

Saberes e práticas da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos prestados à pessoa idosa

Knowledge and practices of the nursing team regarding palliative care provided to older adults

Saberes y prácticas del equipo de enfermería sobre cuidados paliativos prestados al anciano

Ana Luiza Almeida de Lima¹; Hanna Gadelha Silva¹; José Lima de Sousa Junior¹; Gabriel de Jesus Aprígio¹; Manuela Bastos Alves¹; Lúcia de Fátima da Silva¹; Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa¹; Maria Célia de Freitas¹

¹Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil; ¹¹Universidade do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil

RESUMO

Objetivo: avaliar os saberes e as práticas da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos prestados à pessoa idosa.

Método: estudo qualitativo, fundamentado na Teoria do Final de Vida Pacífico, com 18 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem. A coleta de dados ocorreu por entrevistas semiestruturadas entre maio e junho de 2024, em um hospital público de Fortaleza, Ceará, Brasil, com análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** a análise resultou em três categorias: 1) Ênfase no conforto e na dimensão física do cuidado; 2) Integração das dimensões emocional, espiritual e social; 3) Critérios de elegibilidade e cuidado ético. **Considerações finais:** os participantes compreendem os cuidados paliativos como uma abordagem integrada, que envolve aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, com ênfase na comunicação eficaz e no respeito à autonomia. No entanto, essa compreensão está restrita à fase final da vida, resultando em práticas mais centradas nos aspectos técnicos do cuidado.

Descritores: Enfermagem; Cuidados Paliativos; Pessoa Idosa; Padrões de Prática de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to assess the knowledge and practices of the nursing team regarding palliative care provided to older adults. **Method:** qualitative study based on the Peaceful End of Life Theory, with 18 nurses and 28 nursing technicians. Data collection took place through semi-structured interviews between May and June 2024, in a public hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil, with thematic-categorical content analysis. **Results:** the analysis resulted in three categories: 1) Emphasis on comfort and the physical dimension of care; 2) Integration of emotional, spiritual and social dimensions; 3) Eligibility criteria and ethical care. **Final considerations:** the participants understand palliative care as an integrated approach which involves physical, emotional, social and spiritual aspects, with an emphasis on effective communication and respect for autonomy. However, this understanding is restricted to the final phase of life, resulting in practices more focused on technical aspects of care.

Descriptors: Nursing; Palliative Care; Aged; Practice Patterns, Nurses'.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los saberes y las prácticas del equipo de enfermería sobre cuidados paliativos prestados al anciano. **Método:** estudio cualitativo, fundamentado en la Teoría del Final de Vida Pacífico, con 18 enfermeros y 28 técnicos de enfermería. La recolección de datos se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas entre mayo y junio de 2024, en un hospital público de Fortaleza, Ceará, Brasil, con análisis de contenido temático-categorial. **Resultados:** el análisis dio lugar a la identificación de tres categorías: 1) Énfasis en el confort y en la dimensión física del cuidado; 2) Integración de las dimensiones emocional, espiritual y social; 3) Criterios de elegibilidad y cuidado ético. **Consideraciones finales:** los participantes comprenden los cuidados paliativos como un enfoque integrado, que involucra aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, con énfasis en la comunicación eficaz y en el respeto a la autonomía. Sin embargo, esa comprensión se restringe a la fase final de la vida, resultando en prácticas más centradas en los aspectos técnicos del cuidado.

Descriptor: Enfermería; Cuidados paliativos; Anciano; Pautas de la Práctica en Enfermería.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida tem causado mudanças demográficas significativas, o que resulta em importantes desafios para a saúde pública. À medida que a população envelhece, observa-se um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que provocam alterações progressivas na saúde e levam à dependência funcional. Esse cenário, somado ao declínio da condição de saúde, frequentemente resulta na necessidade de cuidados paliativos (CP)¹.

Durante muitos anos, os CP foram vistos como uma abordagem exclusiva para pacientes em fim de vida. Contudo, ao longo do tempo, essa visão foi expandida e passou a ser compreendida como uma estratégia contínua e integrada, voltada para o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida desde o diagnóstico de doenças graves, independentemente da

sua fase de adoecimento. Esse modelo ampliado busca não apenas o conforto físico, mas também o apoio emocional, social e espiritual, tanto para os pacientes quanto para suas famílias, ao longo de todo o processo da doença.

Os cuidados paliativos não devem ser limitados ao fim da vida, mas devem ser introduzidos o mais cedo possível, com o objetivo de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida de forma contínua". Essa mudança de paradigma reflete um movimento em direção a uma abordagem mais inclusiva e proativa, que visa o cuidado integral do paciente e a gestão da doença em todos os seus estágios².

Nesse contexto, a definição inicial de Cuidados Paliativos, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 e revisada em 2002, foi fundamental para delinear essa abordagem, focando na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e suas famílias diante de doenças potencialmente fatais. A definição incluía a prevenção e alívio do sofrimento, bem como a identificação precoce, avaliação e tratamento de sintomas físicos, psicossociais e espirituais³.

Em 2017, a *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), uma organização não governamental (ONG), através de debates com especialistas na área, ampliou a definição de CP para uma abordagem holística e ativa para indivíduos de todas as idades que enfrentam sofrimentos relacionados a doenças graves, com foco especial naqueles próximos ao final da vida. O objetivo central dessa abordagem é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores, algo que foi amplamente aceito pela OMS⁴.

Posteriormente, a OMS atualizou seu conceito e redefiniu CP como uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes de todas as idades, suas famílias e cuidadores que enfrentam doenças ameaçadoras de vida., com foco na prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, avaliação e tratamento adequado da dor e problemas físicos, psicossociais e espirituais³.

Desta forma, a fim de desenvolver CP de forma assertiva e eficaz, o suporte de uma equipe multiprofissional qualificada e confiante é essencial, pois as demandas assistenciais contemplam diversas especialidades e todos os profissionais são importantes para acompanhamento da trajetória do paciente⁵.

Entre os membros da equipe multiprofissional, os profissionais de enfermagem destacam-se pela presença contínua e ininterrupta na prestação de cuidados. Nesse contexto, vivenciam as angústias e os sofrimentos inerentes ao processo de morrer dos pacientes, o que os capacita a oferecer um cuidado embasado no processo de enfermagem. São consideradas ações fundamentais a educação em saúde, o apoio emocional e social, a avaliação, a identificação de problemas e o diagnóstico de enfermagem. Essa atuação adota uma abordagem biopsicossocial e educacional, visando atender às necessidades dos pacientes e de suas famílias ao longo do processo de cuidado⁵.

