

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS E PROCESSO ATIVO DE MORTE

Amanda Farnetani¹, Deisieli de Paula¹, Diogo de Brito Alvarenga¹, MSC Simone Conceição Maciel²

¹Discente do Curso de Enfermagem _ UNISEPE – UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISA LTDA Faculdades Integradas Asmec/ Curso de Enfermagem/Av. Dr. Professor Antônio Eufrásio de Toledo, 100 – Jd. Dos Ipês – ouro Fino (MG) – 37570-000, e-mail asmec@asmec.br ²Docente do Curso de Enfermagem

Resumo

Este estudo tem por objetivo abordar e avaliar a assistência de enfermagem nos cuidados paliativos e no processo ativo de morte, destacando o papel fundamental da enfermagem na avaliação contínua, manejo de sintomas e suporte emocional aos pacientes e familiares. Este estudo foi conduzido com abordagem quantitativa, de natureza descritiva e delineamento transversal, com o objetivo de avaliar o conhecimento paliativo e no processo ativo de morte. A amostra foi composta por 41 profissionais de enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário eletrônico estruturado, elaborado no Google Forms, contendo questões fechadas. O questionário foi aplicado entre os meses de agosto a setembro de 2025. O estudo mostra que a maioria dos profissionais tem bom entendimento sobre a diferença entre cuidados paliativos e curativos, mas há ambivalência sobre o momento ideal para iniciar os cuidados paliativos. A comunicação com pacientes e famílias durante a morte foi reconhecida, mas um quarto dos profissionais se sente afastado desse processo. A identificação dos sinais de morte e a consideração de aspectos espirituais foram bem avaliadas, mas há necessidade de maior sensibilização ética. A percepção sobre o impacto dos cuidados paliativos na qualidade de vida foi unânime, e a maioria se sente preparada para cuidar de pacientes terminais, embora alguns indiquem necessidade de mais treinamento. A identificação de dor foi considerada boa, mas ainda há espaço para melhorar a avaliação sistemática. A discussão multiprofissional é desigual e sugere a necessidade de reuniões clínicas regulares. A familiaridade com sedação paliativa foi alta. O estudo destaca uma base teórica sólida e boa prática, mas também aponta a necessidade de treinamento contínuo.

Palavras-chave: cuidados paliativos, enfermagem, processo ativo de morte, comunicação, manejo de sintomas.

Área do Conhecimento: Enfermagem

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos constituem uma abordagem integral voltada a aliviar o sofrimento e promover a melhor qualidade de vida possível diante de doenças ameaçadoras da vida, sem acelerar nem adiar a morte, articulando avaliação precoce, manejo de sintomas e suporte psicossocial e espiritual no âmbito multiprofissional (OMS, 2002/atualizações).

Os Cuidados Paliativos são cuidados que não tem por foco a cura de uma devida condição de saúde, mas sim o aumento da qualidade de vida de um paciente. Estes cuidados são ofertados principalmente para aqueles que não podem ser curados de uma doença, ou seja, que não respondem mais de forma positiva a tratamentos com fins curativos. Nessa moldura conceitual. (silva,2017).

A enfermagem ocupa lugar estratégico por estar na linha de frente do cuidado, têm como principal missão uma assistência integral e que proporcione uma morte digna ao paciente. Enquanto há uma necessidade de humanização do processo de morte, a dignidade surge

da discussão que é levantada pela bioética em torno deste modelo de assistência, tendo como consequência uma boa morte, com respeito à figura humana (Gomes 2017).

Porém a primeira perspectiva de Cuidados Paliativos que teve impacto real na área da saúde nasceu do ideal de assistência ao doente em fase terminal, idealizado por Cicely Saunders. Tal modo de olhar, gerir e executar estes cuidados daria início a uma nova linha de pensamento quando se trata do doente com prognóstico de morte, dando origem a um novo modelo assistência (Mc Coughlan. 2003).

O primeiro parecer da OMS em relação aos Cuidados Paliativos surge 30 anos depois de sua origem, em 1990, sendo divulgado em 90 países, e 15 idiomas distintos, colocando-os como quarto alicerce da assistência, junto da prevenção, diagnóstico e tratamento. Apesar de ser colocada como pilar, sua definição se limitou aos cuidados prestados a pacientes com câncer. O que apesar de ser distante da abrangência que os cuidados paliativos têm hoje, é um grande avanço para a área da saúde, trazendo a atenção dos profissionais para a assistência na terminalidade (Franco, 2017).

Mais tarde, a assistência paliativa se tornaria discutível com familiares e o paciente desde o diagnóstico de uma doença terminal, até o processo de morte e morrer. O que se evidencia pela reafirmação dos cuidados paliativos da OMS, os tornando aplicáveis no tratamento inicial de doenças terminais, integrados ao tratamento curativo. Tal afirmação declara que o diagnóstico de doenças agravantes deve ser realizado precocemente, para que o paciente possa ser avaliado, e a partir desta avaliação, possa ter uma assistência planejada, observando-o em todos os seus aspectos, bem como físicos, psicossociais e espirituais (Moritz, 2011).

