Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

# O cenário de uma equipe multiprofissional em um programa de cuidado domiciliar com ênfase nos cuidados paliativos, em uma cidade no Centro-Oeste do Paraná

The scenario of a multidisciplinary team in a home care program with an emphasis on palliative care, in a city in the Center-West of Paraná

El escenario de un equipo multidisciplinario en un programa de atención domiciliaria con énfasis en cuidados paliativos, en una ciudad del Centro-Oeste de Paraná

Ana Paula Budziak Fronczak[1], Isabella Pereira Menarim[1], Pietra Krinski Gonçalves[1], Jamile Ma-Ya Xiang Yu[2].

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar o cenário da equipe multiprofissional com ênfase na vivência e nos desafios de sua atuação em um programa de cuidado domiciliar no município localizado na região Centro-Oeste do Paraná. **Métodos:** Trata-se de estudo qualitativo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas compostas por seis perguntas, aplicadas a quinze profissionais do Programa Melhor em Casa, com análise de conteúdo segundo o método de Laurence Bardin. **Resultados:** O estudo evidenciou que a atuação da equipe multiprofissional é marcada por empatia, respeito, diálogo e vínculo com os pacientes assistidos. Observou-se uma compreensão dos cuidados paliativos em sua totalidade por parte dos integrantes da equipe, mas também a limitação de profissionais, especialmente médicos, e a necessidade de melhorias estruturais do ambiente de trabalho, além da capacitação contínua e suporte emocional. **Conclusão:** O cuidado domiciliar atrelado aos cuidados paliativos reafirma um compromisso com a saúde pública mais humanizada, e para que a continuidade desse trabalho seja realizada com êxito torna-se importante o aprimoramento estrutural, ampliação da quantidade de atuantes do programa e capacitação permanente de modo a consolidar o serviço prestado.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos, Equipe multiprofissional, Humanização da assistência, Saúde pública.

**ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the scenario of the multidisciplinary team, emphasizing the experiences and challenges of their performance in a home care program in the municipality in Center-West of Paraná. **Methods:** This is a qualitative study conducted through semi-structured interviews composed of six questions, applied to fifteen professionals from the *Programa Melhor em Casa* (Better at Home Program). Data were analyzed using Laurence Bardin's content analysis method. **Results:** The study revealed that the performance of the multidisciplinary team is characterized by empathy, respect, dialogue, and bonding with the assisted patients. It was observed that the team members demonstrated a comprehensive understanding of palliative care; however, there were limitations regarding the number of professionals—especially

[1] Centro Universitário Campo Real, Guarapuava – PR.
[2] Docente do Centro Universitário Campo Real, Guarapuava – PR.

**SUBMETIDO EM: 11/2025** | **ACEITO EM: 12/2025** | **PUBLICADO EM: 1/2026**

physicians—as well as the need for structural improvements in the work environment, ongoing training, and emotional support. **Conclusion:** Home care associated with palliative care reaffirms a commitment to more humanized public health. For the continuity and success of this work, it is essential to improve infrastructure, expand the number of professionals involved in the program, and ensure continuous professional development to consolidate the quality of the provided service.

**Keywords:** Palliative care, Multidisciplinary team, Humanization of care, Public health.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar el escenario del equipo multidisciplinario, con énfasis en las experiencias y desafíos de su actuación en un programa de atención domiciliaria en el municipio de el Centro-Oeste de Paraná. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo realizado mediante entrevistas semiestructuradas compuestas por seis preguntas, aplicadas a quince profesionales del *Programa Melhor em Casa* (Mejor en Casa), con análisis de contenido según el método de Laurence Bardin.**Resultados:**El estudio evidenció que la actuación del equipo multidisciplinario se caracteriza por la empatía, el respeto, el diálogo y el vínculo con los pacientes atendidos. Se observó una comprensión integral de los cuidados paliativos por parte del equipo, aunque también se identificaron limitaciones en la cantidad de profesionales, especialmente médicos, así como la necesidad de mejoras estructurales en el entorno laboral, capacitación continua y apoyo emocional. **Conclusión:** La atención domiciliaria vinculada a los cuidados paliativos reafirma el compromiso con una salud pública más humanizada. Para garantizar la continuidad y el éxito de este trabajo, resulta fundamental mejorar la estructura, ampliar el número de profesionales del programa y promover una capacitación permanente que consolide la calidad del servicio prestado.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos, Equipo multidisciplinario, Humanización de la atención, Salud pública**.**

