



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA, GEOCIÊNCIAS E SAÚDE
COLETIVA**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO
TRABALHADOR**

FERNANDA GOMES DA SILVA

**UM COPO QUEBRADO, CACOS JOGADOS NO LIXO:
CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES E A SAÚDE MENTAL DE
TRABALHADORES NA PERSPECTIVA DE EQUIPE DE ENFERMAGEM**

UBERLÂNDIA-MG

2026

FERNANDA GOMES DA SILVA

**UM COPO QUEBRADO, CACOS JOGADOS NO LIXO:
CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES E A SAÚDE MENTAL DE
TRABALHADORES NA PERSPECTIVA DE EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGSAT) da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Anna Cláudia Yokoyama
dos Anjos

Coorientadora: Profa. Dra. Rosimár Alves Querino

UBERLÂNDIA-MG

2026

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo (a) próprio (a) autor (a).

S586 2026	Silva, Fernanda Gomes da, 1981-. Um copo quebrado, cacos jogados no lixo: Cuidados paliativos domiciliares e a saúde mental de trabalhadores na perspectiva da equipe de enfermagem. / Fernanda Gomes da Silva. - 2026. Orientadora: Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos. Coorientadora: Rosimár Alves Querino. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Modo de acesso: Internet. DOI http://doi.org/10.14393/ufu.di.2026.491 Inclui bibliografia. 1. Geografia médica. I. Anjos, Anna Cláudia Yokoyama dos, 1971-, (Orient.). II. Querino, Rosimár Alves, 1974-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. IV. Título. CDU: 910.1:61
--------------	---

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - ppgsat@igesc.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	19/06/2026	Hora de início:	13h:30	Hora de encerramento:	15h
Matrícula do Discente:	12412GST012				
Nome do Discente:	Fernanda Gomes da Silva				
Título do Trabalho:	Um copo quebrado, cacos jogados no lixo: cuidados paliativos domiciliar e saúde mental de trabalhadores na perspectiva de equipe de enfermagem				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as):

Nome completo	Departamento/Faculdade de origem
Daniela Barsotti Santos	UFTM (Universidade Federal do Triângulo Mineiro)
Vander Monteiro da Conceição	Universidade Federal de Fronteira do Sul I
Rosimár Alves Querino (Coorientadora da candidata)	UFTM (Universidade Federal do Triângulo Mineiro)

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Rosimár Alves Querino apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Daniela Barsotti Santos, Usuário Externo**, em 30/06/2026, às 19:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ROSIMAR ALVES QUERINO, Usuário Externo**, em 02/07/2026, às 10:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vander Monteiro da Conceição, Usuário Externo**, em 04/07/2026, às 18:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **7400826** e o código CRC **03A3A8D4**.

Um copo quebrado, cacos jogados no lixo:
Cuidados paliativos domiciliares e a saúde mental de
trabalhadores na perspectiva da equipe de enfermagem

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação Mestrado
Profissional em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador (PPGSAT) da
Universidade Federal de Uberlândia,
Instituto de Geografia, Geociências e
Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde do Trabalhador

Uberlândia, 19 de junho de 2026.

Resultado: Aprovada

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia
Faculdade de Medicina - Curso de Enfermagem e PPGSAT/UFU

Profa. Dra. Rosimár Alves Querino (Coorientadora)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Departamento de Saúde
Coletiva e PPGSAT/UFU

Profa. Dra. Daniela Barsotti Santos
Universidade Federal do Triângulo
Mineiro Departamento de Saúde
Coletiva

Prof. Dr. Vander Monteiro da
Conceição Universidade Federal da
Fronteira do Sul
Curso de Graduação em Enfermagem e PPGEnf-UFFS

Dedico este trabalho especialmente aos pacientes que, em processo de morrer, me ensinaram tanto sobre a vida. E aos meus colegas de enfermagem que, no exercício do cuidado, transformam os limites do cuidar em possibilidades de presença e dignidade.

AGRADECIMENTOS

Aos encontros que sustentaram este percurso, deixo minha gratidão.

Ao meu amigo Wederson, que me incentivou a ingressar no mestrado e compartilhou, com generosidade, os caminhos que tornaram essa trajetória possível.

À Darli, pelo cuidado amoroso comigo e com minhas “dogs”, permitindo que eu me dedicasse a este trabalho com tranquilidade.

À Universidade Federal de Uberlândia, pela oportunidade de mais uma vez ter acesso à educação pública de qualidade, tornando possível esta conquista.

À minha orientadora Anna Cláudia, pela condução deste trabalho com compromisso e apoio, mesmo diante de desafios pessoais.

À minha coorientadora Rosimár Querino, delicada, paciente, dedicada, por respeitar meu tempo e minhas limitações, oferecendo suporte constante ao longo do processo.

Ao Sr. Arlindo, paciente querido, cuja trajetória e partida me ensinaram sobre um luto que eu já havia vivido, mas ainda não identificado.

Por fim, ao mais importante de todos, Deus, “Inteligência Suprema, causa primária de todas as coisas”, por estar sempre comigo, por conduzir e prover os meios necessários para que eu chegasse até aqui.

É um privilégio poder compreender o luto, enquanto experiência humana, também à luz da ciência, entendendo que a verdadeira sabedoria se constrói na integração entre conhecimento científico e humanidade.

“O verdadeiro homem de bem é aquele que pratica a lei de justiça, de amor e de caridade, na sua maior pureza.”

Allan Kardec

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo compreender os sentidos atribuídos pelos profissionais de enfermagem ao processo de morte e morrer no contexto dos cuidados paliativos domiciliares. O estudo utilizou-se de métodos mistos e foi desenvolvido no Serviço de Atenção Domiciliar de um município do interior do estado de Minas Gerais, vinculado ao Programa Melhor em Casa. Participaram da etapa quantitativa 19 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros/as e técnicos/as), que responderam a um questionário sociodemográfico e a um instrumento sobre vivências de luto profissional, composto por afirmações com respostas em formato tipo Likert, relacionadas ao preparo emocional e ao suporte institucional. Na etapa qualitativa, 12 participantes integraram dois grupos focais, cujos dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados mostraram que o cuidado paliativo domiciliar promove a construção de vínculos significativos entre os profissionais, pacientes e familiares. Fundamentais para o cuidado, os vínculos se desdobram no sofrimento emocional da equipe de enfermagem diante do processo de morte e morrer. Verificou-se o reconhecimento do impacto do luto sobre a saúde mental desses trabalhadores, associado à percepção da insuficiência de suporte institucional e fragilidades na formação para lidar com a terminalidade. O sofrimento familiar também afeta os profissionais, intensificando a carga emocional do cuidado. A triangulação entre os dados quantitativos e qualitativos elucidou que o luto profissional permanece, muitas vezes, invisibilizado no ambiente de trabalho, sendo manejado, na maioria dos casos, por estratégias individuais e apoio informal entre colegas. O estudo indicou que a atuação em cuidados paliativos domiciliares exige competências técnico-científicas e reconhecimento institucional das dimensões subjetivas envolvidas no trabalho. Embora o luto seja reconhecido como dimensão constitutiva da prática em cuidados paliativos domiciliares, esse reconhecimento não é acompanhado por suporte institucional. Reconhecer o sofrimento psíquico decorrente do luto profissional como fenômeno ocupacional, e não como fragilidade individual, constitui passo fundamental para fortalecer o PMC e promover ambientes de trabalho mais humanos, protetores e sustentáveis. Investir em lideranças sensíveis, formação em saúde mental no âmbito da graduação e da educação permanente e criação de espaços de escuta e de acolhimento são passos fundamentais para a promoção da saúde da equipe de enfermagem e para a sustentabilidade ética e humana das práticas de cuidado paliativo no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: cuidados paliativos; atenção domiciliar; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

This study aimed to understand the meanings nursing professionals attribute to the process of death and dying within the context of home-based palliative care. A mixed-methods approach was employed, and the study was conducted at the Home Care Service of a municipality in the interior of Minas Gerais, linked to the *Melhor em Casa* (Better at Home) Program. Nineteen nursing team members (registered nurses and nursing technicians) participated in the quantitative phase; they completed a sociodemographic questionnaire and an instrument regarding experiences of professional grief, consisting of statements with a Likert-type response format concerning emotional preparedness and institutional support. In the qualitative phase, 12 participants took part in two focus groups, with the resulting data subjected to thematic content analysis. The results showed that home-based palliative care fosters the development of meaningful bonds among professionals, patients, and family members. While fundamental to care, these bonds also lead to emotional distress for the nursing team when facing the process of death and dying. The study identified an acknowledgment of the impact of grief on these workers' mental health, linked to a perceived lack of institutional support and inadequacies in training for dealing with end-of-life care. Family distress also affects the professionals, intensifying the emotional burden of caregiving. Triangulation of quantitative and qualitative data revealed that professional grief often remains invisible in the workplace, with management relying mostly on individual strategies and informal peer support. The study indicated that working in home-based palliative care requires both technical-scientific competencies and institutional recognition of the subjective dimensions involved in the work. Although grief is recognized as an inherent part of home-based palliative care practice, this recognition is not matched by institutional support. Recognizing the psychological distress resulting from professional grief as an occupational phenomenon—rather than an individual weakness—is a crucial step toward strengthening the *Melhor em Casa* Program and fostering work environments that are more humane, protective, and sustainable. Investing in empathetic leadership, mental health training within undergraduate and continuing education, and the creation of spaces for listening and support are fundamental steps toward promoting the health of the nursing team and ensuring the ethical and human sustainability of palliative care practices within the Unified Health System (SUS).

Keywords: palliative care; home care; occupational health.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Categorias temáticas, subcategorias e relações com o instrumento tipo Likert.	33
Tabela 1	Caracterização sociodemográfica e laboral dos/as participantes.	27
Tabela 2	Percepções de profissionais de enfermagem do Serviço de Atenção Domiciliar sobre a vivência do luto segundo instrumento tipo Likert.	29

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	Atenção Domiciliar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CP	Cuidados Paliativos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EL	Enunciado do instrumento tipo Likert
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
Enf.	Enfermeiro/a
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
GM/MS	Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
IGESC	Instituto de Geografia, Geociências e Saúde Coletiva
PMC	Programa Melhor em Casa
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
PPGSAT	Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Téc.	Técnico/a
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

RESUMO	10
LISTA DE QUADROS E TABELAS	12
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	13
APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO.....	18
2 METODOLOGIA	22
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
2.2 PARTICIPANTES	22
2.3 CONSTRUÇÃO DE DADOS	23
2.4 ANÁLISE DE DADOS	24
2.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	27
3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E LABORAL DOS/AS PARTICIPANTES	27
3.2 O QUE O INSTRUMENTO COM RESPOSTAS EM FORMATO TIPO LIKERT REVELA SOBRE A EXPERIÊNCIA COM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES E O LUTO?	28
3.3 INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS.....	32
3.3.1 O cuidado paliativo domiciliar: intensificação do sofrimento emocional do profissional.....	34
3.3.2 Vínculo prolongado, ruptura abrupta e luto não reconhecido.....	39
3.3.3 Invisibilidade institucional do sofrimento profissional.....	42
3.3.4 Estratégias de enfrentamento e limites da formação profissional.....	46
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	54
ANEXO A IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	62
ANEXO B INSTRUMENTO TIPO LIKERT SOBRE VIVÊNCIAS DE LUTO PROFISSIONAL.....	63
ANEXO C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
ANEXO D ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....	68

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira há vinte anos, formada pela Universidade Federal de Uberlândia - 5ª turma de Enfermagem, um orgulho pra mim ter feito parte do início desse curso que é tão importante para a população como um todo.

Antes de ser enfermeira, sou a primeira de cinco filhos, a primeira a entrar na faculdade e a que mais incentivou os irmãos a fazerem o mesmo. Fui criada pela minha avó Anésia desde a morte da minha mãe e graças a ela tive a oportunidade de estudar e o privilégio de só trabalhar depois de ter concluído a faculdade.

Assim que me formei, em 2005, fui contratada para trabalhar em São Simão – GO, como enfermeira de equipe saúde da família (ESF). Depois de um ano retornei, sendo contratada pelo Hospital Santa Catarina onde permaneci durante sete anos. Na mesma época atuei como enfermeira triagista no Hemocentro Regional de Uberlândia. Junto com três enfermeiros implantei o serviço de triagem por enfermeiros neste serviço.

Em 2013, fui nomeada pelo concurso da Prefeitura Municipal de Uberlândia, onde permaneço até hoje, atualmente no serviço de Vigilância Epidemiológica. Sempre tive dois vínculos empregatícios, até o ano de 2019 quando, por motivos pessoais, decidi manter apenas o emprego na prefeitura e trabalhar menos.

Quando entrei na prefeitura fui alocada no Melhor em Casa, programa de atendimento domiciliar, onde permaneci até 2020. Neste serviço acredito que exerci o melhor da minha profissão: aprendi especialmente sobre os cuidados paliativos, que se tornou uma área de grande interesse para mim. Neste tempo aprendi sobre respeito às diferenças e crenças, sobre o cuidado que devemos ter ao adentrar o espaço sagrado do lar alheio e sobre como o ser humano é capaz de se adaptar ao sofrimento e também comemorar pequenas vitórias conseguidas à custa de dedicação e, principalmente, amor. Foram anos de intenso crescimento pessoal e espiritual também. Foi essa experiência, inclusive, que norteou a minha escolha para o tema de estudo do mestrado.

Em 2023, com o incentivo de um grande amigo, candidatei-me ao processo seletivo do mestrado e fui aprovada. A partir daí iniciei uma nova fase de amadurecimento profissional. O curso teve início em março de 2024 e, à medida que fui tendo acesso a tantas mentes diferentes da minha, professores qualificados, que ampliaram meu olhar sobre tantos aspectos e especialmente sobre o quanto o SUS é maravilhoso, pude ter um posicionamento mais sensível e consciente a respeito da saúde em nosso país.

Apesar de estar há 18 anos atuando em saúde pública, o mestrado me trouxe uma perspectiva mais politizada e consciente em relação a tudo que esse sistema representa para nossa população e o quanto somos privilegiados por termos acesso a políticas de saúde que, mesmo sendo atravessadas por desonestidade e busca de vantagens pessoais, ainda assim são de grande importância para a população.

Todas as disciplinas, sem exceção, me ensinaram a ter uma visão mais ampla sobre o processo saúde-doença-cuidado, sobre o quanto é importante cuidar do território pois ele é parte decisiva da saúde, do adoecimento e do cuidado da população. Aprendi sobre respeito às diferenças territoriais, sobre o quanto a informação é capaz de ajudar em todos os processos e que ela deve ser repassada levando em consideração as particularidades de cada território e sobre como a dedicação pode fazer a diferença num trabalho que envolve tantos atores.

