: 10.1007/978-3-031-48991-4_34
13. Silva BEF, Nascimento NB, Assis VL, Castro CMF, Ferreira GR, Pereira VLD, et al. Atuação do enfermeiro à pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa de literatura. Nursing (Ed Bras). 2024;28(312):9359-65. doi: 10.36489/nursing.2024v28i312p9359-9365
14. Souza JM, Alves ED. Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. Rev Enferm UFPE on line. 2015;9(2):669-76. doi: 10.5205/1981-8963-v9i2a10386p669-676-2015

15. Machado MMS, Ribeiro FS, Siqueira NR, Campos JL, Santos DPMA. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em cuidado terminal: construção através de revisão integrativa. *Nursing (Ed Bras)*. 2022;25(292):8662-73. doi: 10.36489/nursing.2022v25i292p8662-8673
16. Tan L, Sheri S, Goh YY, Fong R, Govindasamy R, Ong YT, et al. Experiences of healthcare professionals providing palliative care in home settings - a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2025;24:83. doi: 10.1186/s12904-025-01728-z
17. Bovero A, Spada MF, Cito AL, Pidinchedda AV, Tosi C, Carletto S. Autocuidado em profissionais de saúde paliativa: um estudo qualitativo. *Nurs Rep*. 2025;15(5):139. doi: 10.3390/nursrep15050139
18. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Qualificação profissional [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; [data desconhecida] [citado 23 ago 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/servicos/trabalhador/qualificacao-profissional>
19. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *Eur J Palliat Care*. 2013;20(2):86-91.
20. Mrayyan MT, Abunab HY, Abu Khait A, Rababa MJ, Al-Rawashdeh S, Algunmeeyn A, et al. Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ Open*. 2023;13(6):e067352. doi: 10.1136/bmjopen-2022-067352
21. Wit RF, de Veer AJE, Batenburg RS, Francke AL. International comparison of professional competency frameworks for nurses: a document analysis. *BMC Nurs*. 2023;22:343. doi: 10.1186/s12912-023-01514-3
22. Sørstrøm AK, Kymre IG, Ludvigsen MS. Nursing care to patients who have the home as the preferred place of death: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24:123. doi: 10.1186/s12913-024-11757-8
23. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Presidente Prudente: panorama [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2024 [citado 03 abr 2026]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/presidente-prudente/panorama>
25. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 6a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013
26. Oliveira S, Guimarães OM, Ferreira JL. As entrevistas semiestruturadas na pesquisa qualitativa em educação. *Rev Linhas*. 2023;24(55):210-236. doi: 10.5965/1984723824552023210
27. Manzini EJ. Considerações sobre a utilização da entrevista na pesquisa. In: Manguiera FEA, organizador. Metodologia da pesquisa social. Maceió: EDUFAL; 2003. p. 19-33.
28. Gomes R. Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. Investigación social: teoría, método y creatividad. 1ª ed. ampl. Remedios de Escalada: EDUNLa Cooperativa; 2023. p. 51-70. (Colección Cuadernos del ISCo, Serie Didáctica). doi: 10.18294/9789878926261

29. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União. 13 jun 2013 [citado 23 fev 2026]; Seção 1:59-62. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
30. Dijkhoorn AF, Raijmakers NJH, van der Linden YM, Leget C, Brom L. Clinicians' perceptions of the emotional impact of providing palliative care: a qualitative interview study. *Palliat Support Care*. 2023;21(5):843-849. doi:10.1017/S1478951522000980
31. Dejours C. Trabalho vivo: trabalho e emancipação. 2nd ed. Vol. 2. São Paulo: Blucher; 2022.
32. Adia R. Compassion fatigue in the community nursing workforce: a scoping review. *Br J Community Nurs*. 2023;28(9):456-462. doi:10.12968/bjcn.2023.28.9.456
33. Alodhialah AM, Almutairi AA, Almutairi M. Exploring emotional resilience and coping strategies of nurses in palliative and end-of-life care contexts in Saudi Arabia: a qualitative study. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(16):1647. doi:10.3390/healthcare12161647
34. Higashibata T, Hamano J, Nagaoka H, Sasahara T, Fukumori T, Arahata T, Kazama I, Maeno T, Kizawa Y. Work environmental factors associated with compassion satisfaction and end-of-life care quality among nurses in general wards, palliative care units, and home care settings: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2023;143:104521. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.104521
35. Powell M, Froggatt K, Giga S. Resilience in inpatient palliative care nursing: a qualitative systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;10:79–90. doi:10.1136/bmjspcare-2018-001693
36. Tan F, Wu Y, Li N, et al. Job burnout and resilience among palliative care professionals in China: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2025;24:2. doi:10.1186/s12904-024-01638-6
37. Ibrahim AM, Zaghmir DEF, Elsehrawy MG, et al. Impact of job crafting and work engagement on the mental and physical health of palliative care nurses. *BMC Nurs*. 2025;24:404. doi:10.1186/s12912-025-03058-0
38. Mallon A, Mitchell G, Carter G, et al. A rapid review of evaluated interventions to inform the development of a resource to support the resilience of care home nurses. *BMC Geriatr*. 2023;23:275. doi:10.1186/s12877-023-03860-y
39. Firmino F, Trotte LAC, Silva RS, Rodrigues DP, Sellmer D, Rodrigues IG, Marques IRS, Franco ME, orgs. Competências do enfermeiro especialista em cuidados paliativos no Brasil [Internet]. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2022 [citado em 06 fev 2026]. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Diagnostico_CompetenciasEnfermeiroEspecialista_final.pdf
40. Fernandes AS, Martins FJG, Maia SRT, Santos JS, Martins WA, Barreto JAPS, Martins RMG, Carvalho ACO, Dantas JS, Fernandes FLG. Papel do enfermeiro nos cuidados paliativos no contexto da assistência domiciliar. *REAS [Internet]*. 2025;25(9):e19497 [citado em 2 fev 2026]. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/19497>
41. Hökkä M, Ravelin T, Coupeze V, Vereecke D, Brennan J, Mathe T, Brandstötter C, Paal P, Spanu DE, Mitrea N. Core palliative care competencies for undergraduate nursing education:

international multisite research using online nominal group technique. *J Palliat Care*. 2024;39(3):217-226. doi:10.1177/08258597241244605