Apesar da relevância da equipe de enfermagem na realização de cuidados paliativos, a literatura aponta para uma significativa lacuna na compreensão desta abordagem assistencial. Estudos^{6,7} destacam a insuficiência em programas de educação continuada, a carência de treinamento formal, o conhecimento limitado sobre manejo de sintomas, dificuldades na comunicação eficaz com pacientes e familiares acerca do processo de finitude, bem como a compreensão incompleta do conceito e dos princípios que fundamentam os cuidados paliativos.

As lacunas de conhecimento citadas impactam negativamente a qualidade da assistência, pois a equipe de enfermagem pode não estar suficientemente preparada para o manejo adequado dos sintomas dos pacientes e para uma comunicação eficaz com eles e suas famílias. Essa limitação resulta em cuidados insuficientes, o que intensifica o sofrimento dos pacientes e leva à insatisfação das famílias em relação ao atendimento prestado⁶⁻⁸.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar os saberes e as práticas da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos prestados à pessoa idosa.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para este estudo, foi adotada a Teoria do Final de Vida Pacífico (TFVP)⁹, que se concentra não apenas na instância final da própria morte, mas também na promoção de um viver pacífico e significativo durante o tempo restante dos pacientes. Nessa perspectiva, são considerados os contextos individuais de cada paciente e aquilo que é mais relevante para eles.

A teoria tem como escopo "melhorar a qualidade de vida e proporcionar um fim de vida pacífico a pacientes com doenças em estágios avançados", com foco nas intervenções de enfermagem e nos resultados específicos para esse grupo. Ela se baseia em conceitos que destacam a importância de não estar com dor; de ter conforto, dignidade e respeito; estar em paz, além de estar próximo a pessoas importantes e que demonstram preocupação⁹.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa ancorado na Teoria do Final de Vida Pacífico, delineado de acordo com o instrumento *Consolidate Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), desenvolvido para nortear os pesquisadores quanto à qualidade e transparência das informações coletadas¹⁰.

A produção dos dados ocorreu entre maio e junho de 2024, executada exclusivamente pela pesquisadora responsável através de entrevistas individuais, com duração média de 20 minutos, que foram gravadas após obtenção de autorização prévia e posteriormente transcritas para análise. Foi utilizado um formulário semiestruturado, elaborado pela pesquisadora, que continha questões destinadas a caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, tais como: idade, sexo, ocupação/profissão, tempo de formação técnica ou superior, tempo de atuação na instituição e cursos prévios sobre cuidados paliativos. Adicionalmente, incluíram-se questões abertas relacionadas aos conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem acerca dos cuidados paliativos prestados à pessoa idosa, a saber: *Como você conceitua e compreende a prática de cuidados paliativos? De que forma essa compreensão influencia sua abordagem e atuação no cuidado à pessoa idosa? Quais estratégias e intervenções você utiliza ao prestar cuidados à pessoa idosa em contexto paliativo?*

O estudo foi conduzido em um hospital público de complexidade secundária localizado no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. A escolha dessa instituição se justifica pela presença de uma unidade de cuidados paliativos e reabilitação, com equipe multiprofissional atuante. A maioria dos pacientes atendidos nessa unidade é composta por pessoas idosas em cuidados paliativos, o que possibilita uma análise abrangente da atuação da equipe de enfermagem no cuidado desse grupo, levando em conta a complexidade multidimensional envolvida.

Participaram do estudo 46 profissionais de enfermagem, sendo 18 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem. Como critérios de inclusão adotou-se que os participantes fossem enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem com vínculo empregatício formal no hospital e experiência mínima no cuidado de pelo menos uma pessoa em cuidados paliativos. Foram excluídos da amostra os profissionais de enfermagem em período de férias ou licença médica durante a coleta de dados, assim como aqueles que não estavam ativos na unidade durante esse período.

Após receberem informações sobre os objetivos e propósitos da pesquisa, os participantes consentiram voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato e preservar suas identidades, os enfermeiros foram identificados com a abreviatura "Enf" e os técnicos de enfermagem com "Tec".

Os dados foram inicialmente digitalizados em um documento com a utilização do *software* Microsoft Word. Posteriormente, foram transferidos para o Bloco de Notas e organizados adequadamente para processamento pelo *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha 2, 2020. O IRaMuTeQ¹¹ é um *software* gratuito especializado na análise de conteúdo textual e na organização de elementos significativos.

Para fins deste estudo, optou-se pela análise através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Neste método, os segmentos textuais, ou unidades de contexto elementar, foram classificados com base nos vocábulos e nos valores de qui-quadrado mais elevados. As palavras foram organizadas em um dendrograma, e aquelas selecionadas para a formação das classes apresentaram um valor de $p < 0,001$, indicando uma associação estatisticamente significativa.

A análise de conteúdo lexical realizada pelo *software* Iramuteq[®] apresentou um *corpus* de 202 segmentos de texto (ST), com 7089 ocorrências e um aproveitamento de 86,63%. Destaca-se que, para que esse tipo de análise seja eficaz na classificação de qualquer material textual, é necessário que pelo menos 75% dos segmentos de texto sejam classificados ou aproveitados. Portanto, o índice de aproveitamento observado demonstra a robustez e a validade do *corpus* analisado, garantindo a qualidade e a relevância dos resultados obtidos na pesquisa.

Quanto aos aspectos éticos, o protocolo de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e respeitou as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta as pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise de caracterização dos participantes observou-se o predomínio do sexo feminino (68,7%). No que se refere à idade, a média foi de 34 anos. O tempo de atuação na unidade foi de três anos, com profissionais que possuem uma média de dez anos de experiência na área de saúde, especificamente no contexto hospitalar.

Os dados sociodemográficos dos entrevistados correspondem ao perfil identificado em outro estudo¹². A Enfermagem, de forma histórica, apresenta uma predominância de mulheres. Entretanto, nos últimos anos, observa-se um crescimento na presença de homens na profissão, mantendo-se, contudo, a superioridade numérica feminina.

Dos 18 enfermeiros entrevistados, todos relataram ter conhecimento básico sobre CP, contudo nenhum possuía qualquer tipo de formação em curso de especialização ou aperfeiçoamento na área de CP, sendo que 11 relataram ter feito curso de curta duração, com menos de 10 horas, sobre a temática. Quanto aos técnicos de enfermagem, esse número foi ainda mais discrepante, onde 83,3% (n=15) nunca realizou qualquer formação sobre CP.