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são destinados a melhorar a qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças graves e ameaçadoras à vida, a abordagem do cuidado ocorre de maneira multidisciplinar e trata não só o paciente, como também a sua família. O principal objetivo é aliviar o sofrimento, tratando aspectos físicos como por exemplo a dor e a dispneia, mas também fatores psicológicos, espirituais e sociais. Esse método de cuidado começa desde o momento do diagnóstico de uma doença grave, em conjunto com os cuidados curativos, quando pertinente. Toda a trajetória da doença tem a prática dos cuidados paliativos presente, estando com o paciente até o fim da vida e prolongando o cuidado com os familiares no processo de luto (D' ALESSANDRO MPS, 2023).

O Programa Melhor em Casa, criado no ano de 2011 pelo Ministério da Saúde, fornece cuidados domiciliares para pacientes que necessitam de atenção regular, diminuindo o número de hospitalizações inapropriadas e visando recuperar a ambiência familiar. O principal objetivo do programa é melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o tempo de internação hospitalar. O público-alvo do programa são pacientes com limitações temporárias ou definitivas que dificultam a locomoção até as unidades de saúde e aos hospitais. Permitindo assim que o tratamento seja realizado na moradia do paciente, com suportes especializados de acordo com a necessidade de cada paciente (BRASIL, 2025).

Dentro do Programa Melhor em Casa, a equipe multidisciplinar é composta por profissionais da saúde das mais variadas áreas, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, além de outros profissionais conforme a necessidade individual do paciente, como fonoaudiólogos e nutricionistas. A atuação da equipe ocorre de maneira interdisciplinar, com o suporte individual, completo e personalizado aos pacientes em seu domicílio. Dessa maneira, oferecendo cuidados abrangentes e modelados de acordo com o estado do paciente, melhorando a condição da doença de base e consequentemente a qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2013).

Por vezes os profissionais podem obter valiosos aprendizados e experienciar sentimentos sublimes ao lidar com a subjetividade da doença ameaçadora à vida e a terminalidade dela. Entretanto, vivenciar em seu cotidiano as mais complexas questões atreladas progressão da enfermidade e o luto de pacientes e suas famílias, com quem criaram profundos vínculos afetivos, podem gerar sofrimentos multidimensionais que refletem em diversos âmbitos da vida (CARDOSO DH, et al., 2013).

A criação de um relacionamento interpessoal positivo entre equipe e paciente é uma ferramenta indispensável no estabelecimento de uma assistência integral e humanizada, podendo identificar sentimentos compartilhados, aflições e anseios minimizados. As estratégias de aproximação e interação social podem ser ferramentas extremamente úteis nesses casos para reduzir os agravos deixados pela doença em sua fase avançada, amparar e acolher tanto o paciente quanto a família (BRITO FM, et al., 2017).

Ao enfrentar diariamente a realidade da terminalidade da vida, muitos profissionais acabam se sensibilizando diante de momentos tão comoventes em sua rotina, com frequência se deparam com sentimentos de medo, angústia, incerteza e culpa. Eventualmente compartilhando das angústias e especialmente dos sofrimentos do doente como de sua família. Entretanto, usufruem de mesmo modo da satisfação pessoal e profissional em sua prática, ao encontrar novos significados para valores prévios, aceitando a fragilidade da finitude da vida e suas limitações, vivenciando diariamente a importância e o benefício da assistência humanizada oferecida pela equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos (CARDOSO DH, et al., 2013).

