

**UMA INTEGRAÇÃO DA
EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DA
UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA – CONDUTA E
MANEJO DE CUIDADOS
PALIATIVOS**

**AN INTEGRATION OF THE MULTIDISCIPLINARY TEAM IN THE INTENSIVE
CARE UNIT – CONDUCT AND MANAGEMENT OF PALLIATIVE CARE**

Ciências da Saúde • 11/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/786388765](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/786388765)

Anderson Luís Alves da Silva¹

Sabrina Oliveira Pollis²

Pedro Gabriel Torrecilla da Silva³

Mariza Pereira⁴

Mara Sílvia Foratto Marconato⁵

Isabela Bazzo da Costa⁶

Paulo Cezar Novais⁷

RESUMO

Os cuidados paliativos consistem em abordagem multiprofissional voltada à melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças ameaçadoras da vida e de seus familiares. No contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sua integração precoce contribui para evitar intervenções desproporcionais, reduzir sofrimento e favorecer a tomada de decisão compartilhada. Entretanto, a implementação dessa abordagem ainda enfrenta limitações relacionadas à formação e ao conhecimento dos profissionais de saúde. O objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento e a percepção de profissionais de saúde atuantes em uma UTI acerca dos cuidados paliativos. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado por meio da aplicação do teste Bonn Palliative Care Knowledge Test em profissionais de saúde de uma UTI. Os participantes relataram contato frequente com pacientes em terminalidade e reconheceram a relevância dos cuidados paliativos na prática assistencial. Entretanto, foram observadas lacunas de conhecimento conceitual, especialmente quanto à integração entre terapêutica curativa e paliativa, manejo farmacológico da dor e comunicação com pacientes e familiares. Verificou-se que apenas 9,4% dos participantes possuíam formação específica em cuidados paliativos, o que reforça a deficiência de formação formal durante a graduação dos profissionais de saúde. Conclui-se que os achados evidenciam a necessidade de capacitação sistemática em cuidados paliativos no ambiente da UTI. A educação permanente e a implementação de protocolos institucionais podem qualificar a tomada de decisão clínica, reduzir intervenções fúteis e promover assistência mais humanizada ao paciente crítico e sua família.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Profissionais de saúde; Unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

Palliative care consists of a multidisciplinary approach aimed at improving the quality of life of patients with life-threatening illnesses and their families. In the context of the Intensive Care Unit (ICU), its early integration contributes to avoiding disproportionate interventions, reducing suffering, and promoting shared decision-making. However, the implementation of this approach still faces limitations related to the training and knowledge of healthcare professionals. This study aims to evaluate the knowledge and perception of healthcare professionals working in an ICU regarding palliative care. This is a descriptive study with a quantitative approach, conducted through the application of the Bonn Palliative Care Knowledge Test to healthcare professionals in an ICU. Participants reported frequent contact with terminally ill patients and recognized the relevance of palliative care in clinical practice. However, gaps in conceptual knowledge were observed, especially regarding the integration between curative and palliative therapy, pharmacological pain management, and communication with patients and families. It was found that only 9.4% of participants had specific training in palliative care, which reinforces the deficiency of formal training in palliative care during the undergraduate studies of healthcare professionals. In conclusion, the findings highlight the need for systematic training in palliative care in the ICU setting. Continuing education and the implementation of institutional protocols can improve clinical decision-making, reduce futile interventions, and promote more humanized care for critically ill patients and their families.

Keywords: Palliative care; Health personnel; Intensive care units.

1. INTRODUÇÃO

Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), concentra-se o cuidado a pacientes criticamente enfermos, muitas vezes com condições que ameaçam a vida e com prognóstico reservado. Nesse contexto, cresce a importância dos cuidados paliativos, uma abordagem que busca a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças potencialmente incuráveis ou terminais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), cuidados paliativos consistem na assistência multiprofissional destinada a melhorar a qualidade de vida do paciente gravemente doente e de seus entes queridos, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, com identificação precoce e tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Nos últimos anos, tem-se reconhecido a necessidade de integrar os cuidados paliativos ao ambiente da UTI. A integração precoce de cuidados paliativos na UTI visa evitar a chamada obstinação terapêutica, ou seja, intervenções desproporcionais ou fúteis, e focar no manejo adequado de sintomas, conforto e dignidade no final da vida para pacientes em estado crítico (Barros *et al.*, 2024). Estudos indicam que essa abordagem integrada pode melhorar significativamente a qualidade da assistência prestada a pacientes terminais e suas famílias, proporcionando suporte abrangente e compassivo em um momento delicado (Castôr *et al.*, 2024; Pessini *et al.*, 2019).