Para que os Cuidados Paliativos sejam integrais, e possam possibilitar um processo de morte humanizado, contemplando todas as necessidades do paciente, sejam fisiológicas, psicossociais e espirituais, deve se haver a participação na construção do cuidado de uma equipe multidisciplinar, que pode ser composta por medicina, enfermagem, enfermagem técnica, fisioterapia, nutrição, farmácia, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, voluntários, mas também de profissionais que possam suprir as necessidades espirituais do paciente,

como assistentes espirituais, de acordo com a vontade do paciente e também de seus familiares (Santana JCB, et al, 2017)

No Brasil, os Cuidados Paliativos começam a serem postos em prática nos anos 90, mais especificamente no final da década, dado o primeiro parecer da OMS em relação a este tipo de assistência. Porém, apesar de hoje os cuidados paliativos possuírem uma base sólida, e estarem bem definidos para todos os profissionais que atuam no cuidar, ainda existem diversas dificuldades no que diz respeito a sua aplicabilidade (Maciel, 2008).

A principal dificuldade está relacionada em como executar um plano de assistência que promova conforto e alívio sintomático em todas as etapas do processo de morte e morrer, e não um cuidado doloroso, traumático, que prolongue a chegada da morte e o sofrimento presente nesse processo (Maciel, 2008). Nisto se discute o conceito de boa morte, ou qual seria o ideal de processo de morte e morrer.

Outra dificuldade encontrada esta relacionada com o respeito e a forma de lidar das equipes de saúde, frente à autonomia do paciente e seus familiares, dada a situação de que

estes têm total direito de decidir a conduta da assistência, o que já não tem acontecido com as equipes que estão familiarizadas com os Cuidados Paliativos e sua filosofia (Oliveira 2010). O que muita das vezes acontece devido aos padrões, o poder, ou a perspectiva do profissional de saúde enquanto detentor de conhecimento da ciência da saúde (Oliveira 2010).

No processo ativo de morte — usualmente descrito como as últimas horas a dias de vida — intensificam-se alterações clínicas e funcionais, exigindo da equipe de enfermagem competências técnicas e relacionais para reconhecer sinais de declínio, ajustar intervenções focadas em conforto, prevenir sofrimento evitável e apoiar rituais e necessidades familiares com sensibilidade e clareza comunicacional (materiais técnicos e estudos nacionais) (INCA 2023).

A atuação responsável nessa etapa demanda julgamento clínico contínuo, alinhamento ético, de modo a preservar dignidade, aliviar sintomas prioritários, sendo necessário que haja fundamentos nos quais a assistência na terminalidade esteja firmada, regrando o exercício profissional, e direcionando o cuidado, a fim de que os Cuidados Paliativos não tenham o seu foco, que é o paciente, e ideal

distorcido, que são a promoção de qualidade de vida na morte, ou seja, proporcionar uma morte com dignidade (Silveira 2014).

Apesar de já não existir uma discussão sobre a manutenção da vida nos Cuidados Paliativos em relação ao processo de Morte e Morrer, como a morte pode ser afirmada como uma certeza, e as condições já estabelecidas são irreversíveis, a vida se torna o foco em si, ou a “vida na morte”, ou seja, os cuidados paliativos procuram proporcionar maior qualidade de vida no processo até a chegada da morte (Wittmann-Vieira 2012).

A enfermagem, enquanto profissão que tem por instrumento a prescrição de cuidados possui um papel fundamental na assistência paliativa, e por isto, deve ter uma assistência que siga o modelo firmado na bioética dos cuidados paliativos. Porém, a bioética enquanto ciência em desenvolvimento amplia cada vez mais sua discussão em relação aos temas inerentes a vida humana. Então, torna-se necessário cada vez mais estabelecer o papel do profissional diante deste tipo de assistência, e muito mais ainda no que diz respeito ao processo de morte e morrer, onde o paciente se depara com a finitude.

Este estudo teve por objetivo abordar e avaliar a assistência de enfermagem nos cuidados paliativos e no processo ativo de morte, destacando o papel fundamental da enfermagem na avaliação contínua, manejo de sintomas e suporte emocional aos pacientes e familiares.