Este estudo tem como objetivo explorar o cenário da equipe multidisciplinar em um programa de cuidado domiciliar no município localizado na região Centro-Oeste do Paraná. Compreendendo através de uma perspectiva empática seu desempenho e as adversidades da sua atuação, bem como a integralidade que abrange a atuação técnica e emocional de profissionais na atenção paliativa. Além do mais, buscar entender as principais dificuldades enfrentadas na rotina desse trabalho, para que se propicie um ambiente de reflexão onde possa propor estratégias eficazes na sua resolução. Espera-se que este trabalho possa contribuir para a construção de conhecimento, e especialmente abrir espaço para discussão da dimensão que envolve o emprego desses profissionais que frequentemente se expõem a vivências tão comoventes e intensas atreladas a terminalidade da vida, com a finalidade de fornecer subsídio para o aperfeiçoamento da assistência oferecida, acolhendo os pacientes e suas famílias de forma eficiente e sobretudo humanizada.

## MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de uma busca de campo descritiva, de forma qualitativa, onde o pesquisador busca compreender mais do que quantificar (MINAYO MC, 2012). Este caráter de pesquisa não tem foco em instrumentos estatísticos e sim em uma descrição de contato direto com o campo e na interpretação social, realizando isso de maneira detalhada e sem perder qualidade do estudo (GODOY AS, 1995). Segundo Turato ER (2003), o processo investigativo envolve significados, representações, interações entre os pesquisadores e os participantes, sem uma separação rígida entre quem pesquisa e o contexto estudado.

O método de análise escolhido pelas pesquisadoras, seguiu as propostas de investigação qualitativa de Bardin L (2011). Trata-se de um método que busca interpretar de forma sistemática e objetiva e categoriza os conteúdos das mensagens do estudo, permitindo avaliações sobre a produção, recepção ou contexto em que o material foi gerado.

Essa forma de análise se amplia para a compreensão do que os dados comunicam, buscando significado, valor e relevância do estudo. No modelo de investigação de Laurence o processo ocorre em 3 etapas, onde cada etapa tem sua importância bem definida.

A primeira etapa é chamada de pré-análise, onde o pesquisador realiza uma leitura flutuante do material, define seus objetivos e fórmula as hipóteses, conhecendo os documentos e os indicadores norteados na pesquisa. A próxima etapa corresponde à exploração do material, neste momento é realizada uma

codificação e classificação em categorias ou subcategorias, obedecendo os critérios de homogeneidade, exaustividade e pertinência. E a última etapa, temos o processo de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, neste momento os dados são organizados de forma a facilitar a síntese e elaboração de inferências, correlacionando os achados da pesquisa com o referencial teórico prévio.

**Quadro 1 -** Etapas de análise do material.

| Pré-análise | Exploração do Material | Tratamento dos Resultados |
|---|---|---|
| • Leitura flutuante<br>• Definição dos objetivos<br>• Formulação das hipóteses | • Codificação<br>• Categorização | • Organização dos dados<br>• Síntese e elaboração de inferências |

**Fonte:** Fronczak APB, et al., 2026.

Esta pesquisa foi aceita e aprovada no Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Campo Real (CAAE: 86553724.5.0000.8947. Parecer: 7536176), respeitando assim as questões éticas envolvidas e descritas na Resolução CNS 196/96, atualizada pela 466/2012. Todos os profissionais participantes da pesquisa foram informados do caráter sigiloso da entrevista e assinaram o TCLE.

Os dados foram coletados por meio de um questionário com entrevista semiestruturada e perguntas abertas, que relacionam o profissional com o cuidado paliativo e o cenário em que estão inseridos. A entrevista foi realizada com o auxílio de gravadores dos dispositivos móveis das entrevistadoras. As seguintes perguntas foram feitas aos participantes:

*1. O que você entende sobre cuidado paliativo?;*

*2. Qual o vínculo estabelecido entre os profissionais e pacientes / família e a importância desse vínculo?;*

*3.O que o cuidado paliativo mudou em sua vida?;*

*4.Quais os principais desafios em sua rotina de trabalho?;*

*5.Como são enfrentadas as divergências de opinião entre os membros da equipe?;*

*6.Se pudesse escolher uma melhoria a ser estabelecida em seu trabalho, qual seria ela?*

O público do estudo foi composto por 15 participantes, sendo eles funcionários da equipe multidisciplinar EMAP e EMAD do Programa Melhor em Casa em um município localizado na região Centro-Oeste do Paraná, que aceitaram participar da entrevista e da coleta de informações sobre a relação de trabalho e envolvimento psicológico com os pacientes sob cuidados paliativos. Foram excluídas pessoas que não atuam no Programa Melhor em Casa, que não atuam com os pacientes relacionados aos Cuidados Paliativos ou que não se encaixaram nos critérios estabelecidos.