Houve diversos desafios ao longo desse mestrado, pois conciliar estudo, profissão, responsabilidades domésticas e vida pessoal mostrou-se uma tarefa complexa e até exaustiva. No caso de nós mulheres, essa sobrecarga vai além da organização do tempo, faz parte de uma estrutura social que historicamente nos atribui a responsabilidade pelo cuidado e gestão da vida doméstica, mesmo quando exercemos atividades profissionais e acadêmicas em tempo integral. A chamada “dupla” ou “tripla jornada” segue naturalizada e o esforço físico, mental e emocional ao qual estamos submetidas para manter todos esses papéis perde-se nessa “obrigação social”.

A condição feminina no espaço acadêmico, especialmente para mulheres trabalhadoras, mostra a tensão que muitas vezes existe entre produtividade e cuidado. A universidade, embora seja espaço de produção de conhecimento, ainda funciona a partir de uma lógica de dedicação e disponibilidade integral, por vezes indiferente às demandas das mulheres que acumulam funções. Prazos rígidos, reuniões em horários incompatíveis com a rotina doméstica e a ausência de políticas institucionais efetivas de apoio às mulheres trabalhadoras deixam claro que a estrutura universitária, desenhada para sujeitos que não carregam a responsabilidade primária pelo cuidado, apesar de alguns avanços, ainda se mantém aquém daquilo que mulheres com multi tarefas/papéis necessitam para se desenvolver academicamente.

Assim, para além do campo intelectual, meu percurso formativo se deu também no enfrentamento cotidiano das desigualdades de gênero que ainda atravessam a experiência acadêmica. Todo esse processo exigiu organização, disciplina e resistência. Ao reconhecer essas dificuldades não falo de fragilidade, mas me posiciono criticamente diante de uma realidade estrutural que ainda precisa ser revista para que a permanência e o sucesso das

mulheres na pós-graduação não dependa prioritariamente de esforço individual, mas de condições institucionais mais equitativas.

Concluo este mestrado me sentindo uma pessoa um pouco melhor, mais consciente das responsabilidades que me cabem e mais comprometida com o cuidado que ofereço. Esta trajetória ampliou meu olhar sobre a prática profissional, sobre o outro e sobre mim mesma. Sigo com a certeza de que continuarei atuando com competência, dedicação e respeito, valores que fazem parte da minha construção pessoal e profissional. O mestrado me mostrou que é possível ter um posicionamento político e, principalmente, que é necessário mostrar coerência entre nossas atitudes e palavras. A oportunidade do conhecimento aliado à crítica, em nosso país, deve ser valorizada e honrada, pois sabemos quão privilegiados somos por fazer parte de uma parcela da população que tem acesso gratuito e de qualidade ao ensino.

A pesquisa desenvolvida no âmbito do mestrado é resultado de inquietações nascidas de minha atuação profissional no Sistema Único de Saúde e foi desenvolvida junto às equipes do Programa Melhor em Casa. O processo de pesquisa e os resultados são apresentados em forma de dissertação estruturada em seções que buscam conduzir o/a leitor/a da contextualização do tema à análise dos achados da pesquisa. A primeira seção apresenta a introdução, contemplando a contextualização do tema e os objetivos do estudo. A seção seguinte descreve o percurso metodológico, incluindo o tipo de estudo, os/as participantes, os procedimentos de construção e a análise dos dados, bem como os aspectos éticos.

Na sequência, são apresentados os resultados e discussões, organizados em eixos temáticos que abordam a caracterização dos participantes, a análise da experiência com cuidados paliativos domiciliares e o luto, além das dimensões relacionadas ao sofrimento profissional, vínculo, invisibilidade institucional e estratégias de enfrentamento. Por fim, são apresentadas as considerações finais do estudo, seguidas das referências e anexos.

1 INTRODUÇÃO

A desospitalização passou a ocupar lugar de destaque na organização dos serviços de saúde, configurando-se não apenas como alta hospitalar, mas como processo planejado de transição do cuidado, orientado pela continuidade assistencial e pela articulação em rede (Brasil, 2020). Esse movimento dialoga com a perspectiva da integralidade, entendida como valor estruturante do cuidado que se opõe à fragmentação e à centralidade exclusiva do hospital na produção da atenção à saúde (Mattos, 2009).

Ao deslocar o eixo do cuidado para o território, a desospitalização exige reorganização das práticas e integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), superando modelos assistenciais episódicos e fortalecendo a coordenação do cuidado (Mendes, 2011; Castro *et al.*, 2018). Nesse contexto, a Atenção Domiciliar (AD) se consolida como modalidade de assistência realizada no domicílio, envolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, de forma integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2016).

No SUS, a AD é operacionalizada pelo Programa Melhor em Casa (PMC) que organiza os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), compostos pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e pelas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), responsáveis pelo acompanhamento de pacientes com diferentes graus de complexidade clínica e dependência funcional. Nesse cenário, a prática assistencial se estrutura a partir de uma lógica interdisciplinar, orientada pela integralidade do cuidado e pela articulação entre saberes no contexto de vida do paciente e de sua família (Brasil, 2012; Brasil, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2016), as EMAD devem ser compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem. Já as EMAP são formadas por profissionais de diferentes áreas, como assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional, que atuam de forma complementar às equipes de referência.

Nesse contexto, a enfermagem assume papel central na organização e condução do cuidado, atuando na execução de procedimentos técnicos, no acompanhamento da evolução clínica dos pacientes, no planejamento assistencial e na articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde (Silva *et al.*, 2014; Andrade *et al.*, 2017). Além disso, participa ativamente do processo de desospitalização e da transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio, contribuindo para a continuidade assistencial e para a coordenação das ações

de saúde (Costa *et al.*, 2020). A presença prolongada desses profissionais no ambiente domiciliar favorece o estabelecimento de vínculos com pacientes e familiares, uma vez que o cuidado ocorre em um espaço permeado por relações afetivas, histórias de vida e significados atribuídos ao processo de adoecimento.

Entre as demandas assistenciais que emergem nesse cenário, destacam-se os cuidados paliativos (CP), especialmente em situações de doenças crônicas avançadas e de fim de vida. Essa abordagem de assistência promove a qualidade de vida de pacientes e familiares em casos de doenças ameaçadoras da vida, prevenindo e aliviando o sofrimento em suas múltiplas dimensões (WHO, 2020). Essa modalidade de cuidado origina-se no movimento *hospice* moderno, desenvolvido por Cicely Saunders, que propôs uma nova forma de compreender o sofrimento humano no contexto do adoecimento, deslocando o foco da doença para a experiência integral do paciente (Saunders, 2001). Nesse sentido, a noção de “dor total”, atribuída a Saunders, compreende o sofrimento como fenômeno multidimensional, abrangendo dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. Essa concepção ampliou o entendimento de cuidados paliativos ao reconhecer que o sofrimento humano não pode ser reduzido à dimensão biológica, exigindo uma abordagem integral e centrada nas necessidades do indivíduo (Wood, 2024). A incorporação desse conceito reforça a necessidade de intervenções que controlem não apenas os sintomas físicos, mas ofereçam suporte emocional, social e espiritual, o que demanda atuação interdisciplinar orientada pela integralidade do cuidado.

A demanda por cuidados paliativos no Brasil tem sido ampliada, pois a população está envelhecendo e, a despeito dos avanços da medicina, tem havido um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estima-se que aproximadamente 56,8 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos anualmente, embora o acesso ainda seja restrito, especialmente em países de baixa e média renda (WHO, 2020). No Brasil, a instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), por meio da Portaria GM/MS nº 3.681/2024, é um avanço significativo uma vez que reconhece a natureza multidimensional do sofrimento (físico, emocional, social e espiritual) e orienta a integração dessa modalidade de cuidado nos diferentes níveis de atenção (Brasil, 2024).

No contexto domiciliar, os cuidados paliativos acontecem num ambiente atravessado por vínculos e diferentes afetos, permitindo que a experiência da morte seja mais próxima e humanizada. No entanto, essa mesma proximidade intensifica a exposição dos profissionais a perdas recorrentes. O contato frequente com a terminalidade pode provocar sentimentos como tristeza e impotência, além de experiências relacionadas ao sofrimento moral e ao luto

antecipatório, influenciando na saúde mental dos trabalhadores e até na qualidade do cuidado ofertado (Monteiro; Mendes; Beck, 2020; Vasconcellos *et al.*, 2020).

Nesse cenário, o luto profissional decorrente da perda de pacientes acompanhados por longos períodos permanece, por vezes, invisibilizado nas instituições de saúde. Diante disso, a atuação em cuidados paliativos domiciliares exige dos profissionais de enfermagem não apenas competências técnico-científicas, mas também elevado investimento emocional. O cuidado se desenvolve em proximidade contínua com o sofrimento, a finitude e as demandas subjetivas de pacientes e familiares. Tal característica do trabalho amplia a exposição a perdas recorrentes, podendo repercutir na saúde mental dos trabalhadores e evidenciar a necessidade de reconhecimento institucional dessas vivências como parte constitutiva do processo de trabalho em saúde.

Embora os cuidados paliativos reconheçam que o sofrimento do paciente e de sua família é multidimensional, a vivência do profissional que presta o cuidado nem sempre é observada com a mesma atenção nas práticas institucionais e nas políticas de apoio ao trabalhador.

No campo da atenção domiciliar, a literatura científica tem discutido sua relevância como estratégia para a continuidade do cuidado no SUS, especialmente diante do envelhecimento populacional e do aumento das doenças crônicas (Procópio *et al.*, 2019; Castro *et al.*, 2018). Na seara dos cuidados paliativos, tem sido destacada limitação nos processos formativos visando o preparo dos profissionais para lidar com o processo de morte e morrer (Kovács, 2010).

Nesse contexto, observa-se que a produção científica sobre o luto vivenciado por profissionais de enfermagem permanece predominantemente concentrada no ambiente hospitalar, evidenciando sentimentos como negação, impotência e frustração diante da morte dos pacientes (Jaskowiak *et al.*, 2013; Salbego *et al.*, 2022; Monteiro; Mendes; Beck, 2020). Ainda são escassos os estudos que investigam, de forma aprofundada, os sentidos atribuídos por esses profissionais à experiência da morte e do morrer no contexto domiciliar, especialmente em serviços públicos municipais. Tal lacuna é relevante, considerando as especificidades dos cuidados paliativos no domicílio, marcados pelo estabelecimento de vínculos prolongados, pela inserção no espaço familiar e pela continuidade do cuidado ao longo do processo de finitude. Compreender esses sentidos torna-se fundamental para a qualificação das práticas assistenciais, bem como para o desenvolvimento de estratégias institucionais de suporte emocional e a promoção de ambientes de trabalho mais humanizados e saudáveis.

Assim, evidencia-se uma tensão constitutiva do cuidado paliativo domiciliar: ao mesmo tempo em que a construção de vínculos favorece a humanização da assistência, ela também intensifica a experiência de perda vivenciada pelos profissionais. Essa dualidade coloca a equipe de enfermagem em uma posição singular, na qual o compromisso com o cuidado integral coexiste com a necessidade de elaborar, de forma contínua, os impactos emocionais decorrentes do acompanhamento da morte no cotidiano do trabalho.

Imbuídas do interesse em contribuir com a ampliação dos estudos, delineamos a questão norteadora do estudo: como o processo de morte e o morrer no contexto dos cuidados paliativos domiciliares é compreendido por profissionais de enfermagem de equipes da atenção domiciliar?

Assim, o objetivo geral deste estudo foi compreender os sentidos atribuídos pelos/as profissionais de enfermagem ao processo de morte e morrer em seu cotidiano de trabalho no cuidado paliativo domiciliar. Os objetivos específicos consistiram em: caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo; identificar possíveis relações entre o cuidado paliativo domiciliar com a saúde dos/as trabalhadores/as da equipe de enfermagem; verificar a abordagem dos cuidados paliativos e relações com a Saúde do Trabalhador nos processos formativos; mapear estratégias individuais e institucionais para manejo das demandas relacionadas à atuação com cuidados paliativos.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com métodos mistos e abordagem sequencial. Paranhos *et al.* (2016) destacam que nos estudos de métodos mistos os dados podem ser coletados e analisados de forma independente e, depois, integrados na etapa interpretativa, objetivando ampliar a compreensão do fenômeno investigado. Neste estudo, a etapa quantitativa foi realizada por meio da aplicação de um instrumento estruturado, composto por afirmações com respostas em formato tipo Likert, utilizado para mensurar percepções e atitudes relacionadas ao luto profissional, ao preparo emocional e ao suporte institucional, conforme empregado em pesquisas na área da saúde (Joshi *et al.*, 2015). A etapa qualitativa ocorreu com a realização de grupos focais, técnica que permite explorar percepções, experiências e significados construídos coletivamente entre os/as participantes (Krueger; Casey, 2015).

Ambos os roteiros foram previamente elaborados pelas autoras tendo como referência a experiência de atuação com os cuidados paliativos e os estudos no campo Saúde do Trabalhador e Cuidados Paliativos.

2.2 PARTICIPANTES

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de um município do interior do estado de Minas Gerais, vinculado ao PMC e à RAS.

O PMC compõe o SUS e visa ofertar cuidados domiciliares a pessoas com limitações temporárias ou permanentes que dificultam o deslocamento até os serviços de saúde. O programa tem como objetivo garantir a continuidade do cuidado no domicílio, favorecendo uma abordagem mais humanizada e contribuindo para a redução de internações hospitalares desnecessárias.

Neste município, o PMC foi implantado em 2013. O serviço é composto por equipes multiprofissionais que incluem médicos, enfermeiros/as, técnicos/as de enfermagem, assistentes sociais e outros profissionais de acordo com as necessidades assistenciais dos pacientes atendidos. No âmbito do programa, os usuários recebem acompanhamento regular por meio de visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde, cuja frequência varia conforme a complexidade clínica e assistencial de cada caso.

O estudo elegeu como foco os/as profissionais de enfermagem. Os critérios de inclusão foram assim definidos: profissionais de enfermagem (técnico/a e enfermeiro/a); com idade igual ou superior a 18 anos; com atuação em cuidados paliativos no SAD.

No período da construção de dados, o SAD possuía 25 profissionais de enfermagem, os/as quais constituíram a população elegível à pesquisa. Na etapa quantitativa, 19 profissionais responderam ao instrumento tipo Likert autoaplicável, correspondendo a uma taxa de adesão de 76%. Dentre os/as respondentes, 12 manifestaram interesse e disponibilidade para participar da etapa qualitativa, sendo distribuídos/as em dois grupos focais. Duas enfermeiras não participaram dos grupos focais, uma vez que se encontravam afastadas por motivos de saúde durante o período de realização da etapa qualitativa.

2.3 CONSTRUÇÃO DE DADOS

Os/as profissionais de enfermagem que atenderam aos critérios de inclusão foram esclarecidos/as sobre os objetivos do estudo, os métodos para a construção dos dados e manifestaram seu consentimento mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A construção dos dados ocorreu em duas fases complementares, conforme a abordagem sequencial adotada nesta investigação, iniciando-se pela etapa quantitativa e, posteriormente, pela etapa qualitativa, com integração dos achados na fase interpretativa. Na primeira fase foi aplicado, em ambiente reservado no SAD, um questionário semiestruturado e autoaplicável voltado à caracterização sociodemográfica e laboral dos/as participantes. O instrumento contemplou variáveis como faixa etária, sexo/gênero, formação acadêmica e tempo de atuação na enfermagem (Anexo A). Além deste, foi aplicado um instrumento tipo Likert, composto por oito afirmações relacionadas às percepções sobre morte e morrer, vivências do luto profissional, preparo emocional para o cuidado paliativo e percepção de suporte institucional.