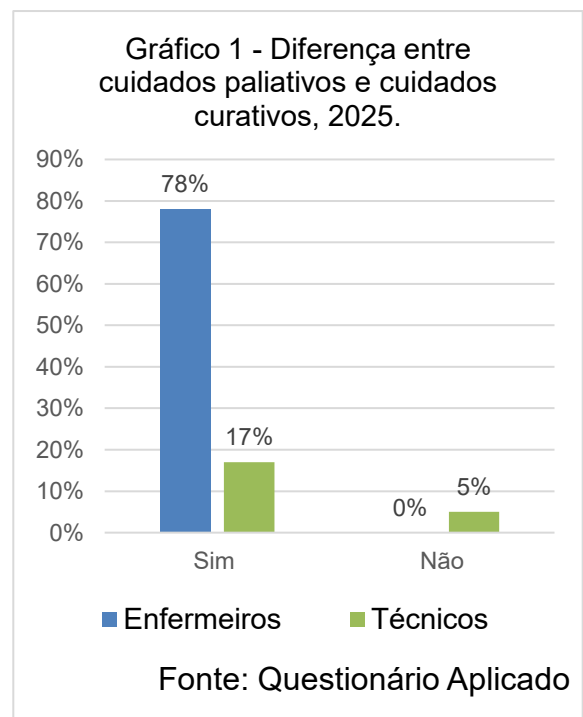
Metodologia

Este estudo foi conduzido com abordagem quantitativa, de natureza descritiva e delineamento transversal, com o objetivo de avaliar o conhecimento paliativo e no processo ativo de morte. A amostra foi composta por 41 profissionais de enfermagem, sendo 28 enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem, selecionados por conveniência. Os critérios de inclusão consideraram profissionais técnicos e enfermeiros que já atuaram ou atuam em setores com pacientes com cuidados paliativos e no processo ativo de morte e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário eletrônico estruturado, elaborado no Google Forms, contendo questões fechadas. O questionário foi aplicado entre os meses de agosto de 2025 e setembro de 2025, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 7.641.468,

respeitando os princípios éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e consentiram voluntariamente em participar, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas. Os dados quantitativos foram organizados em planilhas e analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas.

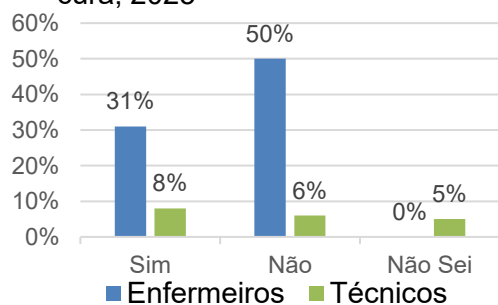
Resultados

A pesquisa foi realizada com 41 profissionais de enfermagem (28 enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem) atuantes na Casa de Caridade de Ouro Fino.



No gráfico 1 é possível notar domínio conceitual sobre a diferença entre cuidados paliativos e curativos mostrou-se muito alto na amostra: 95,1% responderam “sim”, enquanto 4,9% indicaram “não”, sem respostas intermediárias; esse padrão sugere que a base teórica necessária para sustentar decisões clínicas e comunicação com pacientes e famílias está solidamente estabelecida.

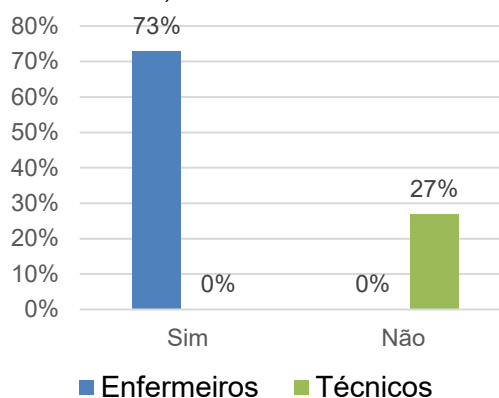
Gráfico 2 - Os cuidados paliativos devem começar apenas quando não há mais possibilidade de cura, 2025



Fonte: Questionário Aplicado

No gráfico 2 é no que se refere quanto ao momento de iniciar cuidados paliativos, observou-se ambivalência relevante: 56% discordaram de iniciar apenas quando não há possibilidade de cura, 39% concordaram e 5% não souberam opinar; esse cenário reforça a necessidade de alinhamento institucional sobre a introdução precoce dos cuidados paliativos, evitando que a abordagem seja postergada e perca seu potencial de benefício integral.

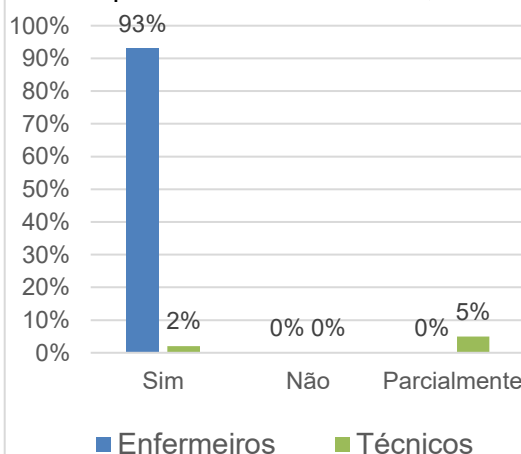
Gráfico 3 - Papel ativo na comunicação com o paciente e a família durante o processo ativo de morte, 2025.



Fonte: Questionário Aplicado

No gráfico 3, vemos participação ativa na comunicação com o paciente e a família durante o processo ativo de morte foi amplamente reconhecida: 73,2% responderam “sim” e 26,8% “não”; a maioria relata engajamento, mas um quarto dos profissionais ainda se sente à margem dessa frente crítica do cuidado, apontando a utilidade de treinamentos em comunicação difícil e tomada de decisão compartilhada.