As respostas das entrevistas foram transcritas e organizadas com auxílio do Google Documentos. A escuta das gravações para a uma transcrição de qualidade ocorreu no próprio dispositivo das pesquisadoras, podendo assim, escutar mais de uma vez se necessário para uma maior precisão dos dados.

A análise das informações obtidas nas entrevistas seguiu três etapas principais: exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação de dados, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo temática por frequência.

Na primeira etapa, foi realizada a transcrição da entrevista com posterior leitura exploratória, etapa essa que ajuda a entender o cenário que se encaixam os relatos. Na segunda etapa, o material foi analisado novamente para realizar recortes do texto com o objetivo de encontrar as categorias de análise. Na fase de tratamento as categorias de análise foram definidas, de forma a separar as perguntas, criadas a partir dos discursos proferidos pelos participantes.

A primeira etapa de análise de Bardin concentra-se no momento de preparação, onde o material a ser utilizado e as formas como serão utilizadas são pensadas. Então fizemos a entrevista e a transcrição dela ocorreu no aplicativo Google Documentos, e usamos esse arquivo como nosso material de análise. Após a transcrição temos um momento de leitura plena para entender as respostas mais comuns para conseguir criar as categorias

Após a seleção do material, codificamos o material em alguns grupos que já categorizamos, em toda a entrevista e de todos os momentos temos que codificar as respostas dos nossos entrevistados, a organização de codificação encaixa-se na análise temática de Bardin.

Para fins de organização da pesquisa, a categorização foi feita em associação às perguntas realizadas na entrevista e para cada questionamento foram identificadas as principais categorias e como elas se relacionam com a literatura já existente sobre o tema de estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O significado da palavra paliativo vem do latim *pallium* que significa “manto” e “proteção”. Colocando como símbolo o ato de cuidar, proteger e aliviar o sofrimento, mesmo quando a cura já não é possível (OLIVEIRA LC, 2019). Dessa forma, não significa desistência e sim uma abordagem diferenciada no tratamento do paciente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), coloca o cuidado paliativo como uma maneira de melhorar a qualidade de vida do paciente e dos familiares, que estão envolvidos com doenças ameaçadoras à vida. Essa melhora na qualidade de vida deve ocorrer por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual dos pacientes. A prática e as abordagens paliativas devem ser iniciadas de maneira precoce, por vezes junto com as terapias modificadoras da doença (OMS, 2020).

Segundo os entrevistados, a compreensão sobre o que é cuidado paliativo gira em torno de algumas categorias, tais quais seriam: conforto, segurança e alívio de sofrimento. O que está em concordância com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), que descreve os cuidados paliativos de forma muito semelhante às respostas dos entrevistados, tais apontamentos ficam claros nas falas dos participantes.

> *“É um cuidado mais sensível, que temos que prestar conforto para o paciente.” (Participante 1)*

> *“O cuidado dá conforto para o paciente fazer a passagem mais tranquila, sem dor e sem sofrimento.” (Participante 5)*

> *“É uma abordagem que visa conforto, controle de sintomas mediante um paciente que está em uma doença que ameaça a vida.” (Participante 12)*

Outros estudos brasileiros também colocam os cuidados paliativos indo além do controle dos sintomas, englobando aspectos psicológicos, sociais e espirituais, visando sempre a comunicação empática e o vínculo com o paciente (BRASIL, 2013). Aspectos estes que também são observados nas respostas dos entrevistados, mostrando a vivência coerente com a literatura, trazendo uma visão ampliada do cuidado.

> *“Não é só tratar o sintoma, temos que ver bem o ambiente inteiro do paciente.” (Participante 6)*

> *“Às vezes a gente não dá bola, mas a forma como o paciente encara a doença ajuda muito no trabalho.” (Participante 3)*

De acordo com as respostas dos profissionais, o vínculo entre equipe, paciente e família aparece como principal elemento do cuidado paliativo. Na literatura, temos o estabelecimento de laços de confiança e afetividade como pilar essencial para adesão ao tratamento e para o bem-estar dos envolvidos (CAMPOS VF, et al., 2019).