As respostas foram organizadas em cinco níveis graduais de concordância, variando entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. As afirmativas constantes no instrumento foram elaboradas pelas pesquisadoras tendo como referência a literatura, a atuação da mestranda nas equipes de AD e a ampla atuação da orientadora no campo dos cuidados paliativos (Anjos *et al.*, 2020).

A utilização de respostas em formato tipo Likert fundamenta-se na proposta

desenvolvida por Rensis Likert (1932), amplamente empregada em pesquisas nas áreas da saúde e das ciências sociais para mensuração de atitudes e percepções. Trata-se de formato que permite avaliar o grau de concordância dos/as participantes frente a afirmações previamente estruturadas, organizadas em níveis graduais de resposta.

Conforme destacado por Sullivan e Artino (2013) e Joshi *et al.* (2015), o uso de respostas em formato tipo Likert possibilita a transformação de dimensões subjetivas em dados quantificáveis, favorecendo a identificação de tendências coletivas de posicionamento. No presente estudo, a adoção de cinco pontos de resposta permitiu captar padrões de concordância, divergência e neutralidade quanto às vivências do luto profissional e à percepção de preparo emocional e suporte institucional. A íntegra do instrumento aplicado encontra-se no Anexo B.

Dentre os 19 profissionais que responderam ao questionário e ao instrumento tipo Likert, 12 manifestaram interesse e disponibilidade para participar da etapa qualitativa, sendo distribuídos/as em dois encontros de grupos focais, em dias distintos, considerando as recomendações metodológicas dessa técnica, que indicam a formação de grupos com número reduzido de participantes para favorecer a profundidade das interações (Krueger; Casey, 2015).

O primeiro grupo foi composto por sete participantes (quatro técnicos de enfermagem e três enfermeiros) e o segundo por cinco participantes (quatro enfermeiros e uma técnica de enfermagem). Os grupos focais foram conduzidos pela mestrandia com a utilização de roteiro previamente elaborado, contendo questões norteadoras relacionadas às vivências do processo de morte e morrer, ao impacto emocional do luto no cuidado domiciliar, ao vínculo estabelecido com pacientes e familiares, ao reconhecimento institucional do sofrimento profissional e às estratégias de enfrentamento adotadas. O roteiro completo utilizado para condução dos encontros encontra-se descrito no Anexo D.

Os encontros ocorreram em sala reservada no próprio SAD, com duração média de 70 minutos, sendo as sessões gravadas em áudio mediante consentimento dos/as participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise.

2.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos com o questionário sociodemográfico e com o instrumento tipo Likert foram organizados em planilha eletrônica e sistematizados por meio de estatística

descritiva, com cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%). Esta análise permitiu a caracterização do perfil dos/as participantes e a identificação das tendências predominantes nas percepções sobre o luto profissional, preparo emocional e suporte institucional no contexto dos cuidados paliativos domiciliares. Os itens do instrumento foram analisados considerando a distribuição das respostas nos cinco níveis de concordância, possibilitando observar padrões de consenso, dispersão e neutralidade entre os/as participantes. Essa etapa buscou identificar tendências quantitativas que expressassem posicionamentos coletivos a respeito da vivência do luto na prática profissional.

Por sua vez, os dados qualitativos provenientes dos grupos focais foram submetidos à análise de conteúdo temática, conforme proposta por Minayo (2012), que compreende um conjunto de procedimentos sistemáticos de organização, categorização e interpretação das comunicações, visando à apreensão dos sentidos presentes nas falas.

O processo de análise desenvolveu-se em etapas articuladas. A princípio foi realizada a transcrição integral das gravações e a leitura atenciosa do material, buscando a assimilação do conteúdo (pré-análise). Em seguida, continuou-se com exploração do material, identificando e codificando as unidades de sentido relacionadas às vivências do processo de morte e morrer, ao impacto emocional do luto e às estratégias de enfrentamento mobilizadas no cotidiano do cuidado domiciliar. As unidades codificadas foram agrupadas por aproximação temática, possibilitando a construção de categorias analíticas e subcategorias.

A categorização ocorreu de forma indutiva, a partir da recorrência e da aproximação temática dos conteúdos identificados nos dois grupos focais, evidenciando núcleos de significação compartilhados entre os participantes. A seguir, realizou-se a interpretação dos achados com base no referencial teórico adotado neste estudo, buscando a compreensão de como os/as profissionais atribuem sentido à experiência do luto no exercício do cuidado paliativo domiciliar e como esse processo se manifesta nas dimensões institucionais e subjetivas do trabalho em saúde.

Considerando a abordagem sequencial adotada, os dados quantitativos e qualitativos foram inicialmente analisados de maneira independente e, em etapa posterior, integrados na fase interpretativa, conforme descrito por Paranhos *et al.* (2016). Essa articulação possibilitou aproximar as tendências observadas no instrumento quantitativo dos sentidos expressos nas narrativas dos/as participantes, ampliando a compreensão do fenômeno investigado.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo é fruto da pesquisa “A morte e morrer: a equipe de enfermagem entre o luto e a prática paliativa domiciliar”, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), sob parecer nº 7.870.104/2025, em conformidade com as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A obtenção do TCLE foi realizada pela pesquisadora responsável em ambiente reservado no próprio SAD, em horário previamente agendado com os/as participantes, garantindo privacidade e não interferência nas atividades de trabalho. Todos/as os/as profissionais foram esclarecidos/as quanto aos objetivos, metodologia, riscos e benefícios do estudo, bem como quanto às garantias de sigilo, anonimato e liberdade de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo profissional ou institucional.

O consentimento foi formalizado mediante assinatura do TCLE em duas vias, sendo uma entregue ao/à participante, conforme modelo aprovado pelo CEP. Para assegurar o anonimato, os/as participantes foram identificados/as por códigos alfanuméricos, utilizando-se as siglas “Enf.” para enfermeiros e “Téc.” para técnicos de enfermagem, seguidas de numeração sequencial.

As gravações dos grupos focais foram armazenadas em HD externo e ficarão sob responsabilidade da pesquisadora pelo período mínimo de cinco anos, conforme normativas éticas vigentes. Considerando tratar-se de temática relacionada ao luto e ao sofrimento emocional, os/as participantes foram previamente informados sobre a possibilidade de eventual desconforto durante as discussões. Não houve intercorrências, interrupções voluntárias ou necessidade de suspensão das atividades durante a realização da pesquisa. Uma das etapas fundamentais do processo de validação dos resultados é a socialização com os/as participantes que ocorrerá após a aprovação da dissertação pela banca, com utilização de material com linguagem acessível que visa ampliar o diálogo com os/as profissionais e contribuir com a construção de estratégias de enfrentamento coletivo para os desafios mapeados na pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E LABORAL DOS/AS PARTICIPANTES

A caracterização dos/as participantes do estudo é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de profissionais de enfermagem do Serviço de Atenção Domiciliar, interior de Minas Gerais, 2025.

<i>Categoria</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Faixa etária</i>		
26–35 anos	7	36,8%
36–49 anos	10	52,6%
50 anos ou mais	2	10,5%
<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Masculino	2	10,5%
Feminino	17	89,5%
<i>Atuação Profissional no SAD</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Técnico em Enfermagem	8	42,1%
Enfermeiro	11	57,9%
<i>Escolaridade</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ensino médio completo	5	26,3%
Ensino superior completo	1	5,3%
Ensino superior em andamento	2	10,5%
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	11	57,9%
<i>Tempo de atuação na área da saúde</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
2 a 5 anos	4	21,1%
6 a 10 anos	6	31,6%
11 a 15 anos	7	36,8%
Mais de 16 anos	2	10,5%

Fonte: Elaboração própria

Na primeira etapa da pesquisa, participaram 19 profissionais de enfermagem, sendo 11 enfermeiros/as (57,9%) e oito técnicos/as de enfermagem (42,1%). A maioria encontrava-se na faixa etária entre 36 e 49 anos, correspondendo a 10 participantes (52,6%). Quanto ao sexo, observou-se predominância feminina, com 17 mulheres (89,5%), característica comum nas equipes de enfermagem.

A maioria dos participantes possuía elevado nível de escolaridade, sendo que 11 profissionais (57,9%) apresentavam pós-graduação. Apenas cinco profissionais (26,3%) tinham como maior titulação o ensino médio completo. Destaca-se que, embora atuem como técnicos/as de enfermagem, parte desses profissionais encontrava-se em processo de qualificação acadêmica, o que evidencia movimento de formação continuada na equipe investigada.

O tempo de atuação na área da saúde variou entre dois e mais de dezesseis anos. A maior parte dos profissionais atuava entre 11 e 15 anos, correspondendo a sete participantes (36,8%), seguida por seis profissionais (31,6%) com 6 a 10 anos de experiência. Quatro participantes (21,1%) tinham entre 2 e 5 anos de atuação, e dois profissionais (10,5%) trabalhavam há mais de 16 anos na enfermagem. O tempo médio de atuação no PMC foi de seis anos, com variação entre 1 e 12 anos.

3.2 O QUE O INSTRUMENTO COM RESPOSTAS EM FORMATO TIPO LIKERT REVELA SOBRE A EXPERIÊNCIA COM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES E O LUTO?

O instrumento foi composto por oito afirmações relacionadas às vivências do luto profissional, ao preparo emocional para o cuidado de pacientes em fase terminal, bem como ao apoio prestado aos familiares e à percepção de suporte institucional. As respostas foram organizadas em cinco níveis graduais de concordância, variando entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. Considerando o número reduzido de participantes, a análise foi realizada por meio de frequências absolutas (n) acompanhadas das respectivas frequências relativas (%), permitindo identificar tendências de consenso, dispersão e posicionamento neutro entre os participantes, sem perder de vista o tamanho da amostra. Para fins de organização da análise, os enunciados do instrumento tipo Likert foram identificados pela sigla EL, seguida da numeração correspondente.

Os resultados do instrumento tipo Likert permitem identificar tendências nas percepções dos/as profissionais de enfermagem acerca do luto no contexto dos cuidados paliativos domiciliares, considerando aspectos relacionados ao preparo emocional, ao suporte institucional e às repercussões do cuidado no cotidiano de trabalho. Esses resultados estão apresentados na Tabela 2 e são aprofundados à luz da análise qualitativa, que permite explorar os sentidos atribuídos pelos participantes às suas vivências.

Neste estudo, o luto profissional refere-se à experiência vivenciada pelos trabalhadores da saúde diante da perda de pacientes no exercício de suas funções. Todos/as os/as 19 participantes concordaram que o luto faz parte da prática de enfermagem, em diferentes níveis. A maioria, correspondente a 12 participantes (63,2%), concordou totalmente, enquanto sete participantes (36,8%) concordaram parcialmente, não havendo respostas de discordância ou neutralidade.

Tabela 2: Percepções de profissionais de enfermagem do SAD sobre a vivência do luto segundo itens avaliados no instrumento tipo Likert.

Afirmação	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
<i>1 - “Eu sinto que o luto faz parte inevitável da prática de enfermagem”.</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (36,8%)	12 (63,2%)
<i>2- “Eu me sinto preparada(o) para lidar com as emoções associadas ao luto dos pacientes”.</i>	0 (0%)	3 (15,8%)	1 (5,3%)	10 (52,6%)	5 (26,3%)
<i>3- “O suporte emocional oferecido pela equipe de enfermagem aos familiares é adequado para lidar com situações de luto”.</i>	3 (15,8%)	5 (26,3%)	0 (0%)	8 (42,1%)	3 (15,8%)

Afirmação	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
4- “Eu sinto que o ambiente de trabalho reconhece e valoriza o impacto emocional do luto nos profissionais de enfermagem”.	2 (10,5%)	7 (36,8%)	0 (0%)	7 (36,8%)	3 (15,8%)
5- “Eu me sinto apoiada (o) pela equipe de liderança durante o processo de luto no ambiente de trabalho”.	0 (0%)	2 (10,5%)	3 (15,8%)	11 (57,9%)	3 (15,8%)
6- “Eu considero que o treinamento e a formação em saúde mental são suficientes para lidar com o luto na prática de enfermagem”.	5 (26,3%)	4 (21,1%)	2 (10,5%)	7 (36,8%)	1 (5,3%)
7- “Eu acredito que o luto pode afetar negativamente o bem-estar emocional dos profissionais de enfermagem a longo prazo”.	1 (5,3%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (31,6%)	12 (63,2%)

Afirmação	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
8- <i>“Eu sinto que há recursos suficientes disponíveis para apoiar os profissionais de enfermagem que estão passando pelo processo de luto”.</i>	9 (47,4%)	5 (26,3%)	2 (10,5%)	2 (10,5%)	1 (5,3%)

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quanto à percepção de preparo emocional para lidar com o luto dos pacientes, verificou-se que 10 participantes (52,6%) concordaram parcialmente com a afirmação e cinco participantes (26,3%) concordaram totalmente. Por outro lado, três participantes (15,8%) discordaram parcialmente e um participante (5,3%) manteve-se neutro.

Em relação ao suporte emocional oferecido pela equipe de enfermagem aos familiares, oito participantes (42,1%) concordaram parcialmente com a afirmação, enquanto três participantes (15,8%) concordaram totalmente. Em contrapartida, cinco participantes (26,3%) discordaram parcialmente e três participantes (15,8%) discordaram totalmente, não havendo respostas neutras.

Observou-se que sete participantes (36,8%) concordaram parcialmente que o ambiente de trabalho reconhece e valoriza o impacto emocional do luto, enquanto três participantes (15,8%) concordaram totalmente. Em sentido oposto, sete participantes (36,8%) discordaram parcialmente e dois participantes (10,5%) discordaram totalmente. Não foram registradas respostas neutras.

Quanto ao apoio oferecido pela equipe de liderança durante o processo de luto, 11 participantes (57,9%) concordaram parcialmente com a afirmação e três participantes (15,8%) concordaram totalmente. Em menor proporção, três participantes (15,8%) mantiveram-se neutros e dois participantes (10,5%) discordaram parcialmente.

Em relação à suficiência do treinamento e da formação em saúde mental para lidar com o luto, sete participantes (36,8%) concordaram parcialmente com a afirmação e apenas um participante (5,3%) concordou totalmente. Por outro lado, cinco participantes (26,3%) discordaram totalmente, quatro participantes (21,1%) discordaram parcialmente e dois

participantes (10,5%) mantiveram-se neutros.

Observou-se que 12 participantes (63,2%) concordaram totalmente que o luto pode afetar negativamente o bem-estar emocional dos profissionais de enfermagem a longo prazo, enquanto seis participantes (31,6%) concordaram parcialmente. Apenas um participante (5,3%) discordou totalmente da afirmação, não havendo respostas neutras ou de discordância parcial.