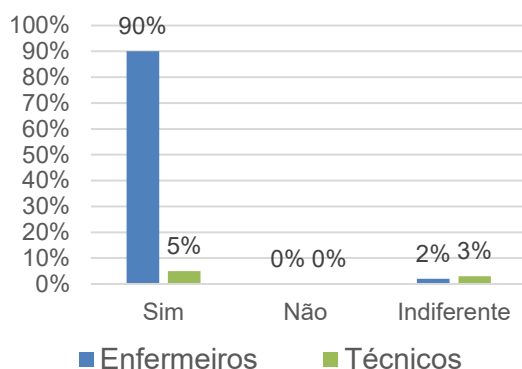
Gráfico 4 - Identifica os sinais do processo ativo de morte, 2025.



Fonte: Questionário Aplicado

O gráfico 4 demonstra o reconhecimento de sinais clínicos do processo ativo de morte foi elevado: 95% “sim” e 5% “parcialmente”, sem respostas negativas; esse achado indica proficiência para identificar transições de fim de vida (por exemplo, cianose, respiração irregular, extremidades frias), condição indispensável para ajustar metas de cuidado e priorizar conforto.

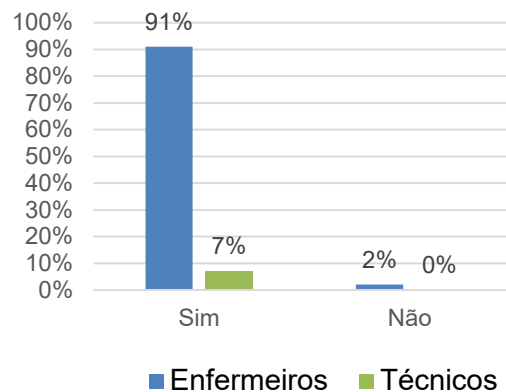
Gráfico 5 - Espiritualidade, crença e valores do paciente devem ser levados em consideração na assistência de enfermagem, 2025.



Fonte: Questionário Aplicado

O gráfico 5 mostra que a consideração de espiritualidade, crenças e valores mostrou alta adesão: 95% “sim” e 5% “indiferente”; embora minoritária, a postura indiferente sugere espaço para sensibilização ética e cultural, reforçando a integralidade da assistência e o respeito a preferências que orientam planos de cuidado no fim da vida.

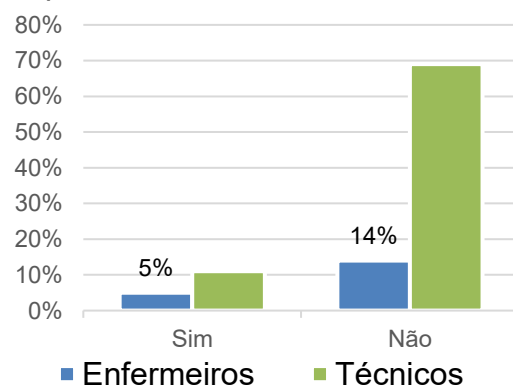
Gráfico 6 - Acredita que os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida do paciente, 2025.



Fonte: Questionário Aplicado

No gráfico 6 demonstra que a percepção do impacto dos cuidados paliativos na qualidade de vida foi praticamente consensual: 97,6% “sim” e 2,4% “não”; esse consenso confere legitimidade à abordagem e sustenta a priorização de intervenções pautadas em controle de sintomas, bem-estar e apoio psicossocial ao longo da trajetória de adoecimento.

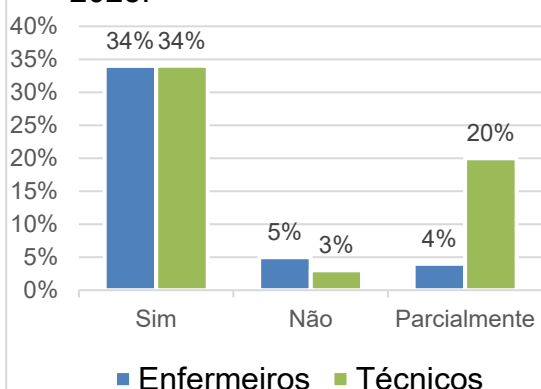
Gráfico 7 - Dificuldade para lidar com a morte do paciente, 2025.



Fonte: Questionário Aplicado

O gráfico 7, mostra que lidar com a morte do paciente permanece um ponto sensível: 80,5% relataram não ter dificuldade e 19,5% relatam ter dificuldade, a proporção de profissionais em sofrimento reforça a importância de estratégias institucionais de cuidado ao cuidador, supervisão, debriefing pós-evento e educação permanente voltada para resiliência e saúde mental.

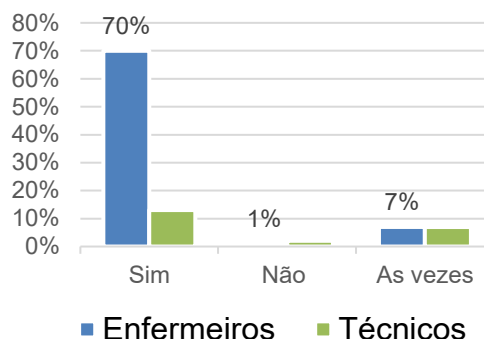
Gráfico 8 - Sente-se preparado(a) para cuidar de um paciente em fase terminal, 2025.