A inclusão de disciplinas e estágios clínicos voltados para o ensino teórico-prático de cuidados paliativos tem sido amplamente discutida, visto que a ausência de ensino específico sobre essa temática nos cursos de nível superior e técnico

compromete a formação de profissionais qualificados. Essa lacuna resulta em um déficit de especialistas e afeta negativamente a qualidade do atendimento a uma demanda reprimida. Estudos recentes^{6-8,13} corroboram essa constatação, destacando a necessidade urgente de integrar os cuidados paliativos nos currículos acadêmicos para aprimorar a capacitação profissional.

Na análise qualitativa, a partir da CHD, os domínios textuais foram analisados e interpretados para dar significado às classes. Os segmentos aproveitados foram divididos em sete classes, posteriormente organizadas em um dendrograma. Salienta-se que, para organizar os eixos temáticos, os autores consideraram as classes nessa ordem (3, 2, 6, 5, 4, 7 e 1), em virtude do processamento do *corpus* pelo IRaMuTeQ, que gerou essa lógica de partição conforme ilustrado na Figura 1.



Figura 1: Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* "Aspectos relacionados aos saberes e práticas da equipe de enfermagem". Fortaleza, Ceará, Brasil, 2024.

Ênfase no conforto e na dimensão física do cuidado

Essa categoria emergiu a partir dos léxicos provenientes das classes 3, 2 e 6, as quais, em conjunto, revelam a compreensão dos participantes sobre os cuidados paliativos, particularmente na dimensão de conforto físico. Os participantes apresentaram entendimento que cuidados paliativos tem ligação direta a práticas que visam aliviar sintomas e promover bem-estar físico aos pacientes, o que evidencia a centralidade do cuidado físico no manejo paliativo. Os ST a seguir ilustram tais aspectos:

*(...) priorizamos a avaliação e o manejo adequado da dor e de outros sintomas como dispneia, náuseas e fadiga. Utilizamos escalas para controle de sintomas para garantir o máximo conforto. (**** *Enf_01)*

*(...) valorizamos a qualidade sobre a quantidade. Nosso foco é no alívio da dor e na promoção do bem-estar emocional proporcionando um ambiente de cuidado amoroso e livre de julgamentos (...) implementamos protocolos de cuidados de pele para prevenir lesão por pressão e outras complicações relacionadas à imobilidade garantir a integridade da pele é essencial para o conforto e bem estar do paciente. (**** *Enf_02)*

*(...) adaptações no plano de cuidados devem ser feitas para atender às necessidades específicas dessa faixa etária (...) implementamos medidas de conforto como ajuste da temperatura ambiente, uso de travesseiros e cobertores para promover o bem estar do paciente idoso em cuidados paliativos. (**** *Tec_03)*

*(...) para a qualidade desse cuidado tem que deixar o paciente o mais confortável possível, controlar a dor, colocar a bomba de morfina, não alimentar quanto o paciente está com o abdome distendido e botando dieta pra fora, deixar o paciente mais sedado porque é um sofrimento imenso (...) fazer a higiene a medicação, trocar fraldas, ficar atento à dor, dispneia, febre, conversar com o acompanhante e com o paciente, explicar as coisas porque eles sempre têm muitas dúvidas e o que não tiverem acompanhante falar com o serviço social. (**** *Tec_22)*

Os entrevistados entendem os cuidados paliativos como alívio da dor física, pois a compreendem como algo que traz intenso sofrimento e enfatizam que esta deve ser sempre avaliada. Contudo a maioria desconhece as escalas de dor e se

utiliza do aumento da frequência cardíaca para analisar a intensidade desse sintoma. Após verificar que a dor está presente, os entrevistados citaram a importância de utilizar métodos farmacológicos (administração de medicamentos) e métodos não farmacológicos (massagem relaxante) como manejo do sintoma.

A administração de analgésicos e opioides, incluindo infusões contínuas e a evolução do manejo até a sedação paliativa nos casos em que o controle de sintomas se torna inviável, é amplamente documentada na literatura^{5,14-15}. Todavia, um ponto de destaque no estudo foi que os entrevistados, em sua maioria, afirmaram não fazerem uso de escalas formais para avaliar a dor, baseando-se predominantemente na observação das expressões faciais dos pacientes.

Esse déficit de conhecimento e prática contribui para a subestimação da dor, que resulta em um problema recorrente e frequentemente leva a tratamentos inadequados¹⁵. Uma investigação abrangente evidenciou que os profissionais tendem a subestimar a intensidade da dor em comparação às avaliações feitas pelos próprios pacientes, especialmente em casos de dor severa. Essa discrepância contribui de forma significativa para o subtratamento da dor, um desafio complexo no contexto dos cuidados paliativos¹⁴.

Dessa forma, apesar do papel de destaque que a dor tem entre os profissionais entrevistados, analisando sob a ótica do conceito de “ausência de dor” e “promoção de conforto” oriundos da TFVP⁹, a qual enfatiza a importância em não ter dor para que o paciente possa viver o final de vida de maneira digna e serena, ainda há uma grande lacuna para a compreensão da total importância do fenômeno dor, suas nuances e consequências caso não seja avaliada e tratada de forma rápida e assertiva. A teoria destaca ainda a dor como um aspecto fundamental a ser monitorado e tratado nesse perfil de pacientes, definindo-a como a experiência de não relatar dor, alcançada por meio de cuidados integrais e proativos.

Além da dor na dimensão física, outros sintomas foram identificados, incluindo náusea e dispneia. Aspectos práticos foram mencionados, como o cuidado com a nutrição, a higiene, a mudança de decúbito, a prevenção e o tratamento de lesões cutâneas. Esses dados foram corroborados em outro estudo¹⁶, no qual profissionais de enfermagem enfatizaram a importância desses cuidados para promover o conforto aos pacientes em cuidados paliativos, especialmente em fim de vida, sendo considerados prioridades até os momentos finais.

Um aspecto em destaque na categoria 1 foi a preocupação com o conforto não apenas relacionado aos aspectos de ordem física (controle da dor e de outros sintomas, prevenção e tratamento de lesões por pressão na pele, higienização, banho, roupas de camas limpas, dentre outros) bem como, a estrutura ambiental, ressaltando a importância de um ambiente tranquilo, silencioso, limpo e com a temperatura agradável.

Verificou-se que tal achado também foi encontrado em outro estudo¹⁷ que discutiu a importância do cuidado com o ambiente físico e ressaltou as dificuldades em ser prestado um cuidado digno e assertivo quando houver condições de trabalho difíceis, limitação de recursos materiais e humanos e a descontinuidade do cuidado.

Desta forma, destaca-se a importância de uma abordagem integral no cuidado aos pacientes idosos em cuidados paliativos, que vai além do controle dos sintomas físicos e engloba também a atenção ao conforto ambiental e à qualidade da estrutura de cuidados prestados. O reconhecimento da necessidade de um ambiente tranquilo, limpo e adequadamente climatizado, aliado ao cuidado com a nutrição, higiene e prevenção de lesões cutâneas, demonstra a centralidade da qualidade de vida do paciente em cuidados paliativos.