No que se refere à disponibilidade de recursos para apoiar os/as profissionais de enfermagem em processo de luto, nove participantes (47,4%) discordaram totalmente da afirmação e cinco participantes (26,3%) discordaram parcialmente. Apenas dois participantes (10,5%) concordaram parcialmente e um participante (5,3%) concordou totalmente, enquanto dois participantes (10,5%) mantiveram-se neutros.

3.3 INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

A integração dos dados ocorreu de forma sequencial, articulando os resultados quantitativos às categorias temáticas construídas a partir dos grupos focais. Os itens do instrumento quantitativo foram aproximados das categorias qualitativas conforme sua afinidade temática, permitindo que as frequências observadas fossem interpretadas à luz das narrativas dos/as participantes. Assim, os dados quantitativos indicaram tendências gerais de percepção, enquanto os dados qualitativos ampliaram a compreensão dos sentidos atribuídos pelos/as profissionais de enfermagem ao luto, ao vínculo com pacientes e familiares, ao suporte entre pares e ao reconhecimento institucional.

O Quadro 1 apresenta as categorias e subcategorias temáticas identificadas nos grupos focais, bem como sua articulação com os itens correspondentes do instrumento tipo Likert. Observa-se que algumas categorias emergiram exclusivamente da análise qualitativa dos grupos focais e se referem, principalmente, às dimensões contextuais do cuidado paliativo domiciliar. A apresentação dos resultados e discussão está estruturada com base nas categorias.

Quadro 1: Categorias temáticas, subcategorias e relações com o instrumento tipo Likert.

Categorias	Subcategorias temáticas	Item do instrumento tipo Likert
O cuidado paliativo domiciliar e a Intensificação do sofrimento emocional do profissional	O domicílio como espaço de cuidado e intensificação do vínculo e do sofrimento	-
	O sofrimento da família e a intensificação do sofrimento do profissional	-
Aspectos que influenciam a vivência do luto profissional em Cuidados Paliativos Domiciliares	Vínculo prolongado, hiato pós-óbito e luto profissional	EL7: “Eu acredito que o luto pode afetar negativamente o bem-estar emocional dos profissionais de enfermagem a longo prazo”.
Invisibilidade institucional do sofrimento profissional	Fragilidade no reconhecimento institucional do luto	EL4: “Eu sinto que o ambiente de trabalho reconhece e valoriza o impacto emocional do luto nos profissionais de enfermagem”.
	Suporte institucional insuficiente	EL5: “Eu me sinto apoiada (o) pela equipe de liderança durante o processo de luto no ambiente de trabalho”. EL8: “Eu sinto que há recursos suficientes disponíveis para apoiar os profissionais de enfermagem que estão passando pelo processo de luto”.
Estratégias de enfrentamento e limites da formação profissional	Lacunas na formação e educação permanente em saúde mental	EL6: “Eu considero que o treinamento e a formação em saúde mental são suficientes para lidar com o luto na prática de enfermagem”.
	Estratégias individuais e de apoio por pares	EL2: “Eu me sinto preparada (o) para lidar com as emoções associadas ao luto dos pacientes”.

Fonte: Elaboração própria.

3.3.1 O cuidado paliativo domiciliar: intensificação do sofrimento emocional do profissional

Para compreender essa dinâmica no contexto da atenção domiciliar, é necessário considerar a organização do trabalho da equipe de enfermagem e as atribuições que orientam sua prática profissional.

No contexto da atenção domiciliar no SUS, especialmente no âmbito do SAD e do PMC, as práticas assistenciais são organizadas a partir de uma lógica de trabalho em equipe multiprofissional, orientada pelos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade, conforme estabelecido na Portaria nº 825/2016 (Brasil, 2016). Nesse modelo, o cuidado no domicílio se distancia de uma divisão rígida e hierarquizada de tarefas, caracterizando-se por uma atuação horizontal entre os profissionais, na qual as intervenções são construídas de forma compartilhada, respeitando as competências específicas de cada categoria profissional.

O Caderno de Atenção Domiciliar nº 1 enfatiza que a atenção domiciliar pressupõe a articulação de saberes e práticas, de modo que o cuidado não se organiza a partir de atribuições fragmentadas, mas sim pela integração das ações no contexto de vida do usuário e de sua família (Brasil, 2012). Nessa perspectiva, a prática profissional não se limita a funções previamente delimitadas, ela se reconstrói continuamente diante das necessidades do usuário, exigindo flexibilidade, corresponsabilização e comunicação efetiva entre os membros da equipe.

Essa configuração da prática profissional na atenção domiciliar é corroborada por estudos que evidenciam que a atuação da enfermagem nesse contexto ultrapassa a execução de procedimentos técnicos, envolvendo ações educativas, apoio à família, coordenação do cuidado e construção de vínculo com o usuário, em um modelo assistencial centrado na integralidade e na continuidade do cuidado (Andrade *et al.*, 2017; Sousa; Alves, 2015). Esse aspecto se expressa na prática cotidiana dos/as profissionais ao reconhecerem que o vínculo é parte real do trabalho: *“E aqui no serviço não tem como a gente não criar vínculo. Aqui não tem como. Eu sempre falo, né? Com a família, né?”* (Enf. 6, GF1).

No que se refere à equipe de enfermagem, suas atribuições são regulamentadas pela Lei nº 7.498/1986 (Brasil, 1986) e pelas normativas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009; COFEN, 2017), que estabelecem competências privativas do enfermeiro, como o planejamento da assistência, a prescrição de enfermagem, a execução de cuidados de maior complexidade técnica e científica, a supervisão da equipe e a responsabilidade pela sistematização da assistência de enfermagem. Ao técnico de enfermagem compete a execução

de cuidados sob orientação e supervisão do enfermeiro, conforme previsto na legislação profissional (Brasil, 1986).

No entanto, no contexto domiciliar, essa distinção legal coexiste com uma prática assistencial dinâmica, na qual há zonas de interseção entre as ações, determinadas pela complexidade clínica, pelas condições do domicílio e pela necessidade de respostas imediatas às demandas do cuidado. Nessa perspectiva, o enfermeiro não se restringe às funções gerenciais, participando ativamente da execução de intervenções assistenciais, especialmente em situações de maior complexidade ou risco, enquanto o técnico de enfermagem atua na continuidade do cuidado, em consonância com o planejamento estabelecido.

É importante destacar que a horizontalidade presente na organização do trabalho no SAD não implica ausência de responsabilidade técnica ou diluição das atribuições profissionais. Ao contrário, cada categoria mantém suas competências legais e éticas, sendo o enfermeiro o responsável técnico pelo cuidado de enfermagem, inclusive no que se refere à tomada de decisão clínica, à avaliação contínua do paciente e à supervisão das ações executadas pela equipe, conforme estabelecido pelas normativas profissionais (COFEN, 2009; COFEN, 2017).

Entretanto, essa coexistência entre horizontalidade das relações de trabalho e centralização da responsabilidade técnica no enfermeiro pode produzir tensões importantes no cotidiano da atenção domiciliar. Ao mesmo tempo em que se espera uma atuação colaborativa e compartilhada entre os membros da equipe, conforme os princípios da Atenção Domiciliar no SUS (Brasil, 2012; Brasil, 2016), a responsabilização legal e ética pelo cuidado permanece concentrada no enfermeiro, conforme estabelecido pela legislação profissional e pelas normativas do COFEN (Brasil, 1986; COFEN, 2009; COFEN, 2017), o que pode gerar sobrecarga decisória, especialmente em situações de maior complexidade clínica e de imprevisibilidade do domicílio.

Essa dinâmica se intensifica no contexto dos cuidados paliativos, no qual as decisões frequentemente envolvem aspectos clínicos, éticos e emocionais, exigindo do enfermeiro não apenas domínio técnico, mas também capacidade de julgamento em cenários de incerteza, considerando a complexidade das competências exigidas para atuação nesse campo, bem como as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem no cuidado paliativo (Sousa; Alves, 2015; Vitória; Martins, 2023). Nesse cenário, observa-se que a intensidade dessas demandas implica a necessidade de elaboração de estratégias para lidar com as repercussões emocionais do trabalho, o que se expressa na fala de uma participante ao afirmar que *“a gente se angustia, mas precisa criar um mecanismo, porque senão adocece...”*

se a gente não criar mecanismo, a gente também não vive” (Enf.3, GF2).

A primeira categoria temática identificada nos grupos focais refere-se ao cuidado paliativo domiciliar como intensificação do sofrimento emocional do profissional. Essa categoria abrange duas subcategorias: (1) o domicílio como espaço de cuidado e intensificação do vínculo e do sofrimento e (2) o sofrimento da família como elemento que intensifica o sofrimento do profissional.

O cuidado paliativo domiciliar foi descrito como uma experiência marcada pela proximidade entre profissionais, pacientes e familiares, o que favorece a construção de conexões emocionais. Diferente de outros cenários assistenciais, o domicílio constitui um espaço em que o cuidado se desenvolve de forma continuada e inserida no cotidiano da família. Téc. 1 (GF1) expressa essa dimensão ao afirmar:

“É o vínculo né? Esses momentos, você vai, você está lá todos os dias, todos os dias e acaba que um dia isso vai encerrar. E a família? A gente não fica bem.”

O relato evidencia que, no contexto domiciliar, o envolvimento entre profissionais, pacientes e familiares se constrói de forma contínua, ampliando a convivência no acompanhamento do processo de adoecimento. Enf. 1 (GF1) destaca que a presença constante sustenta o cuidado no domicílio:

“A gente consegue trabalhar um pouco melhor o paliativo, assim. Diferente de ele estar em estado de cuidados paliativos, mas acompanhando no ambulatório que ele vai, sei lá, a cada dois meses. Aqui [cuidados domiciliares] não, né! A gente consegue dia após dia, semana após semana, ir trabalhando isso com o paciente, com a família e com a gente mesmo.”

Nesse contexto, a enfermagem não apenas executa procedimentos assistenciais, mas também participa do cotidiano da família e acompanha a evolução da condição clínica ao longo do tempo.

Schroeder e Lorenz (2018) destacam que a enfermagem ocupa posição central na sustentação do cuidado paliativo ao longo da trajetória da doença, atuando como elo entre paciente, família e equipe de saúde. As diretrizes da atenção domiciliar no SUS também reforçam a centralidade do cuidado no ambiente familiar, o que favorece a construção de relações de cuidado entre equipe e usuários (Brasil, 2020).

O domicílio se torna não apenas um local de prestação de assistência, mas um espaço de relação, no qual o cuidado se desenvolve de forma próxima e contínua. Essa proximidade contribui para intensificar a experiência emocional do trabalho, uma vez que o

acompanhamento prolongado da trajetória de adoecimento e a convivência com o sofrimento do paciente e de sua família ampliam o envolvimento emocional dos profissionais no processo de cuidado (Schroeder; Lorenz, 2018). Além disso, observa-se que a forma como os profissionais lidam com a morte está diretamente relacionada ao envolvimento estabelecido com o paciente, à experiência profissional e às características do processo de morrer, o que reforça a complexidade dessa vivência no cotidiano da enfermagem, aspecto também evidenciado nas falas dos participantes ao afirmarem que *“não tem como não criar vínculo”* (Enf. 6, GF1).

As narrativas dos/as profissionais reforçam os achados de estudos sobre cuidados paliativos domiciliares que indicam que a inserção do profissional no ambiente familiar favorece relações mais próximas com pacientes e familiares, ampliando a dimensão relacional do cuidado e a exposição emocional dos profissionais envolvidos nesse processo (Vasconcellos *et al.*, 2020).

Além da proximidade estabelecida com os/as pacientes, os relatos indicam que o sofrimento vivenciado pelas famílias também atravessa a experiência emocional dos/as profissionais que atuam em cuidados paliativos domiciliares. No cuidado domiciliar, a convivência contínua com o núcleo familiar expõe os/as profissionais às reações emocionais associadas à progressão da doença e à proximidade da morte (Vasconcellos *et al.*, 2020). Tal percepção é destacada por participante ao afirmar: *“Às vezes não é o paciente que está em sofrimento, é o cuidador.”* (Téc. 2, GF1). Essa compreensão é reforçada, também, por Enf. 2 (GF1), ao destacar o impacto emocional do processo de finitude no contexto familiar: *“É um ente querido... as famílias ficam angustiadas com esse processo de óbito.”* Esses relatos indicam que a experiência familiar passa a integrar o próprio processo de trabalho dos/as profissionais, que se veem envolvidos não apenas no manejo clínico da doença, mas também no acolhimento das angústias e expectativas da família diante da proximidade da morte. Essa dimensão também envolve formas de cuidado que ultrapassam o manejo técnico, como expresso na fala: *“Quantas centenas de vezes a gente fez isso? O cuidador tá lá chorando, desesperado, a gente chega e fala: vem cá, deixa eu te dar um abraço”* (Téc. 2, GF1).

Essa compreensão é ampliada quando os/as profissionais passam a atribuir novos sentidos ao processo de morte no contexto domiciliar. Ao afirmar que *“quem descansa não é o paciente, é a família”* (Téc. 5, GF1). A participante evidencia uma leitura do morrer centrada no alívio do sofrimento familiar, deslocando o foco da experiência do paciente para o impacto vivenciado pelos cuidadores. Essa perspectiva reforça a compreensão de que, no cuidado paliativo domiciliar, o sofrimento não se restringe à dimensão individual, mas se

constitui como experiência compartilhada no núcleo familiar (Monteiro; Mendes; Beck, 2020; Vasconcellos *et al.*, 2020).

Ao mesmo tempo, essa interpretação pode ser compreendida como uma forma de ressignificação da morte no cotidiano do trabalho, na medida em que permite aos/as profissionais atribuir sentido à finitude para além da perda, incorporando-a também como possibilidade de alívio do sofrimento coletivo. Tal movimento revela não apenas a centralidade da família no processo de cuidado, mas também a forma como os profissionais elaboram, simbolicamente, a experiência da morte diante da intensidade emocional que caracteriza esse contexto assistencial (Alves; Oliveira, 2021).

Monteiro, Mendes e Beck (2020) destacam que o processo de finitude mobiliza sistemas familiares complexos, marcados por sentimentos de medo, angústia e antecipação da perda. Nesse cenário, os/as profissionais de saúde frequentemente assumem papel de mediação entre as necessidades clínicas do paciente e as demandas emocionais da família. De forma semelhante, Alves e Oliveira (2021) ressaltam que os cuidados paliativos exigem competências que ultrapassam a dimensão técnica da assistência, incluindo habilidades relacionadas ao manejo do sofrimento emocional de pacientes e familiares.

Estudos também apontam que a convivência prolongada com o sofrimento associado ao processo de morte pode ampliar a carga emocional do trabalho em enfermagem, especialmente quando não existem espaços institucionais estruturados para elaboração dessas experiências (Peito; Melo; Longo, 2020). Nesse sentido, o sofrimento da família emerge como elemento que também intensifica a experiência emocional dos profissionais, aumentando a carga afetiva despendida no processo de cuidado.