Fonte: Questionário Aplicado

O gráfico 8, aborda a autopercepção de preparo para cuidar de pacientes em fase terminal revelou base sólida com nuances: 68% “sim”, 24% “parcialmente” e 8% “não”; a expressiva fatia “parcialmente” sugere que iniciativas de educação continuada e mentoria podem converter autoconfiança intermediária em competência plena, com impacto direto na qualidade assistencial.

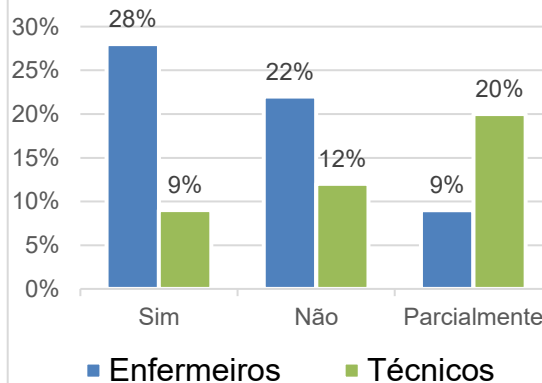
Gráfico 9 - Identifica sinais e sintomas de dor e desconforto do paciente, 2025.



Fonte: Questionário Aplicado

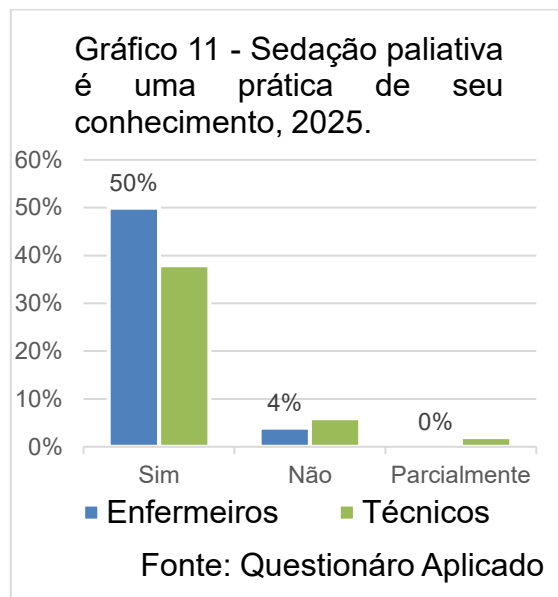
No gráfico 9 abordou-se a identificação de dor e desconforto foi majoritária: 83% “sim”, 14% “às vezes” e 3% “não”; embora a capacidade seja ampla, a presença de respostas intermediárias indica valor em reforçar protocolos de avaliação sistemática (por exemplo, escalas validadas e reavaliação periódica) para garantir consistência entre profissionais e turnos.

Gráfico 10 - Há espaço para discussão de casos paliativos entre equipe multiprofissional, 2025.



Fonte: Questionário Aplicado

O gráfico 10 demonstra a existência de espaço para discussão multiprofissional mostrou-se heterogênea: 36,6% “sim”, 34,1% “não” e 29,3% “raramente”; a distribuição sugere que, em muitos cenários, as discussões ainda dependem de iniciativas pontuais, reforçando a necessidade de institucionalizar reuniões clínicas regulares, com agenda, indicadores e feedbacks estruturados.



O gráfico 11 mostra a familiaridade com sedação paliativa foi alta: 87,8% “sim”, 9,8% “parcialmente” e 2,4% “não”; embora o conhecimento declarado seja amplo, a fração “parcialmente” indica a importância de consolidar critérios de indicação, monitorização e comunicação com familiares, assegurando uniformidade e segurança clínica.

Discussão

Segundo World Health Organization (WHO 2022), os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previnem e aliviam o sofrimento por meio da identificação precoce, da avaliação correta e do tratamento da dor e de outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais. O elevado domínio conceitual encontrado nesta amostra no gráfico 1, 95% “sim” refere saber diferenciar cuidado paliativo de curativo.

Em 2010, Temel et al. (2010) publicaram um estudo de alto impacto para o campo, ao comparar a assistência provida no modelo tradicional e no modelo dos Cuidados Paliativos precoces. Além do grupo que recebeu Cuidados Paliativos precoces apresentar melhores autoavaliações de qualidade de vida e menores índices em escalas que medem transtornos de humor, esses pacientes viveram em média três meses mais que o grupo que recebeu a assistência no modelo tradicional. A partir dessa pesquisa, muito tem sido estudado e cada vez mais comprova-se que os cuidados

paliativos precoces, no modelo proposto pela OMS, são factíveis e trazem impactos positivos para a vida dos pacientes.