O sucesso dessa forma de cuidado depende não apenas das competências técnicas da equipe de enfermagem, mas também das condições de trabalho, que incluem a disponibilidade de recursos e a continuidade dos cuidados. Portanto, é imprescindível que os profissionais de saúde, em particular os de enfermagem, sejam capacitados e tenham acesso a uma infraestrutura que permita oferecer um cuidado digno, eficaz e humanizado.

Nesse contexto, ao questionar os profissionais sobre sua compreensão e prática em CP, a primeira menção dos entrevistados recaiu sobre aspectos físicos do cuidado. Mesmo entre os enfermeiros que participaram de cursos de curta duração sobre o tema, o entendimento mostrou-se semelhante ao daqueles que não receberam essa formação específica, limitando-se, em grande parte, ao manejo físico dos pacientes.

Entre os técnicos de enfermagem, a primeira referência feita ao tratar de CP foi relacionada às ações físicas, com foco no cuidado à beira-leito. Essa abordagem, predominantemente técnica, reflete a formação recebida, que muitas vezes não contempla conteúdos específicos sobre cuidados paliativos nos currículos dos cursos técnicos. Essa limitação contribui para uma visão restrita do cuidado, que deixa de abarcar dimensões emocionais, sociais e espirituais, essenciais para uma assistência integral e humanizada. Esses resultados evidenciam a necessidade de repensar a formação técnica, integrando o ensino de cuidados paliativos como parte fundamental na capacitação desses profissionais.

Integração das dimensões emocional, espiritual e social do cuidado

As classes 5 e 4 elucidam a compreensão dos participantes sobre as ideias que evidenciam as outras dimensões do cuidado aos pacientes idosos em cuidados paliativos, destacando a importância da integração dos aspectos emocionais,

espirituais e sociais. Os entrevistados ressaltaram temas relacionados aos aspectos emocionais e espirituais como meio de promover dignidade e respeito à pessoa idosa em cuidados paliativos.

*(...) estamos atentos à saúde mental, oferecendo apoio para lidar com ansiedade, medo e preocupações relacionadas à fase terminal da vida (...) oferecemos suporte emocional e espiritual ao paciente idoso e sua família, auxiliando na resolução de conflitos, na busca por significado e na preparação para o processo de fim de vida (...) facilitamos o acesso a recursos adicionais como aconselhamento e assistência religiosa conforme necessário. (**** *Enf_07)*

*Nosso papel como enfermeiros vai além do aspecto clínico buscamos entender os desejos e valores únicos de cada paciente adaptando o cuidado para atender suas necessidades físicas emocionais e espirituais (...) além de cuidar dos aspectos físicos e emocionais também prestamos atenção à espiritualidade dos pacientes idosos em cuidados paliativos, oferecemos suporte para questões existenciais e espirituais se assim desejado pelo paciente e sua família. (**** *Enf_09)*

*(...) nós estamos sempre disponíveis para ouvir o paciente e sua família, oferecendo apoio, a gente tenta garantir que eles se sintam cuidados e compreendidos durante todo o processo de cuidados paliativos. (**** *Tec_12)*

As falas trouxeram enfoque para o apoio emocional através da escuta e da conversa, ambas livres de julgamento, bem como enfatizaram a importância de considerar e oportunizar a experiência espiritual, sendo que isso só é possível caso o ambiente físico esteja preparado, de forma coesa, o que visa a promoção de um cuidado pautado na dignidade e no respeito.

Esses achados foram corroborados por outro estudo¹⁸, onde a maioria dos entrevistados expressou preocupação em garantir o conforto do paciente através de ações de humanização do cuidado, que nesse contexto, ultrapassam os aspectos técnicos e envolvem às necessidades emocionais, afetivas e espirituais do paciente, além de proporcionar conforto físico.

Tais sofrimentos psíquicos devem ser levados em consideração a partir de estratégias que utilizem diagnóstico psicossocial, pois apresentam importância clínica para o exercício prático dos aspectos éticos, o que implica na relevância do olhar para aspectos psicológicos no enfrentamento das doenças ameaçadoras à vida. O estudo também destaca a Terapia da Dignidade (TD) como uma intervenção individualizada e breve, eficaz na redução do sofrimento psicológico e da tristeza persistente¹⁸.

A melhora dos sintomas físicos e emocionais está associada ao bem-estar espiritual, reconhecendo a espiritualidade e a religiosidade como fontes de amparo, conforme evidenciado por diversos autores¹⁹⁻²¹, os quais indicam que essa relação contribui para uma melhor qualidade de vida e redução na intensidade dos sintomas.

O bem-estar espiritual refere-se à percepção subjetiva de um indivíduo sobre seu entendimento e sua visão da vida e do mundo, na qual a iminência da morte leva o indivíduo a buscar significado em seu entorno. Nesse contexto, pacientes e seus familiares frequentemente têm nas crenças religiosas uma importante estratégia de enfrentamento e otimização aos desafios impostos pela doença e pelo tratamento, especialmente nas questões relacionadas ao sentido da vida, além de viverem a morte de maneira digna¹⁹⁻²¹.

Em situações nas quais as doenças são incuráveis, a dimensão espiritual permite aos pacientes desenvolverem esperança, atribuir significado à enfermidade e encontrar propósito e sentido para a vida. Esse processo contribui para o amadurecimento pessoal, promovendo a preservação da integridade e a ampliação da capacidade de lidar com as situações enfrentadas.

Em pacientes idosos com doenças que ameaçam à vida, a espiritualidade e a religiosidade desempenham um papel significativo no cotidiano, sendo utilizadas como recursos para enfrentar os desafios, sofrimentos e incertezas do processo de adoecimento²².

A busca pelo sagrado é uma prática diária que ajuda a preencher o vazio existencial que pode surgir. Nesse contexto, a dimensão espiritual proporciona aos pacientes a possibilidade de desenvolver esperança, atribuir significado à doença, e encontrar um propósito e sentido para a vida²³.

Os enfermeiros destacaram a escuta qualificada, o fortalecimento da relação paciente-equipe, a experiência de vida e a experiência profissional como estratégias essenciais para assegurar uma atenção integral e humanizada no cuidado das dimensões emocional e espiritual. Embora reconheçam a importância dos aspectos emocionais e espirituais para um cuidado mais completo, a falta de tempo foi mencionada repetidamente como um obstáculo significativo na prática diária. Estudos^{24,25} afirmam que, no ambiente hospitalar, com rotinas aceleradas, número elevado de pacientes e demandas clínicas urgentes, o cuidado emocional e espiritual muitas vezes acaba sendo deixado em segundo plano ou sendo resumido a momentos curtos e pontuais.