Além dos aspectos relacionados ao vínculo e ao sofrimento familiar, os relatos indicam que a complexidade do cuidado paliativo domiciliar tem se intensificado, contribuindo para ampliar a carga emocional do trabalho. Essa percepção é expressa, por exemplo, na fala de uma participante ao destacar que casos anteriormente acompanhados no ambiente hospitalar têm sido incorporados ao cuidado domiciliar, envolvendo

pacientes mais jovens, quadros clínicos mais graves e contextos familiares marcados por vulnerabilidades sociais e econômicas:

“Os casos altamente complexos que eram tratados nos hospitais estão vindo pra gente. Então, a complexidade do que eu entrei que faz pouco tempo pra agora já aumentou e mudou muito (...). Eu acho que cada vez mais pacientes mais jovens com doenças mais graves, com familiares mais desorientados e talvez esse familiar seja o que é o provedor da casa e como vai ser (...) e a família passa isso pra gente que gera uma preocupação. Cada

vez mais pacientes um pouco mais desfavorecidos financeiramente, de não ter o que comer, pra poder passar por aquilo e não querer passar no hospital. Então, a gente tem que tentar lidar com essa (situação) da melhor forma na casa. Devido às complexidades dos casos, (...) com problemas sociais, psicológicos da família também, isso vem sendo mais difícil”. (Enf. 5, GF 2).

Esse relato evidencia que o sofrimento vivenciado pelos/as profissionais não está relacionado apenas à morte em si, mas também às condições em que o cuidado é realizado, frequentemente atravessado por demandas sociais, emocionais e estruturais que ultrapassam a dimensão técnica da assistência. Nesse sentido, o cuidado paliativo domiciliar passa a exigir dos profissionais não apenas competências clínicas, mas também habilidades para lidar com contextos de alta complexidade social e emocional, o que contribui para intensificar a experiência do sofrimento no cotidiano do trabalho (Alves; Oliveira, 2021; Vasconcellos *et al.*, 2020).

3.3.2 Vínculo prolongado, ruptura abrupta e luto não reconhecido

A segunda categoria temática identificada nos grupos focais refere-se aos aspectos que influenciam a vivência do luto profissional no contexto do cuidado paliativo domiciliar. No diálogo com os/as participantes, emergiram elementos relacionados à intensidade da relação estabelecida com os/as pacientes, à ruptura abrupta do cuidado após o óbito e à ausência de espaços institucionais para elaboração da perda.

A metáfora do “copo quebrado”, expressa por Téc. 2 (GF1), ilustra de forma simbólica essa experiência de ruptura: “*É como se tivesse quebrado um copo ali, os cacos jogados no lixo.*”. Tal imagem expressa a sensação de descontinuidade repentina do vínculo construído ao longo do acompanhamento. Após o óbito, a relação estabelecida entre profissional, paciente e família se encerra de forma súbita, sem que existam, na maioria das vezes, espaços institucionais destinados à elaboração desse processo. Assim, o término do cuidado pode ser vivenciado como uma ruptura simbólica que interrompe uma relação construída ao longo do tempo. Nesse contexto, na análise da produção científica acerca do luto vivenciado por profissionais de enfermagem, observa-se a recorrência de discussões centradas no contexto hospitalar, com ênfase em sentimentos como negação, impotência, tristeza e frustração diante da morte dos pacientes (Jaskowiak

et al., 2013; Salbego *et al.*, 2022; (Monteiro; Mendes; Beck, 2020). Esses estudos evidenciam que a morte pode ser associada à falha terapêutica, especialmente em cenários nos quais predomina a lógica curativista, na qual a manutenção da vida é compreendida como objetivo central do cuidado.

Essa compreensão também se articula à literatura clássica sobre o processo de morrer, apontando que a vivência da morte mobiliza respostas subjetivas complexas entre profissionais de saúde. Nesse campo, Elisabeth Kübler-Ross (2017) destaca-se como uma das principais referências nos estudos sobre morte e morrer, ao descrever reações associadas ao enfrentamento da finitude, sistematizadas nas fases de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Essa proposição ampliou o entendimento das respostas subjetivas mobilizadas diante da morte, inclusive entre profissionais de saúde. Tais aspectos também se expressam na vivência dos profissionais, como evidenciado na fala de uma participante ao afirmar que *“eu sofro em diferentes níveis, mas sempre sofro, porque já perdi uma pessoa muito importante e sei o quanto foi difícil”* (Enf.1, GF1). Essa vivência individual expressa dimensões mais amplas da relação com a morte no campo da saúde, inclusive as perdas pessoais.

Essa perspectiva está relacionada às representações da morte no campo da saúde, nas quais o morrer tende a ser percebido como ruptura e limite da atuação profissional, dificultando sua aceitação como parte do processo de cuidado (Borges; Mendes, 2012). Nesse contexto, a dificuldade de aceitação da morte se manifesta não apenas entre profissionais, mas também no âmbito familiar, evidenciando a complexidade das relações envolvidas no processo de morrer, como expresso na fala da participante ao relatar: *“quando eu chego lá e tenho uma filha que aceita e outra que não aceita, como manejar? [...] para mim não foi tão fácil assim aceitar quando eu era da família”* (Enf. 3, GF2).

Essa dificuldade de aceitação da morte, evidenciada nas narrativas, encontra respaldo na literatura. Estudos mais recentes apontam que tais experiências permanecem presentes no cotidiano da enfermagem, evidenciando que emoções como tristeza, impotência e arrependimento são amplamente compartilhadas entre profissionais, mesmo quando a morte é reconhecida como parte natural do ciclo de vida (Cybulska *et al.*, 2022).

Mesmo diante dessa ruptura formal do cuidado, alguns profissionais relatam a manutenção do vínculo para além do contexto assistencial, inclusive no pós-óbito, como expresso por Enf. 1 (GF1): *“tem paciente que a gente vai ao velório... porque você vê que é um paciente que a gente viveu muito ali... Então, você quer estar ali junto até no finalzinho”*.

O posicionamento dos/as profissionais coloca uma questão fundamental: quando se encerram os cuidados paliativos? Seguindo os argumentos dos/as participantes é possível afirmar que tais cuidados estão para além do óbito, pois o vínculo construído ao longo do tempo não se dissolve de forma imediata. Tanto familiares quanto os/as profissionais demandam tempo e acolhimento para elaborar o luto. Há estudos que indicam que o luto vivenciado por profissionais de enfermagem diante da morte de pacientes frequentemente ocorre de forma silenciosa ou pouco reconhecida nas instituições de saúde. Peito, Melo e Longo (2020) apontam que o luto profissional tende a ser naturalizado como parte inerente do trabalho assistencial, o que pode dificultar sua expressão e elaboração no ambiente institucional. De forma semelhante, Guerra *et al.* (2025) descrevem o luto não reconhecido como um fenômeno que frequentemente permanece em segundo plano ou é silenciado no cotidiano dos serviços de saúde.

Os resultados da questão 7 da EL reforçam essa interpretação, ao evidenciarem que, embora haja reconhecimento do impacto emocional da morte, não há suporte institucional correspondente. Na afirmativa que aborda o impacto do luto no bem-estar emocional dos profissionais observou-se amplo reconhecimento de que a morte de pacientes pode afetar negativamente a saúde emocional a longo prazo. Entretanto, quando questionados sobre a existência de recursos institucionais para lidar com esse impacto, os resultados indicaram percepção predominante de insuficiência de suporte formal como expresso pela participante Téc. 2 GF1 como “cacos jogados no lixo”.

Na afirmativa referente à disponibilidade de recursos institucionais para lidar com o impacto emocional da morte dos pacientes, 14 participantes, correspondentes a 73,6% da amostra, perceberam ausência ou insuficiência de suporte institucional: 9 (47,4%) discordaram totalmente e 5 (26,3%) discordaram parcialmente da existência desses recursos. A triangulação entre os dados quantitativos e qualitativos sugere que, embora os/as profissionais reconheçam o impacto emocional da perda, a experiência do luto tende a ocorrer de forma pouco institucionalizada, sem dispositivos formais que favoreçam sua elaboração no contexto do trabalho.

Diante dessa lacuna, observa-se que o enfrentamento do luto profissional tende a ocorrer de forma pouco estruturada no contexto do trabalho. Essa dinâmica aponta para a necessidade de compreender como o sofrimento decorrente da perda é reconhecido, ou não, no âmbito institucional.

3.3.3 Invisibilidade institucional do sofrimento profissional

A terceira categoria temática identificada nos grupos focais refere-se à invisibilidade institucional do sofrimento vivenciado pelos/as profissionais de enfermagem diante da morte de pacientes no cuidado paliativo domiciliar. Essa categoria reúne duas subcategorias: (1) fragilidade no reconhecimento institucional do luto profissional e (2) percepção de insuficiência de suporte organizacional para lidar com o impacto emocional decorrente da morte dos/as pacientes.

Nos relatos dos/as participantes observa-se que, embora o sofrimento decorrente da perda seja reconhecido, ele raramente é abordado de forma estruturada no âmbito institucional. A experiência emocional associada à morte dos/as pacientes tende a permanecer no plano individual ou nas relações informais entre colegas, sem que existam espaços institucionalizados destinados à escuta ou elaboração desse processo. Além disso, observa-se que os profissionais tendem a lançar mão de estratégias defensivas para lidar com essas experiências, muitas vezes sem que haja elaboração efetiva dos sentimentos envolvidos, o que contribui para a manutenção de um silêncio institucional em torno da morte e do morrer no ambiente hospitalar (Monteiro; Mendes; Beck, 2020). Tal dinâmica se expressa na fala de uma participante ao afirmar:

“Eu acho que eu criei, sim, um mecanismo [...] pra gente poder separar as coisas. Mas uma hora ou outra, tem aquele paciente que te conquista e você sente mais. Mas de forma geral, a gente tem que criar essa casca mesmo, senão a gente não dá conta”.
(Enf. 4, GF2).

Essa percepção aparece nos grupos focais quando os/as participantes refletem sobre a necessidade de maior atenção à saúde mental daqueles/as que atuam em cuidados paliativos. Enf. 3 (GF2) destaca que o impacto emocional dessa prática exige maior reconhecimento organizacional ao afirmar: *“Eu acho que a saúde mental tem um pouco a ver com o seu trabalho... quem vive o cuidado paliativo precisa de um olhar a mais.”*

A fala evidencia que o cuidado paliativo, especialmente no contexto domiciliar, envolve uma carga emocional significativa, o que reforça a necessidade de dispositivos institucionais de apoio. Estudos como os desenvolvidos por Peito; Melo e Longo (2020) apontam que a morte de pacientes pode mobilizar sentimentos de perda, tristeza e desgaste emocional nos/as profissionais de enfermagem, sobretudo em contextos de cuidado prolongado e proximidade com pacientes e familiares.

Nos grupos focais também afloraram percepções relacionadas à fragilidade na

preparação institucional para lidar com o impacto emocional do trabalho em cuidados paliativos. Enf. 4 (GF2) expressa essa percepção ao afirmar: *“Eu acho que não estamos preparados... porque envolve o emocional.”*. Essa fala sugere que, apesar da experiência acumulada pela equipe, o enfrentamento das situações relacionadas ao processo de morte e morrer continua mobilizando dimensões emocionais complexas que nem sempre encontram suporte adequado no ambiente institucional.

A literatura aponta que a ausência de espaços formais de discussão e acolhimento pode contribuir para a naturalização do sofrimento emocional como parte inerente do trabalho em saúde (Magalhães; Melo, 2015; Ferreira *et al.*, 2025). Os dados obtidos por meio da EL reforçam essa interpretação. Na afirmativa **EL4**: *“Eu sinto que o ambiente de trabalho reconhece e valoriza o impacto emocional do luto nos profissionais de enfermagem”*, observou-se distribuição fragmentada das respostas, indicando ausência de consenso entre os/as participantes quanto ao reconhecimento institucional desse sofrimento. Situação semelhante é observada na afirmativa **EL5**: *“Eu me sinto apoiada (o) pela equipe de liderança durante o processo de luto no ambiente de trabalho”*, cujos resultados também revelaram percepções variadas entre os/as participantes. Esses achados sugerem que o suporte oferecido pelas lideranças pode ocorrer de forma pontual ou depender de iniciativas individuais, não necessariamente configurando uma estratégia institucional estruturada de cuidado ao/a trabalhador/a.

A percepção de suporte institucional insuficiente torna-se ainda mais evidente na análise da afirmativa **EL8**: *“Eu sinto que há recursos suficientes disponíveis para apoiar os profissionais de enfermagem que estão passando pelo processo de luto.”* Nesse item, os resultados indicaram predominância de respostas que apontam para a ausência ou insuficiência de recursos formais de apoio aos profissionais.

Nos grupos focais, observou-se que, diante dessa lacuna institucional, os/as profissionais frequentemente recorrem a formas informais de apoio dentro da própria equipe. Em um dos relatos, uma participante menciona buscar apoio junto à coordenadora do serviço, que não é psicóloga, mas enfermeira: *“A gente vai na psicóloga X.. Ela é boa gente!”* (Téc. 3, GF2). Essa fala evidencia que espaços de acolhimento entre os membros da equipe ocorrem de maneira informal e dependem das relações estabelecidas no cotidiano do trabalho, não configurando um dispositivo institucional estruturado de apoio psicológico.

Embora a Atenção Domiciliar e os cuidados paliativos estejam estruturados em uma lógica multiprofissional, as narrativas dos/as participantes evidenciaram que o acolhimento do sofrimento relacionado ao luto ocorreu predominantemente entre os próprios profissionais de

enfermagem, de maneira informal e não institucionalizada. A participação de outros profissionais da equipe no manejo desse sofrimento não apareceu de forma expressiva nos grupos focais, o que sugere possível fragilidade na articulação de estratégias coletivas e interdisciplinares de cuidado dirigidas aos/as trabalhadores/as. Esse achado reforça a necessidade de ampliar a compreensão do luto profissional como uma questão coletiva, institucional e interdisciplinar, e não apenas como experiência individual ou restrita a uma categoria profissional.

A percepção de fragilidade institucional é reforçada pelos dados quantitativos referentes ao reconhecimento organizacional do impacto emocional do trabalho, que apresentaram distribuição fragmentada e ausência de consenso entre os/as participantes. Estudos apontam que a ausência de suporte institucional adequado pode intensificar repercussões emocionais em profissionais que atuam em contextos de elevada carga afetiva e ética. Revisão sistemática e meta-análise recente aponta associação entre angústia moral e exaustão emocional em profissionais de saúde, reforçando que dilemas éticos persistentes, quando não acompanhados de suporte organizacional suficiente, podem repercutir negativamente na saúde mental dos trabalhadores (Orgambídez *et al.*, 2025).