A relevância científica e social dessa temática é evidente: à medida que a população envelhece e a incidência de doenças crônicas avança, mais pessoas chegam à UTI em fase final de vida, demandando não apenas intervenções curativas, mas principalmente cuidado centrado no alívio do sofrimento e no respeito à vontade do paciente (Knaul *et al.*, 2018). Nesse sentido,

incorporar os preceitos paliativos ao manejo intensivo não é apenas uma questão de eficiência clínica, mas também de ética e humanização do cuidado intensivo.

Por definição, Guedes *et al.* (2024) destaca que os cuidados paliativos em UTI envolvem uma atuação multiprofissional e integrada. Cada membro da equipe – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e cirurgiões-dentistas – desempenha um papel específico e complementar para assegurar uma assistência holística.

A colaboração efetiva entre as diferentes categorias profissionais é essencial para atender às diversas necessidades do paciente crítico, sejam elas físicas, emocionais ou espirituais. Por exemplo, o enfermeiro frequentemente atua como elo de coordenação do cuidado, facilitando a comunicação entre a equipe, paciente e família, e garantindo medidas de conforto contínuas (Guedes *et al.*, 2024).

O questionamento incide sobre o nível de conhecimento e a participação da equipe no processo de condução e manejo dos cuidados paliativos. Essa abordagem interdisciplinar exige comunicação eficaz e alinhamento de condutas entre os profissionais, de modo que decisões críticas – como adequação do suporte vital, manejo da dor ou sedação paliativa – sejam tomadas de forma colegiada, respeitando a autonomia e os valores do paciente e de sua família (Barros *et al.*, 2024).

Os benefícios desse trabalho estão voltados para o alinhamento de informações e condução do paciente em CsPs, bem como a uniformidade do manejo através do entendimento do processo

funcional e emocional. Através deste alinhamento sugere-se a implementação de um instrumento operacional junto à equipe multiprofissional; essa integração promoverá uma conduta mais assertiva, auxiliando assim na navegação por circunstâncias complexas e emocionalmente desgastantes entre os profissionais.

Visto que muitos hospitais ainda apresentam dificuldades na implementação efetiva de práticas paliativistas, seja pela ausência de protocolos bem definidos, pela limitação na capacitação dos profissionais ou pela resistência cultural em relação ao cuidado no fim da vida, o estudo busca analisar a conduta e o manejo dos cuidados paliativos em ambiente hospitalar, com o intuito de identificar lacunas na prática assistencial, propor melhorias e contribuir para a qualificação do cuidado prestado. Espera-se, assim, favorecer uma assistência mais humanizada, ética e centrada nas necessidades do paciente, além de subsidiar a elaboração de protocolos institucionais e estratégias de educação permanente para os profissionais de saúde.

A capacitação precoce dos profissionais de saúde em cuidados paliativos está diretamente associada à melhoria da adequação das condutas terapêuticas na UTI. Diante do exposto, a hipótese deste trabalho é a de que a integração e a articulação do cuidado entre os membros da equipe multiprofissional favorecem decisões clínicas mais assertivas, auxiliando a navegação por circunstâncias complexas e emocionalmente desgastantes entre os profissionais.