No entanto, a ausência de tempo não significa que o cuidado com essas dimensões deva ser negligenciado. Ao contrário, um olhar atento e empático, mesmo que breve, pode ter um impacto profundo na experiência do paciente e na construção de uma relação de confiança. A escuta ativa, por exemplo, não requer necessariamente longos períodos, mas sim disponibilidade de atenção plena no momento presente²⁴⁻²⁶.

Entre os técnicos de enfermagem, as referências às práticas comunicativas focaram predominantemente na interação com os acompanhantes, enquanto a comunicação direta com os pacientes foi pouco mencionada. Quando questionados sobre situações em que os pacientes buscavam informações acerca de sua condição de saúde, os técnicos relataram frequentemente direcionar essas questões ao médico ou à enfermeira responsável, evitando abordar diretamente as dúvidas do paciente.

Essa postura pode refletir a percepção de limitações no escopo de suas atribuições ou a falta de preparo para lidar com a comunicação em contextos complexos, como os cuidados paliativos. A ausência de diálogo direto com os pacientes compromete a relação terapêutica e a construção de um cuidado centrado na pessoa, além de limitar a possibilidade de atender às demandas emocionais e informacionais dos pacientes.

É necessário, portanto, repensar a organização do trabalho e a formação contínua da equipe de enfermagem para que, mesmo diante da pressão do tempo, o cuidado emocional e espiritual não seja sacrificado, atrelando a comunicação com elo importante nesse contexto. Isso pode incluir práticas como reuniões de equipe para discussão de casos, uso de ferramentas que facilitem a comunicação entre profissionais e pacientes, ou até mesmo a integração de outros profissionais, como psicólogos e capelães, que possam contribuir para essa dimensão do cuidado de forma mais específica²⁵⁻²⁷.

Esta categoria trouxe, ainda, a importância do olhar para o aspecto social, que foi revelada nas falas dos participantes, os quais entendem a importância dos familiares e de pessoas significativas como rede de apoio, a fim de oportunizar a realização de desejos ou rituais:

*(...) mantemos um diálogo aberto com o paciente e a família para garantir que suas vontades sejam respeitadas em todos os momentos (...) oferecemos suporte emocional e prático para os cuidadores familiares do paciente idoso, fornecendo orientações sobre cuidados, administração de medicamentos e manejo de sintomas, capacitamos os familiares para que se sintam mais preparados e apoiados durante esse período desafiador. (**** *Enf_10)*

*(...) o objetivo é aliviar o sofrimento e proporcionar suporte não apenas ao paciente, mas também à sua família. Acreditamos na importância da comunicação verdadeira e do respeito às escolhas do paciente promovendo dignidade até o fim de vida (...) manter uma comunicação aberta com o paciente e a família, discutindo expectativas, desejos e decisões de cuidados é essencial garantir que todos os envolvidos estejam informados e confortáveis com o plano de cuidados. (**** *Tec_04)*

Essa categoria destacou a importância de considerar a família e pessoas significativas para o paciente, enfatizando a comunicação empática como forma de cuidado digno durante essa fase desafiadora da vida.

A doença afeta não somente a pessoa, mas a todos que estão à sua volta, sobretudo quando limita a continuidade da vida. Desta forma, deve ser oferecido suporte emocional adequado e realizada comunicação assertiva às famílias²⁸, pois estas enfrentam um fardo significativo ao fornecer cuidados contínuos e necessitam de assistência e orientação adequadas. Sua principal preocupação é assegurar que o paciente esteja confortável e livre de sofrimento. Além disso, elas precisam de informações detalhadas sobre a progressão da doença e como prestar os cuidados necessários de maneira eficaz²⁹.

Essa temática tem sido amplamente discutida na literatura²⁸⁻³⁰, a qual evidencia que, no contexto da filosofia paliativista, o paciente, sua família e seus cuidadores constituem a unidade central de cuidado. Esses estudos destacam que a família desempenha um papel fundamental, sendo reconhecida como a primeira e mais relevante rede de apoio, responsável pela transmissão inicial de valores e práticas culturais. Embora o núcleo familiar seja fonte de sentimentos positivos, como amor, satisfação, bem-estar e suporte, ele também pode ser associado a experiências de angústia e medo, particularmente em situações de adoecimento e finitude. Essa dualidade ressalta a importância de uma abordagem cuidadosa e sensível, que integre as dimensões emocionais e sociais no planejamento dos cuidados paliativos.

A TFVP⁹ fundamenta o cuidado ao destacar, em um de seus conceitos, a importância da rede de apoio na assistência à pessoa enferma, com o objetivo de proporcionar a realização de seus desejos e fortalecer o suporte emocional. A teoria também ressalta que a experiência da dignidade e do respeito pelo paciente depende da participação ativa deste, de seus familiares e de sua rede de apoio nas decisões relacionadas ao cuidado, assegurando que sejam tratados com dignidade e respeito, reconhecendo-os em sua plena condição de seres humanos.

Orientar e envolver a família no cuidado é essencial e ao mesmo tempo um grande desafio no CP. É perceptível uma lacuna no espaço hospitalar para acolhê-la, afinal a comunicação, a escuta e a acolhida em momento de fragilidade acabam sendo colocadas em segundo plano ou executadas com limitações pela restrição estrutural da instituição^{17,30}.

Para além da limitação estrutural das instituições, a falta de preparação adequada dos profissionais de saúde em comunicação e suporte emocional leva a silenciamentos, falsas esperanças de cura ou comunicações abruptas de prognósticos adversos, o que pode impactar negativamente a relação terapêutica. Tal comunicação ineficaz pode causar dúvidas sobre o plano terapêutico^{29,30}, como evidenciado pelas incertezas dos profissionais de enfermagem em relação ao

que foi discutido com as famílias e a execução de procedimentos. Apesar da importância da comunicação, sua inclusão no ensino superior em saúde e nos programas de educação continuada ainda é insuficiente³¹.

A dificuldade em informar os pacientes e seus familiares sobre a necessidade de CP, assim como dar notícias relacionadas ao diagnóstico e ao prognóstico foi amplamente discutida pelos profissionais da enfermagem em outros estudos nacionais^{32,33} e internacionais^{34,35}, o que reforça que os profissionais da enfermagem se sentem despreparados para estabelecer uma comunicação adequada com os pacientes em CP, seus familiares e entre a própria equipe de saúde.