Assim, torna-se possível elencar como principais norteadores da assistência em cuidados paliativos: prevenção e controle de sintomas; intervenção psicossocial e espiritual; paciente e família como unidade de cuidados; autonomia e independência, comunicação e trabalho em equipe multiprofissional

Hermes e Lamarca (2013) discutem que o profissional de enfermagem é fundamental para equipe de cuidados paliativos, pela essência de sua formação que se baseia na arte do cuidar. A importância da categoria a esses cuidados ficou evidente desde os primórdios da ideologia, partindo do princípio que essa maneira de cuidar do paciente oferecendo qualidade de vida nos seus últimos dias.

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012/2020) Uma abordagem precoce também permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base, além de propiciar o diagnóstico e tratamento adequados de doenças que possam cursar paralelamente à doença principal. Uma

boa avaliação embasada nos exames necessários, além da definição da capacidade funcional do paciente são indispensáveis para a elaboração de um plano integral de cuidados, adequado a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença. O que ilumina a ambivalência do gráfico 2: 56% discordam de iniciar Cuidado Paliativo apenas quando não há cura, mas 39% ainda concordam, revelando persistência de visões tardias que os manuais nacionais procuram superar com protocolos e educação permanente. Estar em Cuidados Paliativos não significa ser privado dos recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina pode oferecer. Deve-se usá-los de forma hierarquizada, levando-se em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados. Começar precocemente a abordagem paliativa permite a antecipação dos sintomas, podendo preveni-los. A integração do paliativista com a equipe que promove o tratamento curativo possibilita a elaboração de um plano integral de cuidados, que perpassa todo o tratamento, desde o diagnóstico até a morte e o período após a morte do doente.

De acordo com D'Alessandro et al. (2023), a comunicação terapêutica e

a tomada de decisão compartilhada são eixos estruturantes do cuidado, o que dialoga com o gráfico 3 onde 73% “sim” para papel ativo na comunicação e indica que, embora a maioria participe, 27% ainda carecem de suporte para integrar-se plenamente às conversas difíceis do fim de vida. Quanto à visão do processo de morte, pode ser afirmado que os pacientes que entram em protocolo de Cuidados Paliativos no processo de Morte são pacientes em sua grande maioria, que permaneceram por um longo período com a equipe, que serem tratados por um longo período, onde os profissionais depositaram seus esforços e criaram vínculos mesmo que simples, e serem os mesmos pacientes que virão ir a óbito.

Materiais técnicos brasileiros sobre fase ativa de morte descrevem sinais clínicos como padrão respiratório irregular, cianose e extremidades frias, orientando reavaliação contínua e foco no conforto; nesse sentido, o gráfico 4 (95% “sim” e 5% “parcialmente” para identificar sinais do processo ativo de morte, denota competência clínica compatível com as diretrizes, sustentando intervenções oportunas no declínio terminal. Segundo Franco (2017) em relação aos Cuidados Paliativos no processo de Morte, a

Bioética defende o que chamamos de ortotanásia. Sendo ela o limite da conduta médica no processo de terminalidade, fundamentado nos princípios da bioética, em um conjunto de cuidados. A ortotanásia se refere então, ao processo de morte que ocorre de forma natural, sem que haja aceleração da morte, ou o seu prolongamento. É uma morte natural, porém assistida pela equipe multiprofissional de saúde, de forma que supra todas as necessidades do cliente, bem como aliviando e prevenindo os possíveis agravos, seguindo então, os princípios do Cuidado Paliativo.

WHO (2022) e ANCP (2012/2020) reconhecem espiritualidade e valores como dimensões indissociáveis do sofrimento total; no gráfico 5, 95% sim e 5% “indiferente” mostra que essa dimensão já é incorporada no cotidiano, restando sensibilizar a minoria indiferente para registro estruturado de preferências e integração do suporte espiritual. Franco (2017) afirma que a espiritualidade permite que o paciente e todos aqueles envolvidos em sua rotina, familiares, profissionais, encontrem sua unidade, tendo uma noção muito mais ampla sobre a vida e o seu papel nela,

repensando os valores que cercam situações como a morte eminente, e encontrando um sentido natural e pleno para que esse tipo de situação com toda e qualquer pessoa.

O entendimento de que Cuidados Paliativo melhoram a qualidade de vida é amplamente documentado por INCA (2023) e por guias internacionais, o gráfico 6 confirma esse consenso local 98% “sim”, legitimando a priorização de controle de sintomas, apoio psicossocial e planejamento de metas alinhadas a valores pessoais ao longo da trajetória de adoecimento. Franco (2017) diz que a possibilidade de maior qualidade de vida surge da proposta que os Cuidados Paliativos têm em relação ao processo de adoecimento e o processo de morte, tendo como objetivo resgatar a dignidade humana do paciente que tem diagnóstico de morte eminente, por meio de um plano terapêutico que esteja embasado nos princípios da bioética, promovendo a autonomia do paciente e/ou familiares.