De forma complementar, a fadiga por compaixão pode ser compreendida como uma resposta ao contato contínuo com o sofrimento de outras pessoas, manifestando-se por desgaste emocional, redução da capacidade empática e repercussões físicas e psicológicas em trabalhadores de profissões de cuidado (Cocker; Joss, 2016). Ferreira *et al.* (2025) reforçam que a saúde mental da enfermagem depende, em grande medida, da existência de políticas institucionais voltadas ao cuidado com o trabalhador, capazes de reconhecer e acolher o impacto emocional decorrente da prática assistencial. Nesse sentido, a triangulação entre os dados qualitativos e quantitativos deste estudo indica que o sofrimento emocional associado à morte de pacientes não é negado pelos/as profissionais, mas não se encontra institucionalizado como questão de saúde do trabalhador. Além disso, os relatos indicam que a necessidade de suporte ultrapassa os limites do próprio PMC, envolvendo a articulação com toda a rede de atenção à saúde. Nesse sentido, uma das participantes destaca a percepção de insuficiente reconhecimento do cuidado paliativo no âmbito institucional: *“Eu sinto falta de um apoio da rede... e das pessoas entenderem de fato o que é o cuidado paliativo... Eu sinto falta de valorização profissional, diante de tudo que é feito aqui.”* (Enf. 3, GF2).

Esses achados reforçam que o sofrimento emocional associado ao cuidado em fim de vida, embora reconhecido pelos/as profissionais, ainda não se encontra institucionalizado como questão de saúde do trabalhador. A ausência de dispositivos de apoio contribui para a

manutenção de um cenário em que o enfrentamento do luto permanece predominantemente no plano individual ou nas relações informais entre colegas, evidenciando a necessidade de incorporação de estratégias institucionais sistematizadas para o cuidado com os trabalhadores da enfermagem (Ferreira *et al.*, 2025).

Nesse contexto, o sofrimento vivenciado pelos/as profissionais pode ser compreendido também à luz do conceito de sofrimento moral, definido como a experiência que emerge quando o profissional reconhece a conduta eticamente adequada, mas se vê impedido de realizá-la em decorrência de limitações institucionais, organizacionais ou contextuais (Epstein; Hamric, 2009). A literatura amplia essa definição ao indicar que esse sofrimento também pode surgir em situações marcadas por incertezas, conflitos e dilemas éticos, refletindo a complexidade da prática clínica (Morley; Bradbury-Jones; Ives, 2020). Revisão quantitativa da literatura sobre angústia moral em enfermeiros também aponta que esse fenômeno se associa a fatores organizacionais, dilemas éticos e limitações no exercício da prática profissional (Oh; Gastmans, 2015). No contexto dos cuidados paliativos, esse fenômeno está frequentemente associado às dificuldades na tomada de decisão no final da vida e à percepção de não conseguir ofertar o cuidado considerado adequado ao paciente (Brasi *et al.*, 2021). Revisão sistemática recente sobre angústia moral em enfermeiros que atuam em cuidados paliativos reforça que esse sofrimento pode estar relacionado a conflitos éticos, dificuldades de comunicação, limitações institucionais, baixa participação nas decisões clínicas e percepção de cuidado inadequado no fim da vida, com repercussões para o bem-estar emocional e para a saúde mental desses profissionais (Di Cristofaro *et al.*, 2025). Essa dimensão se expressa nas narrativas dos/as participantes, como na fala de Enf. 5 (GF2), ao evidenciar a tensão entre o desejo de cuidado e os limites da atuação profissional: *“quando a gente sai dali, a gente não pode ficar pensando, porque senão a gente enlouquece [...] a gente vai querer ligar, dar o telefone, resolver tudo, e não pode”*.

De forma semelhante, ao relatar que *“a gente tenta proporcionar para o paciente o que ele quer naquele momento [...] acaba que, involuntariamente, a gente faz diferente”* (Enf. 5, GF2), a participante explicita os dilemas vivenciados no cotidiano do cuidado, nos quais a necessidade de flexibilização de condutas se articula a limites concretos da prática profissional, configurando situações potencialmente geradoras de sofrimento moral.

Diante dessa lacuna, os/as profissionais frequentemente recorrem a estratégias informais para lidar com o sofrimento associado à morte dos/as pacientes, o que indica que a gestão emocional da perda permanece, em grande medida, no plano individual ou nas relações entre colegas. Nesse sentido, observam-se mecanismos individuais de enfrentamento, como o

distanciamento emocional em relação ao cuidado. Além disso, emergem estratégias informais e cotidianas de alívio do sofrimento, como momentos de descontração e uso do humor entre colegas, ilustrados nas falas: *“tem que tomar uma cerveja e comer um torresmo no meio da semana, no dia que for muito pesado”* (Enf. 5, GF2) e *“a gente tem uma equipe alegre... a gente brinca muito... você sai de uma visita pesada, mas chega aqui e tem um alívio”* (Enf. 4, GF2).

3.3.4 Estratégias de enfrentamento e limites da formação profissional

No âmbito da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) (Brasil, 2024), que preconiza o cuidado integral às pessoas em situação de doença ameaçadora da vida, há o reconhecimento da necessidade de ampliar o olhar para os/as profissionais que atuam nesse campo. Considerar o/a trabalhador/a como sujeito de cuidado torna-se fundamental para a construção de ambientes de trabalho que reconheçam e acolham o impacto emocional inerente ao cuidado em fim de vida.

Para além das fragilidades institucionais identificadas, os resultados deste estudo indicam que o enfrentamento do sofrimento emocional no contexto dos cuidados paliativos domiciliares é sustentado por diferentes estratégias individuais e coletivas, desenvolvidas no cotidiano do trabalho, bem como por processos formativos ainda considerados insuficientes.

No que se refere à formação profissional, observa-se que a preparação para lidar com o processo de morte e morrer ainda se apresenta como insuficiente no campo da saúde. A literatura tem indicado que, embora profissionais de saúde recebam sólida formação técnica, a preparação para lidar com os aspectos emocionais do cuidado em fim de vida permanece insuficiente. Magalhães e Melo (2015) apontam que a formação em saúde ainda apresenta fragilidades no que se refere à preparação dos profissionais para lidar com a morte e com as experiências de luto associadas à prática assistencial.

Essa complexidade do cuidado também se expressa na necessidade de ultrapassar a dimensão estritamente técnica da assistência, como exposto por Téc. 2 (GF1): *“a gente se sente agoniado... não adianta nada você ir lá e colocar a medicação, obrigada, tchau. Não é só isso. Ali tem um ser humano, porque ele é o amor da vida de alguém”*.

Além dessas lacunas formativas, os relatos indicam que o desenvolvimento de competências específicas para atuação em cuidados paliativos frequentemente ocorre por iniciativa individual dos/as profissionais, e não como resultado de políticas institucionais estruturadas de qualificação. Nos grupos focais, Enf. 3 (GF2) destaca que o aprofundamento

na área costuma depender do interesse pessoal dos/as trabalhadores/as: *“Quem tem buscado se especializar é pelo amor à assistência.”*. Essa fala sugere que a busca por capacitação em cuidados paliativos tende a ocorrer de forma individual, motivada pelo compromisso profissional e pela experiência cotidiana com pacientes em processo de finitude. Entretanto, a ausência de estratégias institucionais sistemáticas de formação pode contribuir para que a preparação emocional e técnica para lidar com a morte e com o luto permaneça desigual entre os membros da equipe.

Os dados quantitativos deste estudo revelaram não haver concordância entre os/as participantes quanto à suficiência da formação em saúde mental para lidar com o luto na prática profissional. Na afirmativa **EL6**: *“Eu considero que o treinamento e a formação em saúde mental são suficientes para lidar com o luto na prática de enfermagem”*, observou-se distribuição heterogênea das respostas, indicando que, embora a formação técnica seja reconhecida, a preparação emocional para lidar com a morte e o sofrimento associado ao cuidado em fim de vida ainda é percebida como parcial ou insuficiente.

As falas dos/as participantes também evidenciam percepções distintas e, por vezes, contraditórias acerca do preparo para lidar com a morte no cotidiano do cuidado paliativo. Enquanto alguns profissionais reconhecem explicitamente a ausência de preparo, como expresso na fala *“Preparado mesmo? Não”* (Téc. 1, GF1), outros associam o preparo à ausência de sofrimento, afirmando que *“Preparada mesmo não tá não... se não você não sofreria”* (Téc. 4, GF1). Esses relatos revelam uma possível sobreposição entre preparo técnico-emocional e a expectativa de não sofrer diante da morte, indicando fragilidade na construção conceitual sobre o processo de morrer no contexto profissional. Esses achados dialogam com a literatura que aponta para lacunas na formação em saúde no que se refere ao preparo para lidar com a morte e o luto (Kovács, 2010; Magalhães; Melo, 2015), ressaltando que a preparação dos profissionais para o cuidado em fim de vida permanece parcial e, muitas vezes, sustentada por experiências individuais (Correia; Canhesto; Pedro, 2021).

As narrativas também indicam que a experiência profissional ocupa papel relevante na construção de certo grau de segurança diante do cuidado em fim de vida. A fala de Enf. 1 (GF1) evidencia esse aspecto: *“Eu acho que todos nós, ainda mais que todo mundo já tá velho de casa, a gente tem uma bagagem”*. No entanto, essa mesma experiência é apontada como insuficiente para dar conta da complexidade e da singularidade de cada caso, como destacado pela profissional: *“cada óbito é um óbito... às vezes você vai viver uma coisa totalmente nova”* (Enf. 1, GF 1).

Assim, embora a experiência contribua para a construção de alguma segurança no

exercício profissional, ela não elimina o impacto emocional decorrente da morte, especialmente em situações marcadas por especificidades no processo de morrer. Nesse sentido, a experiência profissional se apresenta como recurso importante, porém limitado, o que reforça a necessidade de estratégias formativas mais estruturadas (Kovács, 2010; Correia; Canhesto; Pedro, 2021).

Diante dessas lacunas, o enfrentamento do sofrimento emocional passa a ser sustentado, em grande medida, por estratégias desenvolvidas no cotidiano do trabalho. Tais

estratégias podem ser compreendidas como formas de *coping*, conceito definido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais mobilizados pelos indivíduos para lidar com situações estressoras (Lazarus; Folkman, 1984), sendo amplamente reconhecido na literatura contemporânea como fundamental para a adaptação emocional em contextos de sofrimento e cuidado em saúde (Folkman, 2010).

Nos relatos dos/as participantes, emergem diferentes formas de enfrentamento. Em primeiro lugar destaca-se o apoio entre pares como importante recurso de sustentação emocional: “Conversa com o colega, abraça o colega” (Téc. 4, GF1). *“Fecha a porta e fala: vem cá, me abraça que hoje eu tô precisando”* (Téc. 2, GF1).

Essas falas evidenciam que, embora existam relações de solidariedade entre os membros da equipe, muitos profissionais reconhecem não possuir preparo específico para oferecer apoio emocional estruturado, como expresso por Téc. 2 (GF1):

“Porque assim, eu não sou preparada, sou técnica de enfermagem, não sou preparada para fazer um apoio ideal, emocional, para um colega que está passando por um momento difícil.”

Além do apoio coletivo, também foram identificados mecanismos individuais de enfrentamento. Entre eles destaca-se o distanciamento emocional como estratégia de proteção diante da intensidade do trabalho: *“Eu tento distanciar o máximo... porque se a gente for pegar tudo que a gente vê, a gente não vive.”*.

De forma semelhante, observa-se a construção de estratégias pessoais ao longo da experiência profissional, como relatado por Enf. 2 (GF1):

“Acho que cada um aqui já encontrou com o tempo formas de escape, né? De não prolongar a angústia que a gente fica. Não necessariamente dentro do serviço, mas alguma outra coisa fora daqui, que eu acho que é essencial também a gente não ficar só trabalhando.”.

Essas estratégias incluem práticas realizadas fora do ambiente de trabalho, como momentos de lazer, convivência familiar e atividades de descontração, evidenciando a busca por equilíbrio diante da carga emocional do cuidado. Quando questionadas sobre como o programa de atenção domiciliar poderia aprimorar o suporte aos profissionais de enfermagem no contexto do cuidado paliativo, as/os participantes apontaram de forma explícita a necessidade de fortalecimento de estratégias institucionais voltadas ao cuidado com os trabalhadores. As sugestões foram convergentes nos grupos focais, destacando a importância de apoio psicológico, espaços coletivos de escuta e ampliação de ações formativas:

“A terapia, eu acho que é uma boa saída. A terapia que tenha dinâmicas, a mesa redonda, treinamentos, discussões.” (Enf. 7, GF 2).

“Mais momentos ‘fúteis’.” (Enf. 5, GF 2).

A menção a “momentos ‘fúteis’” pode ser interpretada como a necessidade de espaços de decompressão e convivência, indicando a importância de pausas e interações que não estejam diretamente vinculadas ao sofrimento do trabalho. Estudos demonstram que profissionais de enfermagem que atuam em contextos de elevada carga emocional recorrem frequentemente a estratégias de regulação emocional e apoio entre pares para sustentar o trabalho (Barnett; Cantu; Clark, 2020; Ercolani *et al.*, 2020).

Os dados quantitativos deste estudo corroboram essa perspectiva. Na afirmativa EL2: *“Eu me sinto preparado (a) para lidar com as emoções associadas ao luto dos pacientes”*, observou-se distribuição heterogênea das respostas, indicando diferentes níveis de adaptação emocional entre os/as profissionais. Os resultados deste estudo indicam que, embora a maioria dos/as participantes reconheça o impacto negativo do luto sobre o bem-estar a longo prazo, o exercício do cuidado é sustentado por estratégias informais de enfrentamento que funcionam como sistemas defensivos coletivos no cotidiano da equipe. Entretanto, quando tais estratégias se tornam a principal forma de sustentação do trabalho, na ausência de dispositivos institucionais estruturados, o sofrimento tende a ser naturalizado como responsabilidade individual. Nesse contexto, o enfrentamento do impacto emocional do cuidado em fim de vida passa a depender predominantemente da experiência pessoal e das redes informais de apoio entre colegas, evidenciando a necessidade de fortalecer estratégias institucionais voltadas ao cuidado com a saúde mental dos profissionais.

Assim, os resultados deste estudo indicam que o luto profissional no cuidado paliativo domiciliar não pode ser compreendido apenas como experiência individual decorrente do

contato com a morte, mas como fenômeno atravessado pelas condições de formação e pelas estratégias de enfrentamento desenvolvidas no cotidiano do trabalho. A intensidade das relações construídas no domicílio, a ruptura após o óbito e a exposição contínua ao sofrimento configuram um cenário em que o enfrentamento do luto se apoia predominantemente em recursos individuais e coletivos informais, evidenciando os limites da formação profissional e a complexidade inerente ao cuidado em contextos de finitude.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender o sofrimento emocional vivenciado por profissionais de enfermagem que atuam em cuidados paliativos domiciliares, analisando suas experiências diante da morte e do luto, as estratégias de enfrentamento mobilizadas no cotidiano do trabalho e as condições institucionais que atravessam esse processo. A utilização de abordagem mista possibilitou articular dados quantitativos e qualitativos, ampliando a compreensão do fenômeno investigado e evidenciando a complexidade das vivências emocionais no cuidado paliativo no domicílio.