Assim, considera-se como objetivo avaliar concepção e percepção de profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos, identificando lacunas formativas que impactam a assistência ao paciente em fase final de vida

Nessas linhas, caberá avaliar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva acerca dos princípios dos cuidados paliativos, incluindo filosofia assistencial, elegibilidade e integração com terapias modificadoras da doença; verificar o conhecimento dos profissionais sobre o manejo clínico de sintomas em cuidados paliativos, especialmente controle da dor, uso de opióides e terapias farmacológicas adjuvantes e analisar a percepção dos profissionais sobre comunicação em final de vida, incluindo tomada de decisão compartilhada, comunicação de más notícias e participação familiar no processo assistencial.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Ambiente Hospitalar e Unidade de Terapia Intensiva

Allende Pérez (2023) ressalta a importância de que os Cuidados Paliativos de forma alguma contribuem para o prolongamento ou encurtamento da vida do paciente, servindo primordialmente para aliviar o paciente durante a transição para a morte. Assim sendo, é importante identificar e eliminar precocemente os problemas psicossociais e elucidar o entendimento de todos os envolvidos para proporcionar a qualidade de vida necessária no momento.

No ambiente hospitalar, Moscoso *et al.* (2023) ressalta que os avanços em tecnologia e educação têm como objetivo incentivar os profissionais de saúde a utilizarem os métodos existentes para apoiar a continuação da vida. Consequentemente, há um surgimento de intervenções potencialmente inadequadas, comunicação ineficaz e uma abordagem inadequada para lidar com o sofrimento do paciente.

A delimitação entre negligência e tratamento excessivamente agressivo, o extenso sofrimento ao prolongar a vida, as implicações financeiras dos cuidados de fim de vida e a dependência excessiva de intervenções médicas nos estágios terminais da doença contribuem para incertezas e hesitações entre os profissionais de saúde. Nesse contexto, as equipes assumem responsabilidades diretas pelo cuidado ao paciente estando ativamente envolvidos na tomada de decisões sobre os procedimentos realizados no cuidado de indivíduos que respondem ou não a tratamentos modificadores da doença (Moscoso *et al.*, 2023).

Apesar de ser uma prática crescente em todo o mundo, particularmente em ambientes de terapia intensiva, Barros *et al.* (2023) afirma que a limitação do suporte de vida (LSV) permanece envolto em incertezas e desafios relativos à tomada de decisões para sua implementação e delineamento de conduta. As unidades de terapia intensiva (UTIs) se destacam como os principais ambientes que necessitam de LSV. O cuidado de pacientes graves, frequentemente sem capacidade de tomada de decisão, está sob a alçada da equipe médica e da família.

No cenário da UTI, onde uma infinidade de recursos tecnológicos e tratamentos especializados são mais prevalentes, juntamente com a complexidade e gravidade das doenças, as ramificações da mortalidade na dinâmica entre profissionais de saúde, pacientes e familiares se tornam ainda mais pronunciadas.

No entanto, pesquisas relacionadas ao assunto permanecem imperativas, especialmente dentro da UTI, com ênfase particular em aspectos como autogoverno e autossuficiência. Dada a complexidade desse assunto, Barros *et al.* (2023) propõem-se a

elucidar as perspectivas e a experiência dos médicos da UTI em relação ao LSV.

Nos últimos anos, tem-se observado a importância de incorporar cuidados paliativos no contexto das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A introdução antecipada desses cuidados na UTI busca prevenir a prática de obstinação terapêutica, que se refere a intervenções inadequadas ou ineficazes, além de concentrar-se no tratamento apropriado dos sintomas, assegurando conforto e dignidade para pacientes em fase terminal (Barros *et al.*, 2024).

Pesquisas apontam que essa abordagem integrada pode aprimorar consideravelmente a qualidade do atendimento a pacientes com doenças terminais e seus familiares, oferecendo um suporte completo e atencioso em um período tão sensível (Castôr *et al.*, 2024; Pessini *et al.*, 2019).

2.2. Cuidados Paliativos

O discurso sobre o conceito de morte de acordo com Costa *et al.* (2017) alterna ao longo da civilização humana. A qualidade intrínseca de ser irreversível e o desafio de expressá-la por meio de representações simbólicas evocam medo entre os indivíduos, dadas as limitações em articulá-lo ou rotulá-lo, apesar de seu status de certeza suprema. Diversas interpretações, ênfases e perspectivas foram e continuam sendo atribuídas a esse fenômeno em várias culturas e épocas históricas, levando a múltiplas mudanças no comportamento humano em relação à mortalidade ao longo dos tempos.