Publicações do INCA e do PROADI-SUS reconhecem o impacto emocional do trabalho com morte e luto e recomendam políticas de cuidado ao cuidador; como abordado no gráfico 7, 80,5% relatam dificuldade para lidar com a morte. A enfermagem em

Cuidados Paliativos no processo de morte vê diariamente o sofrimento destes pacientes e de seus familiares na espera da morte, até que ela chegue. Tais eventos tornam-se cotidiano da profissão, porém na maioria das vezes, os profissionais não sabem como lidar estas situações. Isto é um evento comum nos profissionais, onde já não conseguem enxergar a morte como natural. Então é necessário que a Enfermagem desenvolva estratégias para que isto não lhe afete tão nocivamente em longo prazo.

A autopercepção de preparo em fim de vida (gráfico 8: 68% “sim”, 24% “parcialmente” e 8% “não”), Hermes e Lamarca (2013) falam que a morte é um tabu a ser desconstruído por todas as categorias. Alguns artigos mencionam a mesma como um fracasso para o profissional, ao invés de um episódio que faz parte da vida. A dificuldade em lidar com a morte é mencionada nos textos, o que faz com que muitos profissionais encontrem alternativas para não se depararem com a situação: mascaram a morte, fogem dos pacientes terminais.

No manejo de dor e desconforto, revisões para profissionais de saúde enfatizam uso de escalas validadas e reavaliação sistemática; o gráfico 9

(82,9% “sim”, 14,6% “às vezes”, 2,4% “não”) as escalas de dor devem ser consideradas pela equipe de enfermagem como valiosos instrumentos para o manejo correto da dor dos pacientes. A enfermagem precisa realizar continuamente análises das escalas disponíveis a fim de que se escolha aquela mais direcionada para o tipo de paciente em questão. Esta conduta não deve ser praticada de forma padronizada e sim conforme a demanda do paciente.

A literatura nacional defende reuniões clínicas regulares e integração interprofissional para decisões consistentes; o gráfico 10 (36,6% “sim”, 34,1% “não”, 29,3% “raramente”) de acordo com um estudo realizado por Silva, Pereira e Mussi (2015) o trabalho da equipe multidisciplinar em cuidados paliativos, tira o foco voltado para a cura da doença e visa a promoção de qualidade de vida deste paciente. Torna-se imprescindível o trabalho mútuo entre os profissionais para que ocorra uma assistência completa, abrangendo todas as necessidades do paciente e de seus familiares. Em cuidados paliativos desenvolver a habilidade de comunicação é um fator essencial para aqueles que compõe a equipe

multidisciplinar. Pois é por meio da comunicação efetiva entre profissionais, pacientes e familiares que muitas barreiras são ultrapassadas promovendo uma assistência de qualidade (SILVEIRA *et al.*, 2016).

Diretrizes nacionais preconizam sedação paliativa para sofrimento refratário, com critérios, monitorização e consentimento informado; o gráfico 11 (87,8% “sim”, 9,8% “parcialmente”, 2,4% “não”) indica familiaridade elevada e, ao mesmo tempo, espaço para padronização institucional que garanta segurança clínica e comunicação transparente, Cardoso (2024) diz que a sedação paliativa é uma importante terapia de conforto para os pacientes no fim da vida, como ocorre nos casos de pacientes oncológicos terminais. É utilizada como recurso, forma de conduta e cuidado através do alívio dos sintomas, promovendo o maior bem-estar possível, mesmo quando a cura não é possível. A sedação paliativa é feita de modo com que o paciente possa viver seus momentos restantes com maior conforto.

Conclusão

A Enfermagem desempenha papel central na humanização da assistência, pois cabe ao enfermeiro

identificar e atender às necessidades reais do paciente, sejam elas expressas de forma verbal ou não verbal, articulando-se, quando necessário, com a equipe multiprofissional. Contudo, para que essa atuação seja efetiva, é imprescindível que o profissional compreenda os fundamentos e objetivos dos Cuidados Paliativos, diferenciando-os da prática tradicional, curativa e intervencionista.

Apesar de um bom domínio teórico por parte dos profissionais, evidencia-se uma importante lacuna na capacitação prática, resultado direto da insuficiência de treinamentos estruturados e da falta de investimento institucional em educação permanente. Essa carência também se reflete na inexistência de políticas robustas de suporte técnico e emocional, comprometendo a qualidade da assistência e a comunicação com pacientes e familiares.

Embora o reconhecimento dos sinais de terminalidade e o manejo sintomático façam parte do cotidiano assistencial, ainda há necessidade de padronização de protocolos e maior apoio da instituição para consolidar essas práticas.

Conclui-se que a qualificação contínua da equipe de enfermagem,

aliada ao comprometimento institucional com investimentos, capacitações e espaços de discussão clínica, é essencial para fortalecer um modelo de cuidado paliativo ético, integral e verdadeiramente centrado na pessoa. Somente com respaldo técnico e estrutural adequado será possível aprimorar a assistência no processo de morrer, garantindo mais conforto, empatia e humanização no fim da vida.