Os resultados demonstram que o sofrimento emocional da enfermagem nesse contexto é multifacetado e ultrapassa a relação direta com o paciente. O vínculo prolongado estabelecido no cuidado domiciliar, a convivência contínua com a finitude, o acompanhamento do sofrimento familiar e a ruptura abrupta do cuidado após o óbito configuram experiências que afetam significativamente os profissionais, favorecendo processos de luto profissional que, embora reconhecidos como parte inerente da prática, permanecem em grande medida invisibilizados no âmbito institucional.

Os dados quantitativos revelaram consenso quanto ao reconhecimento do luto como elemento constitutivo da prática da enfermagem, bem como percepção de seu impacto negativo sobre o bem-estar emocional a longo prazo. Entretanto, também evidenciaram fragilidades relacionadas ao preparo emocional, à formação em saúde mental, ao suporte institucional e à disponibilidade de recursos para apoio psicológico. A predominância de respostas de concordância parcial, especialmente nos itens relacionados à liderança e ao reconhecimento institucional, aponta para a existência de iniciativas pontuais, porém insuficientes para sustentar o enfrentamento do sofrimento emocional de forma estruturada. A análise qualitativa aprofundou esses achados ao revelar como o sofrimento é vivenciado, elaborado e, muitas vezes, silenciado no cotidiano do trabalho.

O cuidado paliativo domiciliar emergiu como espaço por vezes contraditório: ao mesmo tempo em que favorece práticas mais humanizadas, baseadas em vínculo, compaixão e proximidade, expõe a enfermagem à maior carga emocional. Nesse contexto, o sofrimento da família destacou-se como eixo central do impacto emocional sobre os profissionais, que assumem papel de mediação e sustentação afetiva diante da dificuldade dos familiares em aceitar a progressão da doença e a morte. Outro achado relevante refere-se ao vínculo prolongado e ao hiato pós-óbito, caracterizado pela ausência de rituais institucionais de

encerramento do cuidado e de espaços formais de elaboração da perda. A ruptura abrupta do vínculo, sem reconhecimento simbólico do sofrimento do profissional, configura um luto ocupacional não reconhecido, contribuindo para sentimentos de vazio, desamparo e invisibilidade.

Na ausência de suporte institucional, os/as profissionais recorrem predominantemente às estratégias informais de enfrentamento, como apoio entre pares, compartilhamento afetivo, espiritualidade e distanciamento emocional. As diferenças observadas entre os grupos focais revelaram modos distintos de lidar com o sofrimento, evidenciando a pluralidade de respostas subjetivas frente à exposição contínua à dor e à finitude.

Destaca-se, ainda, a influência dos modos de liderança na visibilidade ou invisibilidade do sofrimento emocional. Modelos de gestão centrados na operacionalização do cuidado tendem a negligenciar a dimensão emocional do trabalho, deslocando para o profissional a responsabilidade pela elaboração de seu sofrimento. A ausência de espaços de escuta, supervisão e apoio psicológico favorecem a naturalização do desgaste emocional e a manutenção de uma cultura organizacional que silencia o sofrimento.

No que se refere à formação e capacitação em saúde mental, os resultados evidenciam investimento pessoal na qualificação técnica em cuidados paliativos, motivado sobretudo por compromisso ético e identificação com o campo. Entretanto, essa formação mostra-se insuficiente para lidar com o impacto emocional do trabalho, o luto e a fadiga por compaixão, reforçando a necessidade de incorporar, de forma sistemática, conteúdos relacionados à saúde mental do trabalhador, ao autocuidado e à elaboração emocional nos processos de educação permanente.

Os achados qualitativos oriundos dos grupos focais também permitiram a identificação de dimensões específicas da experiência do luto profissional que ampliam a compreensão do fenômeno para além das variáveis inicialmente consideradas no instrumento tipo Likert. Aspectos como o impacto do sofrimento familiar sobre o profissional, a intensificação do sofrimento emocional no contexto domiciliar e as dinâmicas de vínculo e ruptura no processo de morrer emergem como elementos relevantes que podem subsidiar o aprofundamento de investigações futuras. Nesse sentido, tais dimensões apontam para a possibilidade de incorporação de novas variáveis e afirmações em instrumentos quantitativos, contribuindo para o aprimoramento da mensuração do luto profissional no campo da saúde do trabalhador.

Embora o luto seja reconhecido como dimensão constitutiva da prática em cuidados

paliativos domiciliares, esse reconhecimento não é acompanhado por suporte institucional. Reconhecer o sofrimento psíquico decorrente do luto profissional como fenômeno ocupacional, e não como fragilidade individual, constitui passo fundamental para fortalecer o PMC e promover ambientes de trabalho mais humanos, protetores e sustentáveis. Investir em lideranças sensíveis, formação em saúde mental no âmbito da graduação e da educação permanente e criação de espaços de escuta e de acolhimento são passos fundamentais para a promoção da saúde da equipe de enfermagem e para a sustentabilidade ética e humana das práticas de cuidado paliativo no Sistema Único de Saúde.

Como limitações do estudo, destaca-se o recorte realizado em um único SAD de município do interior do estado de Minas Gerais, o que pode restringir a generalização dos resultados. Além disso, o estudo concentrou-se nos/as profissionais de enfermagem, categoria numericamente expressiva no serviço e diretamente envolvida no cuidado cotidiano aos/as pacientes em cuidados paliativos domiciliares. No entanto, a não inclusão de outros profissionais da equipe multiprofissional limita a compreensão mais ampla das dinâmicas coletivas de cuidado, acolhimento e elaboração do luto no contexto da atenção domiciliar. Ainda assim, a profundidade das narrativas e a articulação entre dados quantitativos e qualitativos conferem consistência às análises e contribuem para um campo ainda pouco explorado na literatura. Recomenda-se que estudos futuros envolvam outras categorias profissionais, gestores/as e usuários/as do SAD, visando ampliar o escopo das pesquisas sobre cuidados paliativos no domicílio e sobre o luto profissional no campo da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ALVES, Railda Sabino Fernandes; OLIVEIRA, Francisca Fernanda Barbosa. Cuidados paliativos para profissionais de saúde: avanços e dificuldades. **Revista Saúde & Envelhecimento**, v. 7, n. 2, p. 43–54, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/YjthVg7rxNhm5nhDqrsCqTQ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 5 jan. 2026.

ANDRADE, Angélica Mônica; SILVA, Kênia Lara; SEIXAS, Clarissa Terenzi; BRAGA, Patrícia Pinto. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 210–219, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xthfygXQ5vsvepLymV3qfHn/>. Acesso em: 4 mar. 2026.

ANJOS, A. C. Y. *et al.* Cuidado às mulheres com câncer de mama: uma década de atenção à saúde, formação profissional e pesquisa no contexto de projeto de extensão universitária. In: **Relatos de experiência: ensino, pesquisa e extensão**. Uberlândia: Editora Colab, 2020. v. 1, p. 25–41.

BARNETT, Michael D.; CANTU, Christina; CLARK, Kametrice A. Multidimensional emotion regulation strategies among *hospice* nurses. **Death Studies**, v. 44, n. 8, p. 463–468, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1586790>. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2019.1586790?cf_chl_f_tk=RZby2IxCakMPnyl.OjCwf5.oWL9dEKIJtKUXwnePY3A-1782751888-1.0.1.1-wZ9PbsDhFx8mMHwyU2CcpDI7bxuZ3SPKt_WY9dsnkd4. Acesso em: 20 jan. 2026.

BORGES, Moema da Silva; MENDES, Nayara. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zbxkw6n6zcYMBYNb489H5Gv/>. Acesso em: 15 abr. 2026.

BRASI, Elvira Luana de *et al.* Nurses' moral distress in end-of-life care: a qualitative study. **Nursing Ethics**, v. 28, n. 5, p. 614–627, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33267730/>. Acesso em: 16 abr. 2026.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 14 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. v. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_voll.pdf. Acesso em: 14 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desospitalização:** reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 3 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da atenção domiciliar no SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024.** Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 14 abr. 2026.

CASTRO, E. A. B.; LEITE, A. M.; SILVA, K. L.; SANTOS, M. L. M. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/npgPRKrXL4gftMvhvnQhzqd/?lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2026.

COCKER, Fiona; JOSS, Nerida. **Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 13, n. 6, 2016. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/6/618>. Acesso em: 16 abr. 2026.

COFEN. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Revogada pela Resolução COFEN nº 736/2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009/>. Acesso em: 14 abr. 2026.

COFEN. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>. Acesso em: 14 abr. 2026.

CORREIA, Rui Miguel; CANHESTRO, Ana Maria Sobral; PEDRO, Maria Graça Fernandes. A importância da capacitação dos profissionais de saúde na prestação de cuidados aos doentes com necessidades paliativas: revisão sistemática da literatura. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 7, n. 2, p. 1–16, 2021. Disponível em: https://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/502. Acesso em: 5 jan. 2026.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da *et al.* Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, e20180332, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6jkpqY6C6C5vXkjd7bdgndc/>. Acesso em: 4 mar. 2026.

CYBULSKA, Anna Maria *et al.* Analysis of Nurses' Attitudes toward Patient Death. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 20, 13119, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192013119>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/20/13119>. Acesso em: 15 abr. 2026.

DI CRISTOFARO, Fabio *et al.* Nurses' moral distress in palliative care: a systematic review

of prevalence, contributing factors, and consequences. **Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences**, v. 2, n. 6, 2025. Disponível em: https://www.jnacs.com/article_228011.html. Acesso em: 16 abr. 2026.

EPSTEIN, Elizabeth G.; HAMRIC, Ann B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. **Journal of Clinical Ethics**, v. 20, n. 4, p. 330–342, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20120853/>. Acesso em: 16 abr. 2026.

ERCOLANI, G.; VARANI, S.; PEGHETTI, B. *et al.* Burnout in home palliative care: what is the role of *coping* strategies? **Journal of Palliative Care**, v. 35, p. 46–52, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0825859719827591>. Acesso em: 20 jan. 2026.

FERREIRA, Adriana Martin dos Santos; SANTIAGO, Carolina Marcondes; CASTILHO, Izabela Frederico Severino *et al.* Saúde mental dos profissionais de enfermagem nos cuidados paliativos. **Interference Journal**, v. 11, n. 2, e9193, 2025. Disponível em: <https://interferencejournal.emnuvens.com.br/revista/article/view/663>. Acesso em: 20 jan. 2026.

FOLKMAN, Susan. Stress, *coping*, and hope. **Psycho-Oncology**, v. 19, n. 9, p. 901–908, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20799373/>. Acesso em: 10 maio 2026.

GUERRA, Caren Eduarda Cicchetti; SCORTEGAGNA, Silvana Alba; PRESTES, Mariana Barbosa; SODER, Elis Borghetti. Quando o paciente parte: o luto não reconhecido do profissional de saúde – um relato de experiência no contexto hospitalar. **Revista ARACÊ**, v. 7, n. 7, p. 1–13, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/6678/9128>. Acesso em: 8 dez. 2025.

JASKOWIAK, Caroline Raquele; ZAMBERLAN, Pamalomide; FONTANA, Rosane Teresinha. O processo de morte e morrer: sentimentos e percepções de técnicos em enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3515–3522, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750897032>. Acesso em: 15 abr. 2026.

JOSHI, Ankur; KALE, Saket; CHANDEL, Satish; PAL, Dinesh Kumar. **Likert scale: explored and explained**. *British Journal of Applied Science & Technology*, v. 7, n. 4, p. 396–403, 2015. DOI: <https://doi.org/10.9734/BJAST/2015/14975>. Disponível em: <https://timothydavidson.com/Library/Articles/Other/Likert%20Scale%20Explored%20and%20Explained.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2026.

KOVÁCS, Maria Júlia. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420–429, 2010. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20104420429>. Acesso em: 20 dez. 2025.

KRUEGER, Richard A.; CASEY, Mary Anne. **Focus groups: a practical guide for applied research**. 5. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2015. Disponível em: <https://www.perlego.com/book/4604969>. Acesso em: 5 mar. 2026.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LIKERT, Rensis. **A technique for the measurement of attitudes**. *Archives of Psychology*, New York, v. 22, n. 140, p. 1–55, 1932.

MAGALHÃES, Marília Vieira; MELO, Sara Cristina de Assumpção. **Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde**. *Psicologia e Saúde em Debate*, v. 1, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7>. Acesso em: 15 abr. 2026.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009. p. 43-68. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2025/09/Livro-completo.pdf>.

Acesso em: 15 abr. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 15 abr. 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MONTEIRO, Daniela Trevisan; MENDES, Jussara Maria Rosa; BECK, Carmen Lúcia Colomé. Percepções dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 20, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164>. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2359-07692020000100012&script=sci_arttext.

Acesso em: 15 abr. 2026.

MORLEY, Georgina; BRADBURY-JONES, Caroline; IVES, Jonathan. What is moral distress in nursing? A feminist empirical bioethics study. **Nursing Ethics**, v. 27, n. 5, p. 1297–1314, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733019874492>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31566094/>. Acesso em: 16 abr. 2026.

OH, Younjae; GASTMANS, Chris. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 15–31, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24091351/>. Acesso em: 16 abr. 2026.

ORGAMBÍDEZ, Alejandro *et al.* Moral distress and emotional exhaustion in healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. **Healthcare**, v. 13, n. 4, p. 393, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13040393>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/4/393>. Acesso em: 16 abr. 2026.

PARANHOS, Ranulfo; FIGUEIREDO FILHO, Dalson Britto; ROCHA, Enivaldo Carvalho

da; SILVA JÚNIOR, José Alexandre da; FREITAS, Diego. **Uma introdução aos métodos mistos**. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 384–411, maio/ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/15174522-018004221>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/soc/a/WtDMmCV3jQB8mT6tmpnzKc/>. Acesso em: 14 fev. 2026.

PEITO, Brenda de Brito; MELO, Milena Amaral; LONGO, Cristiano da Silveira. **Luto em profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer de paciente sob seus cuidados: uma revisão bibliográfica sintética**. *Revista Psicologia em Foco*, Frederico Westphalen, v. 12, n. 17, 2020. Disponível em: <https://revistas.fw.uri.br/psicologiaemfoco/article/view/3776>. Acesso em: 15 abr. 2026.

SALBEGO, Cléton *et al.* Sentimentos, dificuldades e estratégias de enfrentamento da morte pela enfermagem. **Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 38, 2022. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/1355/1387>. Acesso em: 15 abr. 2026.

SAUNDERS, Cicely. The evolution of palliative care. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 94, n. 9, p. 430–432, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1177/014107680109400904>. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/014107680109400904>. Acesso em: 16 abr. 2026.

SCHROEDER, Karla; LORENZ, Karl. **Nursing and the future of palliative care**. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, v. 5, n. 1, p. 4–8, jan./mar. 2018. DOI: https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17. Disponível em: [https://apjon.org/article/S2347-5625\(21\)00219-5/fulltext](https://apjon.org/article/S2347-5625(21)00219-5/fulltext). Acesso em: 5 jan. 2026.