Kesecioglu *et al.* (2024) também relata que as metodologias de cuidados no final da vida são influenciadas por estruturas éticas,

parâmetros legais, padrões culturais e os recursos disponíveis, o que consequentemente resulta em uma variabilidade significativa entre diferentes nações e sistemas de saúde. Ainda sobre a definição de Cuidados Paliativos (CP) fornecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Gondim *et al.* (2024) ressalta que a importância do reconhecimento precoce, da avaliação e do tratamento da dor não pode ser exagerada. Essa estratégia foi projetada para melhorar o bem-estar dos indivíduos e de seus cuidadores, ao mesmo tempo em que aborda doenças graves que comprometem a sustentabilidade da vida, prevenindo e aliviando o sofrimento.

A partir desta ideia, o CP surgiu no Brasil durante a década de 1980 e experimentou um crescimento substancial a partir do ano 2000, marcado pela introdução de novos serviços e pelo reforço dos já existentes. Dentro das estruturas de saúde da CP; estudos de Gondim *et al.* (2024) afirma ser comum equipes multiprofissionais identificarem e aliviarem a dor e os sintomas adicionais, independentemente de sua origem e características.

Coelho e Yankaskas (2017) reforça que a Constituição Brasileira afirma que são direitos primários a dignidade humana na morte do indivíduo, e que está diretamente alinhado com a limitação do suporte de vida. Isto quer dizer que, ninguém, mesmo em uma situação de risco de vida, pode ser forçado a tratamento médico. A Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) apoia a suspensão de tratamentos fúteis para doença incurável do doente terminal se for aceita pelo paciente ou seu representante legal.

Embora os cuidados paliativos sejam benéficos para pessoas em processo de terminalidade, Verma (2018) relata que, para pessoas

diagnosticadas com uma doença incurável, enquanto ainda saudáveis essas medidas também são relevantes. Seguindo esta mesma visão, os CsPs são mais do que apenas tratar a dor e os sintomas, pois o sofrimento vai além da dor. Devemos enxergar o paciente como um ser humano em sua completude, levando em conta toda e qualquer possibilidade, e os cuidados paliativos avalia esse processo em sua totalidade.

Os CsPs na visão de Evangelista *et al.* (2016) são caracterizados como cuidados abrangentes e ativos prestados a pacientes para os quais os tratamentos curativos não são mais eficazes, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos e de suas famílias, abordando questões de dor, biopsicossociais e espirituais; isso constitui uma abordagem especializada que auxilia os indivíduos a enfrentarem e gerenciar a morte da maneira mais eficaz.

Nesse sentido, Rossi, Selbach e Westphal (2023) destaca que dentre os preceitos do cuidado paliativo, incentiva-se a vida, apoiando procedimentos possíveis diante das particularidades de cada paciente. Tal condição, aliada ao planejamento antecipado do cuidado, promove o amparo até mesmo da família durante a doença e o luto. Para a abordagem paliativa, destaca-se a complexidade de cuidar de um doente em fase terminal, que não obteve sucesso com métodos terapêuticos tradicionais.

Assim, analisa-se a necessidade de disponibilizar recursos e planejar a capacitação de profissionais com conhecimento técnico e humano, proporcionando um manejo cuidadoso e individual. Por fim, salienta-se a importância da atuação de uma equipe multiprofissional especializada, provida de competência

humanizada, garantindo um atendimento que preze pelo conforto do paciente (Rossi *et al.* 2023).

2.3. Equipe Multiprofissional

Sullender e Selenich (2016) especificam que os membros de uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos podem incluir clínicos, assistentes sociais, capelães, terapeutas e psicólogos que trabalham em conjunto para manejar o processo do cuidado além de fornecer conforto e auxílio necessário aos envolvidos. A comunicação efetiva entre a equipe envolvida nos cuidados paliativos, especialistas médicos, o paciente e a família podem otimizar o manejo dos sintomas e os cuidados de suporte.