A comunicação deve ser bastante valorizada, pois promove cuidados de qualidade e conforto aos pacientes. Desta forma, possibilita uma compreensão clara de seu estado de saúde, prognóstico e alternativas terapêuticas. Ela deve ser iniciada de forma precoce na trajetória da doença, a fim de propiciar tempo para que os pacientes e suas famílias compreendam plenamente a situação e participem de maneira informada e colaborativa nas decisões clínicas³²⁻³⁵.

Sendo assim, vislumbra-se que aprender sobre comunicação, apesar de ser primordial para a assistência, representa uma grande lacuna na formação e capacitação da equipe de enfermagem.

Crítérios de elegibilidade e prestação de um cuidado ético

Extraída dos léxicos oriundos das classes 7 e 1, esta categoria possui unidades de contexto que refletem a visão dos entrevistados sobre os critérios de elegibilidade para o paciente estar em cuidados paliativos, bem como a importância da prestação de um cuidado individualizado pautado na ética. Tais questões foram expressas nas falas abaixo:

*(...) pacientes com doenças graves ou terminais para nós enfermeiros se beneficiam de cuidados paliativos, sendo necessário priorizar o conforto, a autonomia e a qualidade de vida do paciente, gerenciando sintomas físicos emocionais e espirituais. (**** *Enf_05)*

*(...) geralmente esses pacientes apresentam uma trajetória de doença irreversível com impacto severo na funcionalidade e na qualidade de vida e aí, nós enfermeiros estamos comprometidos em oferecer suporte integral para ajudar esses pacientes a viver com dignidade e conforto e dessa forma eles estarão em paz. (**** *Enf_09)*

*(...) é importante considerar questões éticas e legais como diretrizes de cuidados avançados e decisões de tratamento. (**** *Enf_10)*

*(..) avaliamos não apenas a gravidade da condição clínica, mas também a necessidade de gerenciamento de sintomas complexos e o impacto da doença na qualidade de vida do paciente e buscamos garantir um cuidado personalizado para cada indivíduo que cuidamos, então ele tem como ficar bem mais tranquilo, os familiares também (...) tentamos focar na autonomia do paciente e assim todos ficam em paz. (**** *Enf_12)*

*Os cuidados paliativos como são um cuidado focado em proporcionar conforto e qualidade de vida para aqueles que enfrentam doenças graves e avançadas, então se conseguirmos isso, esses pacientes ficarão em paz (..) a gente tenta ter um olhar individualizado para cada um. (**** *Tec_04)*

Nesta categoria, o perfil de pacientes com critérios para cuidados paliativos foi lembrado, ressaltando doenças oncológicas, doenças neurodegenerativas, pacientes em progressão de doença e com falência terapêutica. Esses critérios foram destacados para enfatizar que diversos pacientes podem se beneficiar de cuidados paliativos e que ao passo que a equipe compreende os critérios de elegibilidade, ela é capaz de oferecer cuidados individualizados e mais assertivos.

É válido destacar que nenhum dos 46 participantes trouxe a visão dos cuidados paliativos de forma precoce, desde o diagnóstico da doença. A unanimidade foi para um estágio avançado de doença grave e incurável, cujo foco é oferecer conforto e evitar sofrimentos adicionais. Isso reflete aspectos da formação acadêmica e técnica, pois a disciplina de cuidados paliativos não consta como obrigatória na matriz curricular da maioria dos cursos de saúde no Brasil, incluindo a enfermagem^{22,36,37}.

Nesta categoria, o respeito à autonomia do sujeito foi fortemente enfatizado pelos enfermeiros, os quais destacaram que, como o objetivo do CP é promover conforto em múltiplas dimensões, a consideração pelas escolhas individuais, especialmente de pacientes em fase avançada de doença, permite à equipe proporcionar uma sensação de paz e dignidade ao paciente.

Por outro lado, os técnicos de enfermagem pouco abordaram questões éticas relacionadas ao cuidado, mencionando raramente aspectos como autonomia, respeito às decisões dos pacientes ou questões que envolvem dilemas éticos na prática. Essa ausência pode estar associada à formação técnica, que frequentemente enfatiza habilidades práticas, mas oferece uma abordagem limitada sobre princípios éticos e humanísticos que orientam os CP.

A adoção de uma abordagem centrada no sujeito, especialmente no contexto do cuidado à pessoa idosa, amplia as possibilidades de práticas mais éticas e assertivas, conforme apontado pelos participantes. Nessa perspectiva, a pessoa idosa

ocupa a centralidade do cuidado, o que torna essencial a promoção de discussões sobre as diversas possibilidades de cuidado, considerando os desejos e escolhas tanto dos pacientes quanto de seus familiares e cuidadores³⁸.

Esse processo de reflexão contribui para uma melhor compreensão das decisões envolvidas e para o esclarecimento das metas de tratamento, o que favorece um cuidado mais personalizado e alinhado às necessidades e preferências do sujeito. Ademais, é fundamental que essas discussões sejam documentadas no prontuário do paciente, servindo como referência para a equipe multiprofissional³⁸.

A consideração pela autonomia do sujeito é vista como uma forma de garantir uma assistência que respeite sua dignidade, seus valores e suas preferências, proporcionando-lhe uma experiência de cuidado que favoreça uma sensação de paz e controle sobre o processo de adoecimento.

Essa abordagem reflete os princípios éticos fundamentais dos cuidados paliativos, alinhados à promoção de um cuidado centrado no paciente, que integra não apenas suas necessidades clínicas, mas também seus desejos e prioridades pessoais³. Esses achados reforçam a importância de fortalecer práticas que promovam o diálogo entre equipe, paciente e familiares, garantindo decisões compartilhadas e uma assistência verdadeiramente humanizada³²⁻³⁵.

Essas conversas com as pessoas idosas e seus familiares devem abordar riscos que valem a pena correr e evitar, e explorar quais resultados e riscos eles e suas famílias estão dispostos a buscar ou desejam evitar, pois na maioria das situações, as vontades, os desejos e a autonomia do paciente não são levados em consideração^{35,38}.

Desta forma, o estudo reúne subsídios que refletem sobre o significado de agir com respeito diante da autonomia do paciente, levando em consideração seus desejos, crenças e vontades para além do controle impecável de sintomas físicos, emocionais e espirituais, o que dinamiza a prática profissional e potencializa atitudes dignas e valorosas aos pacientes.

Os resultados do estudo encontram respaldo na TFVP⁹, que enfatiza a importância de oferecer cuidados assertivos, individualizados e que respeitem a autonomia do paciente. Dessa forma, contribui-se para que o paciente alcance um estado de paz, sendo essencial que ele e seus familiares recebam o suporte adequado para esclarecer questões práticas e econômicas relacionadas ao processo de finitude humana.

Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo decorre de sua realização em uma única unidade de saúde localizada no município de Fortaleza, Ceará, Brasil, o que restringe a análise a um grupo populacional segmentado e a um contexto específico, em detrimento da diversidade existente em âmbito nacional, o que pode reduzir a generalização dos resultados. O tema investigado, cuidados paliativos, está permeado por estigmas, preconceitos e desconhecimento, aspectos que podem influenciar os resultados. Além disso, a abordagem metodológica qualitativa e a adesão à proposta teórica de análise introduzem limitações adicionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que os saberes da equipe de enfermagem acerca dos cuidados paliativos prestados à pessoa idosa enfatizam a importância de atenção aos aspectos físicos, como controle da dor, dispneia e náuseas, e às condições estruturais do ambiente. Além do conforto físico e ambiental, os profissionais destacaram a relevância das dimensões emocionais, espirituais e sociais, reforçando um compromisso com um cuidado humanizado que valoriza a singularidade do indivíduo, suas crenças, tradições e rede de apoio.

A presença e a relevância de familiares e pessoas significativas foram frequentemente mencionadas, evidenciando que a comunicação eficaz entre equipe e família é essencial. O respeito à autonomia do paciente foi apontado como um princípio central para garantir um cuidado digno e ético.

Nas práticas de cuidado, observou-se um foco nas ações que promovem conforto físico, incluindo o controle rigoroso de sintomas por meio de medidas farmacológicas, como administração de analgésicos e opioides, e intervenções não farmacológicas, como higiene adequada, renovação de curativos, massagens de conforto, dieta e outras medidas que garantem a dignidade e bem-estar do paciente. A comunicação com o paciente, familiares e cuidadores foi ressaltada pelos participantes como uma prática fundamental, com destaque para a escuta empática, sublinhando que a atuação da enfermagem ainda é vista de forma significativa em seu aspecto técnico.

Uma lacuna identificada no estudo foi a compreensão dos participantes que ainda relacionam os cuidados paliativos majoritariamente ao processo de morte, sem considerar a amplitude do cuidado desde o momento do diagnóstico. Além disso, foram apontadas dificuldades na realização de uma comunicação eficaz e assertiva.

Os resultados deste estudo apontam a necessidade de fortalecer ações que discutam e oportunizem capacitação em cuidados paliativos a fim de contribuir para uma prática mais centrada no paciente. O suporte adequado aos profissionais, especialmente em formação, é indispensável, pois a falta de conhecimento e a percepção equivocada sobre a temática afetam

profundamente suas ações. Dessa forma, recomenda-se a realização de novas pesquisas que investiguem a relação entre os cuidados paliativos e a prática da enfermagem em diferentes regiões do país, visando ampliar a compreensão e aprimorar a prática nessa área fundamental da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Moura RBD, Araújo AA, Barbosa JM, Araújo R. Nutritional status and functionality in hospitalized in a University Hospital. *Acta Port Nutr.* 2020 [cited 2024 May 22]; 21:22-5. DOI: <https://doi.org/10.21011/apn.2020.2105>.
2. Stjernsward J. Palliative care: a global perspective. *Eur J Palliat Care.* 2019 [cited 2024 Sep 24]; 26(1):5-7. Available from: <https://www.ejpc.eu.com>.
3. World Health Organization. Palliative care. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
4. Radbruch L, Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care - a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Oct [cited 2024 May 22]; 60(4):754-64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.
5. Moran S, Bailey ME, Doody O. Role and contribution of the nurse in caring for patients with palliative care needs: a scoping review. *PLoS One.* 2024 [cited 2024 Oct 15]; 19(8):e0307188. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307188>.
6. Altarawneh WM, Masa'deh R, Hamaideh SH, Saleh AM, Alhalaiqa F. Nurses' knowledge, attitudes and practices towards palliative care provided to patients diagnosed with cancer. *PLoS One.* 2023 [cited 2024 Jul 3]; 18(10):e0289317. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289317>.
7. Guo J, Dai Y, Chen Y, Liang Z, Hu Y, Xu X, Xiao Y. Core competencies among nurses engaged in palliative care: a scoping review. *J Clin Nurs.* 2024 [cited 2024 Oct 3]; 33(10):3905-22. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.17294>.
8. Hökkä M, Martins Pereira S, Pölkki T, Kyngäs H, Hernández-Marrero P. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: a systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliat Med.* 2020 [cited 2024 May 17]; 34(7):851-70. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216320918798>.
9. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook.* 1998 [cited 2024 June 15]; 46:169-75. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0).
10. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021 [cited 2024 Oct 15]; 34:APE20212631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
11. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software Iramuteq (Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires) [Internet]. Santa Catarina: LACCOS UFSC; 2021 [cited 2024 May 30]. Available from: http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutorial%20iramuteq%20em%20portugues_22.11.2021.pdf.
12. Chaves JHB, Angelo Neto LM, Tavares VMC, Tuller LPS, Santos CT, Coelho JAPM. Palliative care: knowledge of cancer patients and their caregivers. *Rev Bioét.* 2021 [cited 2024 June 15]; 29(3):519-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293488>.
13. Rego F, Gonçalves F, Moutinho S, Castro L, Nunes R. The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care.* 2020 [cited 2024 June 29]; 19:22. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0525-3>.
14. Jenkins L, Parry R, Faulk C. A direct observation of pain scale use in five video-recorded palliative care consultations: Using conversation analysis to show how practitioners support patients to describe pain. *Patient Educ Couns.* 2022 [cited 2024 May 15]; 105(7):2603-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.027>.
15. Willems AAJM, Kudrashou AF, Theunissen M, Hoeben A, Van den Beuken-Van Everdingen MHJ. Measuring pain in oncology outpatients: Numeric Rating Scale versus acceptable/nonacceptable pain. A prospective single center study. *Pain Pract.* 2021 [cited 2024 Jul 1]; 21(8):871-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/papr.13053>.
16. Castro A, Testoni I, Zamperini A, Ronconi L, Galantin LP, Caraceni A. The implicit soul: factors between the representation of death and dehumanization of patients. *Health Psychol Open.* 2019 [cited 2024 July 1]; 6(1):2055102919854666. DOI: <https://doi.org/10.1177/2055102919854666>.
17. Wachholz P, Giacomini K. Dignity in the care of older adults living in nursing homes and long-term care facilities. *F1000Res.* 2023 [cited 2024 May 15]; 11:1208. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.126144.3>.
18. Oliveira SG, Pacheco STA, Nunes MDR, Caldas CP, Cunha AL, Peres PLP. Bioethical aspects of the health care provided to older adults at the end of their lives. *Rev Enferm UERJ.* 2020 [cited 2024 May 18]; 28:e47321. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.47321>.
19. Delgado-Guay MO, Palma A, Duarte E, Grez M, Tupper L, Liu DD, Bruera E. Association between spirituality, religiosity, spiritual pain, symptom distress, and quality of life among Latin American patients with advanced cancer: a multicenter study. *J Palliat Med.* 2021 [cited 2024 July 1]; 24(11):1606-15. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0776>.
20. Austin PD, Lee W, Keall R, Lovell MR. Efficacy of spiritual interventions in palliative care: An umbrella review of systematic reviews. *Palliat Med.* 2024 [cited 2024 Oct 31]; 2692163241287650. DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163241287650>.
21. Mendes NS, Malaguti C, Dos Anjos Sena L, Lucchetti G, de Jesus LAS, Vitorino LM, Mesquita R, Lee AL, Oliveira CC. Spirituality and religiosity are associated with physical and psychological status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs.* 2022 [cited 2024 July 1]; 31(5-6):669-78. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15926>.
22. Gonçalves RG, Oliveira LPBA, Silva CJA, Elias TMN, Nogueira ILA, Menezes RMP. Palliative care in nursing training: Higher education course coordinators' perception. *Rev Bras Enferm.* 2023 [cited 2024 July 3]; 76(3):e20220222. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0222>.
23. Dominguez RGS, Freire ASV, Lima CFM, Campos NAS. Palliative care: challenges for teaching in the perception of nursing and medical students. *Rev Baian Enferm.* 2021 [cited 2024 May 7]; 35:e38750. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.38750>.