Dedicatória

Dedicamos este trabalho, acima de tudo, ao Senhor, nosso Deus, que nos concedeu o sopro de vida, nos fortaleceu nos momentos de fraqueza, nos guiou em cada escolha e nos sustentou até a conclusão desta etapa tão importante. Sem a Sua presença, nada disso seria possível.

Às nossas famílias, que foram o nosso alicerce durante toda essa jornada. A cada gesto de amor, palavra de incentivo, compreensão diante das ausências e renúncias que o caminho acadêmico exigiu, deixamos aqui o nosso mais profundo reconhecimento e gratidão. Vocês são a razão pela qual persistimos.

Aos nossos amigos, que dividiram conosco tanto os sorrisos quanto os desafios, tornando os dias mais leves e nos lembrando que,

mesmo em meio à correria, a vida pode ser doce e cheia de significado.

Aos nossos professores, que não apenas compartilharam conhecimento, mas também foram exemplos de dedicação, ética e compromisso. Cada ensinamento, cada orientação e cada palavra de apoio marcaram nossa formação e nos inspiraram a seguir com responsabilidade e paixão a profissão que escolhemos.

Este trabalho é fruto de muitos sonhos, esforços, lágrimas e conquistas. A cada pessoa que, de forma direta ou indireta, nos estendeu a mão e acreditou em nós, dedicamos não apenas estas páginas, mas todo o propósito que elas carregam.

E, para resumir a essência de nossa missão como futuros enfermeiros, deixamos registrada a verdade que nos acompanha:

“Eu faço o curativo, Deus vem e cura.”

Referências

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012; materiais complementares e atualizações, 2020. Disponível em: <[https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-](https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf)

[content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf](https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf)>

Acesso em 21 jun. 2025.

D'Alessandro, M. P. S. (ed.). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. revisada e ampliada. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde (PROADI-SUS), 2023. Disponível em: <<https://hospitais.proadi-sus.org.br/manual-cuidados-paliativos.pdf>> Acesso em 21 jun. 2025.

Hermes, H.R, Lamarca ICA. **Cuidados Paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. Cien Saude Colet. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/cuidados-paliativosuma-abordagem-a-partir-das-categorias-profissionais-de-saude/13272?id=13272>> Acesso em 21 jun. 2025.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf> Acesso em 21 jun. 2025.

Almeida, N. B. S. de, & Carvalho, A. A. H. (2024). **A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS EM AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO DE LITERATURA.** International Journal of Health Management Review, 10(1), e389 Disponível em:<<https://doi.org/10.47172/ijhmreview.v10i1.389>> Acesso em 21 jun. 2025.

WHO — World Health Organization. **Palliative care: key facts.** 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>> Acesso em 21 jun. 2025.

Picollo DP, Fachini M. **A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo.** Rev Ciênc Med. 2018;27(2):85-92. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a3855>> Acesso em 21 jun. 2025.

“Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem.” Acta paul. enferm. 19 (2) • Jun 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200004>> Acesso em 21 jun. 2025.

Saúde do Idoso: **O processo ativo de morte de pacientes em cuidados paliativos.**” Capítulo 5, s.d. Disponível em: <https://sistema.editorapasteur.com.br/uploads/pdf/publications_chapter/O%20PROCESSO%20ATIVO%20DE%20ORTE%20DE%20PACIENTES%20EM%20CUIDADOS%20PALIATIVOS-dd44d322-9b98-468b-93e4-a514b529f13d.pdf> Acesso em 21 jun. 2025.

Silva EPD, Sudigursky D. **Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica.** 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ape/a/stc93mrQ9mGyH5J68hkfDCm/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em Junho de 2025.

Gomes ALZ, Othero MB. **Cuidados Paliativos.** Estud. av. 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/?lang=pt>> Acesso em Julho de 2025.

Mc Coughlan M. **A necessidade de cuidados paliativos.** Mundo Saúde. 2003;27(1): 6-14.

Santana JCB, Santos AVD, Silva BRD, Oliveira DCDA, Eberth, Caminha EM, Peres FS, Andrade CCD,Viana MBDO.

Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. Rev. Bioét. 2013.

Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P, Pusch R, Othero J, Piva J, Silva NBD, Azeredo N, Ropelato R. **II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. 2011.** Rev. bras. ter. [Acesso em Julho de 2025].

Wittmann-Vieira R, Goldim JR. **Bioética e Cuidados Paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida.** Acta Paul Enferm. 2012; 25(3): 334-9 [Acesso em agosto de 2025].

Oliveira ACD, Sá L, Silva MJPD. **O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal.** Rev Bras Enferm, 2007;

Maciel MGS. Definição e princípios. In: Oliveira RA. **Cuidado paliativo.** São Paulo: Cremesp; 2008. p. 15-32.

Oliveira ACD, Silva MJPD. **Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de**

saúde. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010;23(2):212-7 [Acesso em Agosto de 2025].

Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. **Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2014.

Franco, HCP, et al. **Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer.** RGS 2017;17(2): 48-61.

INCA, MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer (INCA), **Últimos dias de vida** Cuidados paliativos na prática clínica
Volume 2, Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer
(<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>). Acesso em agosto 2025.