Portanto, por meio de processos de avaliação, Martins *et al.* (2022) destaca que é possível oferecer cuidados de saúde holísticos que abordem os vários aspectos do paciente em todas as fases da doença. Nessa perspectiva, espera-se que os achados do presente estudo contribuam para ampliar a discussão sobre o tema no setor de saúde, particularmente entre gestores e equipes multiprofissionais de unidades de terapia intensiva, favorecendo a reflexão sobre os pré-requisitos necessários para oferecer cuidados de saúde de alta qualidade a esse grupo de pacientes.

Os CsPs na UTI pressupõem uma abordagem interprofissional integrada, na qual cada categoria contribui de forma complementar para a assistência ao paciente crítico. Guedes *et al.* (2024) reforçam que essa cooperação vai além da divisão de tarefas: a atuação articulada da equipe reduz conflitos éticos, uniformiza condutas diante de decisões críticas e amplia a capacidade de resposta às

necessidades físicas, emocionais e espirituais do paciente e de sua família.

3. METODOLOGIA

O presente estudo foi encaminhado para apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade de Marília-Unimar (CEP-UNIMAR), seguindo todos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi iniciada somente após a emissão do parecer consubstanciado emitido pelo CEP-Unimar sob número 7.624.100 e aprovado em 06 de junho de 2025.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas incluindo indivíduos de ambos os sexos, integrantes da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva, com idade mínima de 18 anos e através de uma amostragem por conveniência, utilizando a adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: Um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia, na versão portuguesa do BPW (Minosso et al, 2022). A aplicação foi realizada de forma virtual, por meio do envio de um questionário elaborado na plataforma Google Forms. A amostra do estudo foi composta por 32 profissionais (n=32). Essa estratégia permitiu alcançar os participantes de maneira prática e segura, atendendo às restrições e recomendações sanitárias vigentes durante o período do estudo.

Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos profissionais foram: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais de ambos os sexos. Já os critérios de exclusão utilizados foram os profissionais

fonoaudiólogo, farmacêutico e dentista devido o pouco contato com o paciente em cuidado paliativo; assim como aqueles profissionais que se encontraram em período de afastamento do trabalho.

Os participantes do estudo, após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados e analisados utilizando o *software* estatístico SPSS versão 19.0 for Windows. Foi realizada análise descritiva das variáveis por meio de frequências absolutas e relativas. A normalidade da distribuição dos escores de conhecimento foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. A diferença na proporção de distribuição das respostas foi analisada pelo teste de Qui-quadrado, sendo utilizado o teste exato de Fisher quando as frequências esperadas foram inferiores a cinco. Em todas as análises, adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Resultados

Os dados que caracterizam a amostra, vivência, formação e percepções em cuidados paliativos, estão descritos na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%) das variáveis que caracterizam a amostra, vivências, formação e percepções em cuidados paliativos.

Variáveis	Categorias	f	%	p-valor
-----------	------------	-----	---	---------

Sexo	Feminino	26	81,3	0,001*
	Masculino	6	18,8	
Profissional	Enfermeiro	11	34,4	0,003*
	Tec. Enfermagem	9	28,1	
	Psicólogo(a)	1	3,1	
	Médico(a)	2	6,3	
	Fisioterapeuta	4	12,5	
	Nutricionista	3	9,4	
	Assistente social	2	6,3	
Estado Civil	Solteiro	12	37,5	0,607
	Casado	12	37,5	
	União de estável	8	25,0	
Já vivenciou o processo de morrer/morte de familiares próximos?	Sim	29	90,6	0,001*
	Não	3	9,4	
Tem experiência com pacientes paliativos?	Sim	26	81,3	0,001*
	Não	6	18,8	
Tem formação específica em CP?	Sim	3	9,4	0,001*
	Não	29	90,6	

Considera a área dos CP com conhecimentos específicos para a Enfermagem?	Sim	24	75,0	0,005*
	Não	8	25,0	
Considera-se apto para prestar cuidados aos pacientes em CP?	Sim	25	78,1	0,001*
	Não	7	21,9	
Considera importante incorporação de conteúdos sobre CP no currículo de licenciatura?	Sim	32	100,0	0,001*
	Não	0	0	
Gostaria de trabalhar em serviços de CP?	Sim	22	68,8	0,034*
	Não	10	31,3	

Nota: Cuidados Paliativos (CP); *indica diferença significativa na distribuição de proporção pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,050$.