42. Skedsmo K, Nes AAG, Stenseth HV, et al. Aprendizagem baseada em simulação em cuidados paliativos na educação de enfermagem de pós-graduação: uma revisão de escopo. *BMC Palliat Care*. 2023;22:30. doi:10.1186/s12904-023-01149-w

43. Masharipova A, Nurgaliyeva N, Derbissalina G, Blaževičiene A. Evidence-based practice in palliative care nursing. *New Armen Med J*. 2024;18(4):91-97. doi:10.56936/18290825-4.v18.2024-91

44. Fonseca LS, Carvalho BC, Santos HO, Silva JM, Santos JCO, Ferreira LLL, Kameo SY. Atuação do enfermeiro em cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Cancerol [Internet]*. 2022;68(1):e-071383 [citado 02 fev 2026]. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1383>

45. Nascimento FA, Santos LC, Mazzoni V, Andrade KBS, Souza NVDO, Carvalho EC. Cuidado domiciliar na finitude e o conteúdo relevante para a formação dos profissionais de enfermagem. *Rev Enferm Atual In Derme [Internet]*. 2024;98(2):e024299 [citado em 2 fev 2026]. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/2151>

46. Peres DN, Corrêa ALN, Ribeiro WA, Felício FC, Póvoa FCC. Desafios da humanização na assistência de enfermagem a pacientes em cuidados paliativos. *REASE [Internet]*. 2025;2(1):262-277 [citado em 4 fev 2026]. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/19978>. doi:10.51891/rease.v2i01.19978

47. Soares S, Pinho C, Bastos E, Ferreira L. Contributos das intervenções dos enfermeiros na comunicação em cuidados paliativos: scoping review. *RIIS [Internet]*. 2024;7(1):1-15 [citado em 4 fev 2026]. Disponível em: <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/303>. doi:10.37914/riis.v7i1.303

48. McMillan K, Jyothi Kumar S, Bainbridge D, Kortés-Miller K, Winemaker S, Kilbertus F, et al. Increasing interprofessional collaboration in community-based palliative care: a pilot study of the CAPACITI education program for primary care providers. *J Interprof Care*. 2024;38(5):799-806. doi:10.1080/13561820.2024.2375631.

49. Anita A, Septian RB, Ghozali L. Papéis e desafios dos enfermeiros em cuidados paliativos domiciliares interprofissionais: uma revisão sistemática de estudos qualitativos. *Am J Hosp Palliat Med*. 2025;0(0). doi:10.1177/10499091251371145.

50. Dakka FJ. Nurses barriers to evidence-based practice in palliative care: a systematic review. *SAGE Open Nurs*. 2022;8:23779608221142957. doi:10.1177/23779608221142957.

51. Ma C, Fang Y, Zhang H, Zheng Y, Zhang Y, Zhao W, Yan G, Zeng Y, Zhang Y, Ning X, Jia Z, Guo N. Nurse-delivered telehealth in home-based palliative care: integrative systematic review. *J Med Internet Res [Internet]*. 2025;27:e73024 [citado em 6 fev 2026]. Disponível em: <https://www.jmir.org/2025/1/e73024>. doi:10.2196/73024

52. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Time for better care at the end of life [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [citado em 10 fev 2026]. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/time-for-better-care-at-the-end-of-life-ed1e058a-en.htm>

53. Kesonen P, Salminen L, Kero J, Aappola J, Haavisto E. An integrative review of interprofessional teamwork and required competence in specialized palliative care. *Omega (Westport)*. 2024;89(3):1047-1073. doi:10.1177/00302228221085468

54. Al-Atiyat N, Ibraheemi AA, Rababa M, Othman WM, Khait AA, Jaradat DAS. Public awareness of palliative care: a nationally representative sample of Jordanian adults. *J Pain Symptom Manage*. 2024;68(2):123-131. doi:10.1016/j.jpainsymman.2024.04.016

Declaração de contribuição dos autores

Medeiros Junior, E. R.: Conceituação, Metodologia, Investigação, Análise Formal, Escrita – Rascunho Original.

Moraes, M. A. A. (Orientadora): Conceituação, Metodologia, Investigação, Análise Formal, Supervisão, Escrita – Revisão e Edição.

Higa, E. F. R. (Coorientadora): Conceituação, Metodologia, Investigação, Análise Formal, Supervisão, Escrita – Revisão e Edição.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Declaração de disponibilidade de dados da pesquisa

O conjunto de dados de apoio aos resultados deste estudo não está disponível ao público.

Declaração de uso de IA

A ferramenta de inteligência artificial Gemini 3 *Flash* foi utilizada exclusivamente para auxiliar na revisão ortográfica, gramatical e coesão textual do manuscrito. Todo o conteúdo intelectual, análise de dados, interpretação qualitativa e redação original foram realizados integralmente pelos autores humanos.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.