> *"A gente passa uma segurança, dá mais sentido pra família, acalento para aquele momento difícil que é tudo desconhecido." (Participante 8)*

> *"Tem muitas famílias que são bem vulneráveis, às vezes não tem rede de apoio. Então o único vínculo que eles têm às vezes é com a equipe." (Participante 5)*

> *"Como estamos indo todos os dias na casa do paciente, acabamos criando vínculo e ajuda muito para eles seguirem o nosso tratamento." (Participante 10)*

O acolhimento e o diálogo promovem uma relação terapêutica humanizada, que é capaz de reduzir o sofrimento e proporcionar um cuidado integral, respeitando os valores e as crenças de cada indivíduo (COSTA LMF, et al., 2022).

Aqui podemos notar que as falas dos entrevistados refletem o modelo humanizado defendido pelas políticas públicas de atenção domiciliar e cuidados paliativos do Brasil.

> *"Sempre que a gente faz as visitas domiciliares, a gente tem a escuta qualificada, acolhemos o paciente e a família também." (Participante 7)*

> *"A gente sabe que é uma situação que vai se encaminhando para o fim, e temos que ter sensibilidade e lembrar que o paciente é um ente querido de alguém." (Participante 11)*

Os entrevistados citam rede de apoio, confiança, segurança, efetividade do trabalho e acolhimento como principais respostas e principais valores do vínculo. Tais respostas encontram-se de acordo com a literatura, onde temos uma abordagem humanizada dos cuidados paliativos, que entende o sofrimento como uma experiência entre o paciente, a família e a equipe (GUERRA CC, et al., 2024).

> *"Eu enxergo que o vínculo com a família é a gente passar segurança do nosso cuidado com o paciente." (Participante 13)*

> *"Quando os pacientes confiam na gente o trabalho fica bem mais fácil." (Participante 15)*

> *"Eles chegam sem saber nada da doença, sem ter ideia do prognóstico e é nosso papel explicar e acolher as dores deles." (Participante 4)*

Dentre as respostas citadas, alguns entrevistados mencionaram mudanças em conceitos prévios de humanização e empatia. Como já referido por Silva CA, et al. (2020), a atuação frente à terminalidade expõe dificuldades e angústias, mas também proporciona ressignificação emocional e sensação de realização ao compreender a morte como parte natural do ciclo da vida.

> *"Consegue fazer você ser mais humano, mais atencioso, se preocupar mais com o outro, com os problemas do paciente." (Participante 11)*

> *"Mudou muita coisa na minha vida, passei a ter mais empatia e me cuidar mais." (Participante 5)*

A escuta empática e a tolerância ao sofrimento foram apontadas como competências essenciais adquiridas ao longo da prática profissional. Para Sinclair S et al. (2020), o trabalho em cuidados paliativos exige acolhimento, escuta ativa e capacidade de compreender a complexidade que envolve a morte, buscando apoio para lidar com o luto quando necessário, de modo que a assistência seja realmente humanizada.

> *"É uma forma nova de ver a morte e o fim da vida, você tem uma visão diferente das coisas." (Participante 7)*

A falta de compreensão da população sobre os cuidados paliativos também foi recorrente. Esse achado converge com Guerra CC, et al. (2024), que apontam o desconhecimento generalizado sobre a essência da abordagem e a crença equivocada de que ela seria restrita a pacientes com câncer ou em fase terminal, o que limita sua aplicação adequada.

> *"Não saber se o paciente entende em que fase está, às vezes não sabemos se compreende o diagnóstico ou se a família já aceitou para saber como abordar." (Participante 10)*

Em relação aos aspectos emocionais, sentimentos como medo, tristeza e impotência foram relatados com frequência. Conviver com perdas recorrentes pode gerar sobrecarga emocional, especialmente quando o vínculo é estreito. Cardoso DH, et al. (2013) afirmam que esse envolvimento, embora intensifique o sofrimento compartilhado, é também o que fortalece a humanização da assistência.