24. Batstone E, Bailey C, Hallett N. Spiritual care provision to end-of-life patients: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2020 [cited 2024 May 15]; 29(19-20):3609-24. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>.
25. Santos FC, Macieira TGR, Yao Y, Hunter S, Madandola OO, Cho H, et al. Spiritual interventions delivered by nurses to address patients' needs in hospitals or long-term care facilities: a systematic review. *J Palliat Med*. 2022 [cited 2024 Apr 25]; 25(4):66277. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0578>.
26. van Meurs J, Wichmann AB, van Mierlo P, van Dongen R, van de Geer J, Vissers K, et al. Identifying, exploring and integrating the spiritual dimension in proactive care planning: a mixed methods evaluation of a communication training intervention for multidisciplinary palliative care teams. *Palliat Med*. 2022 [cited 2024 May 15]; 36(10):1493-503. DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163221122367>.
27. Freitas RA, Menezes TMO, Santos LB, Moura HCGB, Sales MG, Moreira FA. Spirituality and religiosity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with cancer. *Rev Bras Enferm*. 2020 [cited 2024 July 3]; 73(Suppl 3):e20190034. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0034>.
28. Mendes BV, Donato SCT, Silva TL, Penha RM, Jaman-Mewes P, Salvetti MG. Spiritual well-being, symptoms and functionality of patients under palliative care. *Rev Bras Enferm*. 2023 [cited 2024 July 3]; 76(2):e20220007. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0007>.
29. Pun J, Chow JCH, Fok L, Cheung KM. Role of patients' family members in end-of-life communication: an integrative review. *BMJ Open*. 2023 [cited 2024 July 1]; 13(2):e067304. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067304>.
30. Mroz EL, McDarby M, Kutner JS, Arnold RM, Bylund CL, Pollak KI. Empathic communication between clinicians, patients, and care partners in palliative care encounters. *Patient Educ Couns*. 2023 [cited 2024 May 15]; 114:107811. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107811>.
31. Cesar FCR, Oliveira LMAC, Galvão MC, Lacerda ALA. How do healthcare professionals develop the communication process to promote patients' health literacy? *Int J Environ Res Public Health*. 2024 [cited 2024 Oct 2]; 21(5):536. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21050536>.
32. Araujo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients--perception of intensive care units nurses in Brazil. *J Clin Nurs*. 2024 [cited 2024 July 1]; 13(2):143-9. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00862.x>.
33. Lima SF, Lamy ZC, Motta VBRD, Roma TM, Gomes CMRP, Souza TP. The dynamic of the supply of pediatric palliative care: a multiple case study. *Cad Saude Publica*. 2020 [cited 2024 Oct 02]; 36(9):e00164319. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164319>.
34. Saretta M, Doñate-Martínez A, Alhambra-Borrás T. Barriers and facilitators for an effective palliative care communication with older people: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2022 [cited 2024 Aug 17]; 105(8):2671-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.003>.
35. Kerr D, Milnes S, Ammentorp J, McKie C, Dunning T, Ostaszkiwicz J, Wolderslund M, et al. Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: a focus group study. *J Clin Nurs*. 2020 [cited 2024 May 15]; 29(3-4):416-28. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15099>.
36. Ioshimoto T, Shitara DI, Prado GF, Pizzoni R, Sassi RH, Gois AFT. Education is an important factor in end-of-life care: results from a survey of Brazilian physicians' attitudes and knowledge in end-of-life medicine. *BMC Med Educ*. 2020 [cited 2024 July 2]; 20(1):339. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02253-8>.
37. Sarmiento WM, Araújo PC, Silva BN, Silva CR, Dantas RC, Véres GC, et al. Academic education and professional qualification of nurses for practice in palliative care. *Enferm Foco*. 2021 [cited 2024 May 7]; 12(1):33-9. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.V12.N1.3805>.
38. Oliveira SG, Pacheco STA, Nunes MDR, Caldas CP, Cunha AL, Peres PLP. Bioethical aspects of the health care provided to older adults at the end of their lives. *Rev Enferm UERJ*. 2020 [cited 2024 May 22]; 28:e47321. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.47321>

Contribuições dos autores

Concepção, A.L.A.L e M.C.F.; metodologia, A.L.A.L, H.G.S. e M.C.F.; software, A.L.A.L e H.G.S.; validação, A.L.A.L, L.F.S, V.L.M.P.P. e M.C.F.; análise formal, A.L.A.L.; investigação, A.L.A.L.; obtenção de recursos, A.L.A.L.; curadoria de dados, A.L.A.L e H.G.S.; redação – original – preparação de Rascunhos, A.L.A.L, H.G.S, J.L.S.J., M.B.A. e G.J.A.; redação – revisão e edição, A.L.A.L, L.F.S, V.L.M.P.P., M.B.A. e M.C.F.; visualização, A.L.A.L.; supervisão, M.C.F.; administração do projeto, A.L.A.L. e M.C.F.; aquisição de financiamento, A.L.A.L. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.