SOUSA, Janaina Meirelles; ALVES, Elioenai Dornelles. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 264–269, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/tc4wxZ8bRw5YcXqd7Dzdh9v/>. Acesso em: 15 abr. 2026.

SULLIVAN, Gail M.; ARTINO JR., Anthony R. **Analyzing and interpreting data from Likert-type scales**. *Journal of Graduate Medical Education*, v. 5, n. 4, p. 541–542, 2013. DOI: <https://doi.org/10.4300/JGME-5-4-18>. Disponível em: <https://meridian.allenpress.com/jgme/article/5/4/541/336339/Analyzing-and-Interpreting-Data>

-From-Likert-Type. Acesso em: 14 fev. 2026.

VASCONCELLOS, Sandy Alves *et al.* **Experiências vividas por enfermeiros sobre os cuidados paliativos no ambiente domiciliar.** Journal Health NPEPS, Cáceres, v. 5, n. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4728>. Acesso em: 15 abr. 2026.

VITÓRIA, Alicia Eduarda; MARTINS, Wesley. Dificuldades e enfrentamentos dos profissionais da enfermagem frente aos cuidados paliativos. **Recisatec**, v. 3, n. 8, 2023. DOI: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v3i8.305>. Disponível em: <https://recisatec.com.br/recisatec/article/view/305>. Acesso em: 14 abr. 2026.

WOOD, Joe. **Cicely Saunders and total pain.** Edinburgh: Edinburgh University Press, 2024. 256 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=85MwEQAAQBAJ>. Acesso em: 6 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care.** Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 8 dez. 2025.

ANEXO A IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Qual é a sua idade?
 - ☐ Entre 18 e 25
 - ☐ Entre 26 e 35
 - ☐ Entre 36 e 49
 - ☐ Mais de 50 anos

2. Qual é o seu sexo?
 - ☐ Feminino
 - ☐ Masculino
 - ☐ Prefiro não informar

3. Qual é a sua formação educacional?
 - ☐ Técnico
 - ☐ Superior
 - ☐ Especialização
 - ☐ Mestrado
 - ☐ Doutorado

4. Há quanto tempo você trabalha na área da enfermagem?
 - ☐ Até um ano
 - ☐ Entre 2 e 5 anos
 - ☐ Entre 6 e 10 anos
 - ☐ Entre 11 e 15 anos
 - ☐ Há mais de 16 anos

ANEXO B INSTRUMENTO TIPO LIKERT SOBRE VIVÊNCIAS DE LUTO PROFISSIONAL

Instruções: Indique o seu nível de concordância com cada afirmação abaixo, considerando sua experiência pessoal em lidar com o luto no contexto profissional.

1. Eu sinto que o luto faz parte inevitável da prática de enfermagem. () 1: Discordo totalmente
() 2: Discordo parcialmente () 3: Neutro
() 4: Concordo parcialmente () 5: Concordo totalmente

2. Eu me sinto preparado(a) para lidar com as emoções associadas ao luto dos pacientes.
() 1: Discordo totalmente
() 2: Discordo parcialmente () 3: Neutro
() 4: Concordo parcialmente () 5: Concordo totalmente

3. O suporte emocional oferecido pela equipe de enfermagem é adequado para lidar com situações de luto.
() 1: Discordo totalmente
() 2: Discordo parcialmente () 3: Neutro
() 4: Concordo parcialmente () 5: Concordo totalmente

4. Eu sinto que o ambiente de trabalho reconhece e valoriza o impacto emocional do luto nos profissionais de enfermagem.
() 1: Discordo totalmente
() 2: Discordo parcialmente () 3: Neutro
() 4: Concordo parcialmente () 5: Concordo totalmente

5. Eu me sinto apoiado(a) pela equipe de liderança durante o processo de luto no ambiente de trabalho.
() 1: Discordo totalmente
() 2: Discordo parcialmente () 3: Neutro
() 4: Concordo parcialmente () 5: Concordo totalmente

6. Eu considero que o treinamento e a formação em saúde mental são suficientes para lidar com o luto na prática de enfermagem.
- ☐ 1: Discordo totalmente
 - ☐ 2: Discordo parcialmente
 - ☐ 3: Neutro
 - ☐ 4: Concordo parcialmente
 - ☐ 5: Concordo totalmente
7. Eu acredito que o luto pode afetar negativamente o bem-estar emocional dos profissionais de enfermagem a longo prazo.
- ☐ 1: Discordo totalmente
 - ☐ 2: Discordo parcialmente
 - ☐ 3: Neutro
 - ☐ 4: Concordo parcialmente
 - ☐ 5: Concordo totalmente
8. Eu sinto que há recursos suficientes disponíveis para apoiar os profissionais de enfermagem que estão passando por um processo de luto.
- ☐ 1: Discordo totalmente
 - ☐ 2: Discordo parcialmente
 - ☐ 3: Neutro
 - ☐ 4: Concordo parcialmente
 - ☐ 5: Concordo totalmente

ANEXO C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A morte e morrer: A equipe de enfermagem entre o luto e a prática paliativa domiciliar”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos e Fernanda Gomes da Silva. Nesta pesquisa estamos buscando entender como os profissionais de enfermagem que atuam em cuidados paliativos domiciliares percebem e lidam com a morte e o morrer no ambiente de trabalho. O Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Fernanda Gomes da Silva, na sede do serviço de saúde em questão, uma semana antes do início da coleta dos dados.

Antes de concordar em participar da pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras, em tempo real, para discutir as informações do estudo. O contato poderá ser por telefone e WhatsApp em horário comercial (das 8 às 18 horas), de segunda a sexta feira. Você tem o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar da pesquisa (conforme item IV da Resolução nº 466/2012 ou Capítulo. III da Resolução nº 510/2016).

Na sua participação, você responderá a um questionário com perguntas sobre dados pessoais, informações sobre sua atuação profissional e percepções relacionadas ao trabalho com o luto. Algumas perguntas usam uma escala para indicar o quanto a pessoa concorda ou discorda de certas afirmações. Depois, será feita uma conversa em grupo (chamada de grupo focal) com os participantes, para entender melhor como eles percebem e lidam com a morte e o morrer no trabalho. Essa conversa será gravada, e tudo o que for dito será transcrito. Para preservar a identidade dos participantes, os nomes serão trocados por codinomes. As reuniões acontecerão em uma sala reservada, garantindo privacidade e conforto a todos. Você tem o direito de não responder a qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Ao final das atividades será oferecido gratuitamente um lanche a todos os participantes.

Nós, pesquisadoras, atenderemos às orientações das Resoluções nº 466/2012, Capítulo XI, Item XI. 2: f e nº 510/2016, Capítulo VI, Art. 28: IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob nossa guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. No caso de gravações, as originais serão mantidas mesmo depois de transcritas, sendo tomadas as medidas possíveis e cabíveis para a manutenção do sigilo por tempo indeterminado.

Os resultados da pesquisa serão publicados, e ainda assim a sua identidade será preservada, pois usaremos codinomes para identificação dos participantes. É compromisso do pesquisador responsável a divulgação dos resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV). Apesar de todo o cuidado adotado pelas pesquisadoras, existe um pequeno risco de quebra de sigilo, ou seja, de que alguma informação pessoal possa ser identificada. Para evitar que isso aconteça, todas as falas dos participantes serão tratadas com total discrição, e os nomes serão trocados por codinomes. As informações serão armazenadas de forma segura e acessíveis apenas à equipe da pesquisa, garantindo o sigilo absoluto da identidade dos participantes. A pesquisa será realizada em um ambiente reservado, com pessoas capacitadas e preparadas para tratar o tema com respeito, cuidado e ética. Cada participante poderá se retirar do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem precisar dar justificativas. Caso todos os participantes decidam sair, a pesquisa será encerrada imediatamente. Essas medidas visam proteger os participantes e garantir que ninguém seja exposto a situações de desconforto, constrangimento ou risco emocional. Nenhum custo será repassado ao participante, e nenhum incidente decorrente da pesquisa poderá gerar despesas ao SUS. Todo cuidado será tomado para garantir o bem-estar, a segurança e o respeito aos participantes ao longo de todo o estudo. O principal benefício esperado é ajudar os profissionais de enfermagem a compreender melhor como a morte e o morrer se relacionam com seu trabalho, especialmente quando cuidam de pacientes em cuidados paliativos. A pesquisa pode favorecer uma reflexão sobre os sentimentos, os desafios e o significado que esse cuidado envolve no dia a dia. Além disso, os resultados do estudo poderão contribuir para melhorar o bem-estar emocional desses profissionais, incentivando debates, formações e novos estudos sobre a saúde do trabalhador da enfermagem nesse contexto. Isso pode gerar impactos positivos tanto para os profissionais quanto para os pacientes e suas famílias, ao promover uma assistência mais sensível, humanizada e consciente. Ressaltamos que não há benefícios diretos garantidos aos participantes, mas acredita-se que o conhecimento gerado possa trazer contribuições importantes para a prática profissional e para a sociedade. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assinada e rubricada pelas pesquisadoras. Em qualquer momento, caso tenha qualquer dúvida ou

reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Fernanda Gomes da Silva, pelo telefone (34) 991776356 ou no seguinte endereço: Avenida Getúlio Vargas, 691, 2º andar. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você tem direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Para obter orientações quanto aos direitos dos (as) participantes de pesquisa, acesse a cartilha disponível no *link*: https://propp.ufu.br/sites/propp.ufu.br/files/media/documento/cartilha_dos_direitos_dos_participantes_de_pesquisa.pdf.

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131; ou pelo *e-mail* cep@propp.ufu.br. O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos(as) participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura das pesquisadoras

Assinatura do (a) participante de pesquisa

Rubrica do (a) Participante

Rubrica das pesquisadoras

ANEXO D ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

A moderadora atuará no sentido de:

- Esclarecer como será a dinâmica do grupo e suas regras.
- Facilitar a conversa, garantindo que todos tenham oportunidade de falar.
- Manter o foco no tema e evitar que as conversas se desviem.
- Estimular a participação de todos os membros do grupo, sem forçar ninguém a falar.

A sessão será iniciada com uma breve explicação sobre o que é o grupo focal, os objetivos da conversa e as regras básicas:

- Garantir a confidencialidade das informações discutidas.
- Estimular o respeito pelas opiniões dos outros.
- Todos serão estimulados a falar.

Introdução (5 minutos)

Objetivo: Apresentar o propósito da reunião e criar um ambiente acolhedor e seguro para os participantes.

- Abertura: Explicar brevemente o objetivo do grupo focal e garantir a confidencialidade das discussões.
- Apresentação dos participantes: Incentivar que todos compartilhem seus nomes, cargos e tempo de atuação em cuidados paliativos.
- Informar que não há respostas certas ou erradas; o foco está na troca de experiências.

Perguntas de Abertura (15 minutos)

Objetivo: Estimular os participantes a refletirem sobre o processo de morte e o morrer.

- "O que significa, para você, o processo de morte e o morrer?"
- "Como você percebe o impacto da morte no paciente e na família durante o atendimento domiciliar?"

Objetivo: Explorar as emoções e percepções iniciais dos profissionais sobre o processo de morrer, com ênfase no contexto domiciliar.

Experiência Pessoal e Profissional (25 minutos)

Objetivo: Investigar as experiências pessoais e profissionais dos/as profissionais de enfermagem em relação à morte e ao morrer.

- "Quais são as principais dificuldades que você encontra ao lidar com a morte de um

paciente em cuidados paliativos domiciliares?"

Objetivo: Identificar os desafios que surgem no atendimento domiciliar, tanto no aspecto técnico quanto no emocional.

- "Você sente que a equipe de cuidados paliativos, incluindo a enfermagem, está preparada para lidar com a morte do paciente? Por quê?" *Objetivo:* Analisar a percepção dos profissionais sobre a preparação e o suporte que recebem para lidar com esses momentos delicados.
- "Como você se sente pessoalmente quando um paciente morre? Como lida com isso emocionalmente?"

Objetivo: Explorar as emoções individuais do profissional diante da morte e as estratégias de enfrentamento.

- "Há algum momento ou experiência que tenha marcado sua percepção sobre o processo de morte e o morrer?"

Objetivo: Incentivar a partilha de experiências significativas que influenciaram suas visões sobre a morte.

O Sentido do Cuidado (25 minutos)

Objetivo: Refletir sobre o papel da enfermagem na vida do paciente e da família nos cuidados paliativos.

- "Qual é o significado do cuidado paliativo para você, considerando o contexto domiciliar?"

Objetivo: Compreender o que os profissionais consideram fundamental no cuidado paliativo, além do alívio de sintomas físicos.

- "Como o processo de morte e o morrer influenciam a forma como você realiza seus cuidados?"

Objetivo: Refletir sobre como a proximidade com a morte altera a prática cotidiana dos/das profissionais de enfermagem.

- "O que você acredita que a equipe de enfermagem oferece ao paciente e à família em termos de apoio emocional e psicológico?"

Objetivo: Identificar como os profissionais se veem como suporte emocional durante o processo de morte.

Encerramento e Reflexões Finais (15 minutos)

Objetivo: Finalizar a discussão com uma reflexão coletiva sobre o tema abordado.

- "Após nossa conversa de hoje, há algo novo que você aprendeu sobre a morte e o morrer no contexto dos cuidados paliativos domiciliares?"

Objetivo: Incentivar uma última reflexão sobre as percepções e aprendizados do grupo.

- "Como você acredita que o programa de atendimento domiciliar pode melhorar o suporte aos profissionais de enfermagem nesse processo?"

Objetivo: Coletar sugestões sobre melhorias no suporte ao processo de morte dentro do programa.

Observações Finais:

- Encorajar os participantes a continuarem a troca de experiências em outros momentos informais ou sessões futuras, promovendo o autocuidado emocional para os profissionais.
- Agradecer pela participação e engajamento de todos.

Esse roteiro visa promover uma discussão aberta, permitindo que os profissionais compartilhem suas vivências, desafios e sentimentos, e também possam refletir sobre formas de melhorar tanto a assistência quanto o apoio emocional durante o processo de morte em cuidados paliativos domiciliares.

Durante a atividade do grupo focal, buscar-se-á garantir que todos os participantes se sintam ouvidos, especialmente porque o tema é muito pessoal e emocional, interagindo com os participantes de forma que se sintam confortáveis para compartilhar suas experiências, evitando interrupções para que assim todos os participantes tenham a chance de falar e evite-se que somente algumas pessoas dominem a conversa. O tempo de realização do grupo não deverá exceder 90 minutos, para não incorrer no risco de se perder o foco e a qualidade da discussão. Para o encerramento, será feito um agradecimento pela participação de todos, reforçando a importância das opiniões de cada um para o entendimento do assunto, reforçando que as contribuições de todos são valiosas para se compreender melhor os sentidos atribuídos ao processo de morte e morrer pelos profissionais de enfermagem.