> *"Se envolver com a família, eles trazem bastante angústia e sofrimento e isso acaba afetando a gente de alguma forma." (Participante 13)*

Outro obstáculo ressaltado é o estigma associado ao termo "paliativo", presente tanto nas famílias quanto entre profissionais. Esse aspecto confirma o observado por Oliveira DSA et al. (2019), que identificaram resistência até mesmo ao uso da palavra "câncer", vista culturalmente como negativa e carregada de sofrimento, percepção que se estende ao campo dos cuidados paliativos.

> *"Outro desafio é mudar a compreensão da população do que é cuidado paliativo, para tirar o estigma de algo ruim, que vai ser sempre penoso, que traz tristeza ou perda." (Participante 1)*

> *"Humanização principalmente." (Participante 15)*

> *"Desafio é você estar no dia a dia convivendo com a morte, ter um psicológico forte, para poder enfrentar essas situações, eles trazem bastante angústia e sofrimento e isso acaba afetando a gente de alguma forma." (Participante 11)*

Na continuidade da entrevista, os participantes relataram que as divergências de opinião entre os membros da equipe do Melhor em Casa por vezes ocorrem, mas são enfrentadas e solucionadas durante as reuniões de equipe que acontecem toda segunda-feira pela manhã. Essa prática aparece nas falas, como quando um profissional afirma:

> *"Nós temos a reunião toda segunda-feira, lá passamos os casos de todos os pacientes e tentamos resolver dessa forma, tentamos discutir cada caso para a equipe falar em uma linguagem só para não ter divergências." (Participante 8)*

Outro participante reforça que esse alinhamento se consolidou com o tempo:

> *"Essa questão de divergência ocorreu mais nos primeiros dias da equipe, mas agora todos estão praticamente conseguindo se alinhar, falar a mesma língua." (Participante 4)*

Há ainda o relato de que as divergências são mínimas na rotina:

> *"Não tem muita divergência, todos falam mais ou menos na mesma língua." (Participante 10)*

Considerando isso, a comunicação verbal ou não verbal instaurada em debates e discussões, como forma de alinhamento das decisões, é fundamental na área da saúde e instrumento de base para promover os cuidados paliativos, sendo a escuta ativa uma estratégia ética para buscar consenso com base nos valores do paciente (CAMPOS VF, et al., 2019). Brito FM, et al. (2017) complementam que reuniões e compartilhamento de experiências contribuem para solucionar dilemas e manter uma linguagem unificada conforme as demandas dos pacientes, fortalecendo o trabalho interdisciplinar.

Além disso, conforme as respostas dos profissionais, o enfrentamento das divergências é pautado no respeito, diálogo e paciência, pilares do atendimento humanizado. Nesse sentido, os próprios entrevistados enfatizam a importância de manter um discurso comum, o que foi expresso por falas como:

> *"Falar em uma linguagem só." (Participante 2)*

Esse aspecto converge com o que Alves EF (2013) discute sobre a necessidade de uniformização do discurso para garantir coerência ética e emocional ao paciente. Essa prática também se articula ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), utilizado para integrar e individualizar as condutas no contexto dos cuidados paliativos.

No que diz respeito às melhorias necessárias, os entrevistados apontaram questões estruturais, organizacionais e formativas. Um dos profissionais destaca:

> *"Uma melhoria que eu diria são os protocolos no geral, precisamos melhorar." (Participante 8)*

Outro evidencia a necessidade de maior disponibilidade médica:

> *"Tínhamos que ter médico em todos os períodos, poderia ter sobreaviso também nos fins de semana para dar um suporte maior para a equipe e para a própria família." (Participante 6)*

A insuficiência de profissionais também foi ressaltada:

> *"Precisávamos ter mais profissionais em maior tempo, nos períodos noturnos não temos médicos, a enfermagem acaba se sobrecarregando." (Participante 13)*

Essas percepções refletem que o êxito da qualidade do cuidado paliativo depende de preparação técnica, recursos adequados e suporte institucional, como afirmam Silva CA, et al. (2020). Por fim, Gutiérrez MA, et al. (2016) destacam que o Brasil ainda apresenta um panorama marcado por limitações estruturais e desafios de gestão, reforçando a pertinência das melhorias sugeridas. Além disso, um estudo publicado pela *BMC Palliative Care* evidencia que a oferta de cuidados paliativos no país permanece limitada e desigual, sobretudo pela insuficiência de profissionais capacitados e pela falta de formação continuada das equipes multiprofissionais (BOAVENTURA JR, et al., 2022).

## CONCLUSÃO

O estudo teve como objetivo compreender a atuação da equipe multiprofissional do Programa Melhor em Casa, em um município localizado na região Centro-Oeste do Paraná, com foco nos cuidados paliativos. Os resultados mostraram que os profissionais possuem entendimento sólido sobre o conceito e as práticas desses tipos de cuidados, destacando o vínculo e a confiança com os pacientes como elementos centrais para uma assistência humanizada. Contudo, o envolvimento emocional revelou a necessidade de suporte psicológico institucional. Observou-se também que a vivência com os cuidados paliativos transformou a visão pessoal e profissional dos participantes, reforçando valores como empatia, sensibilidade e aceitação da morte. Entre as sugestões de aprimoramento, ressaltaram-se a necessidade de capacitação contínua, melhorias estruturais e fortalecimento das políticas públicas. Apesar da limitação territorial da pesquisa, o estudo evidencia a relevância do cuidado domiciliar e paliativo como expressão de empatia, dignidade e compromisso com a vida, contribuindo para a valorização dos profissionais e para o fortalecimento da saúde pública brasileira.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço equipe do Programa Melhor em Casa do município localizado na região Centro-Oeste do Paraná, pela disponibilidade de contribuir com a pesquisa, tornando possível a realização e construção deste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. ALVES EF. A comunicação da equipe de enfermagem com o paciente em cuidados paliativos. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 2013; 34 (1): 55–62.

2. ARAÚJO RL DE, SILVA LA DA. Cuidados paliativos – a comunicação como ferramenta no atendimento humanizado. Revista Augustus, 2019; 24 (48): 101–114.
3. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
4. BOAVENTURA JR, et al. Palliative care in the pre-hospital service in Brazil: experiences of health professionals. BMC Palliative Care, 2022; 21 (4). DOI: 10.1186/s12904-021-00890-4.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf . Acesso em: 17 de abr. 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa. Disponivel em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/melhor-em-casa . Acesso em: 20 abr. 2025.
7. BRITO FM, et al. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 2017; 9 (1): 210–216.
8. CAMPOS VF, et al. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. Revista Bioética, 2019; 27 (4):658–667.
9. CARDOSO DH, et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional, 2013.
10. COSTA LMF, et al. A relação profissional-paciente no contexto dos cuidados paliativos: desafios e potencialidades. Ciência & Saúde Coletiva, 2022; 27 (3):1017–1026.
11. D'ALESSANDRO MPS, et al. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.
12. GODOY AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas,1995; 35 (3): 20–29.
13. GUTIÉRREZ MA, et al. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina: desafios e perspectivas. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2016; 40 (109): 134–147.
14. GUERRA CC, et al. Percepção de profissionais de saúde frente aos cuidados paliativos. Revista Bioética, 2024; 32.
15. MINAYO MC de S.O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
16. OLIVEIRA DAS, et al. Sentimentos de pacientes em cuidados paliativos sobre modificações corporais ocasionadas pelo câncer. Revista Acervo Saúde, 2019.
17. OLIVEIRA LC. Cuidados Paliativos: por que precisamos falar sobre isso? Palliative care: Why do we need to talk about it? Revista Brasileira de Cancerologia, 2019; 65 (4): 1-3.
18. PESSINI L, BERTACHINI L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2021.
19. SILVA CA, et al. Cuidados paliativos em equipe multiprofissional de atenção domiciliar em Porto Alegre. Revista APS, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2020 (2).
20. SINCLAIR S, et al. Development and validation of a patient-reported measure of compassion in healthcare: The Sinclair Compassion Questionnaire (SCQ). BMJ Open, 2021; 11 (6), e045988.
21. TURATO ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública, 2003; 37(4): 507–514.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO, 2020.