As questões que compõem o Bonn Palliative Care Knowledge Test que é um instrumento desenvolvido para avaliar o nível de conhecimento em cuidados paliativos entre profissionais e estudantes da área da saúde. O teste é composto por questões de múltipla escolha, distribuídas em cinco domínios principais: princípios gerais dos cuidados paliativos, controle da dor, dispneia, sintomas gastrointestinais e comunicação/psicossocial, e estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%) das questões de autoeficácia.

Variáveis	Categorias	f	%	p-valor
Os CP nunca devem ser combinados com tratamentos curativos.	Correto	12	37,5	0,003*
	Razoavelm ente correto	7	21,9	
	Pouco correto	7	21,9	
	Incorreto	6	18,8	
Os fármacos anti-inflamatórios não esteroides não devem ser utilizados em caso de administração regular de opioides.	Correto	6	18,8	0,475
	Razoavelm ente correto	6	18,8	
	Pouco correto	3	9,4	
	Incorreto	17	53,1	
A administração de fluidos por via subcutânea é necessária para o alívio da xerostomia (boca seca) na pessoa em fim de vida.	Correto	9	28,1	0,191
	Razoavelm ente correto	7	21,9	
	Pouco correto	5	15,6	
	Incorreto	11	34,4	
A gestão da dor com opioide transdérmico é adequada para a pessoa em fim de vida.	Correto	12	37,5	0,001*
	Razoavelm ente correto	5	15,6	
	Pouco correto	5	15,6	

	Incorreto	10	31,3	
As terapias não farmacológicas (por exemplo, fisioterapia) são importantes na gestão da dor.	Correto	21	65,6	0,001*
	Razoavelm ente correto	9	28,1	
	Pouco correto	1	3,1	
	Incorreto	1	3,1	
Para os familiares é sempre importante permanecer junto à pessoa nas últimas horas de vida até que a morte ocorra.	Correto	27	84,4	0,001*
	Razoavelm ente correto	3	9,4	
	Pouco correto	0	0,0	
	Incorreto	2	6,3	
A obstipação deve ser aceite como um efeito secundário, porque a gestão da dor é mais importante.	Correto	16	50,0	0,29
	Razoavelm ente correto	14	43,8	
	Pouco correto	1	3,1	
	Incorreto	1	3,1	
Os CP requerem uma proximidade emocional constante.	Correto	11	34,4	0,001*
	Razoavelm ente correto	4	12,5	
	Pouco correto	7	21,9	

	Incorreto	10	31,3	
Com o avanço da idade, as pessoas aprenderam a lidar com a dor de forma independente, em resultado de várias experiências.	Correto	19	59,4	0,741
	Razoavelmente correto	7	21,9	
	Pouco correto	1	3,1	
	Incorreto	5	15,6	
A filosofia dos CP preconiza que não sejam realizadas quaisquer intervenções destinadas a prolongar a vida.	Correto	10	31,3	0,1
	Razoavelmente correto	6	18,8	
	Pouco correto	7	21,9	
	Incorreto	9	28,1	
O limiar da dor é diminuído pela ansiedade ou fadiga.	Correto	14	43,8	0,026*
	Razoavelmente correto	7	21,9	
	Pouco correto	5	15,6	
	Incorreto	6	18,8	
As pessoas com doenças que ameaçam a vida devem ser sempre informadas da verdade, para que possam preparar o seu processo de morrer.	Correto	16	50,0	0,001*
	Razoavelmente correto	12	37,5	
	Pouco correto	3	9,4	

	Incorreto	1	3,1	
Os membros da equipa não têm de ser crentes para prestar cuidados espirituais à pessoa em fim de vida.	Correto	10	31,3	0,01*
	Razoavelm ente correto	5	15,6	
	Pouco correto	3	9,4	
	Incorreto	14	43,8	
A pessoa que recebe CP deve aceitar a morte.	Correto	16	50,0	0,236
	Razoavelm ente correto	4	12,5	
	Pouco correto	5	15,6	
	Incorreto	7	21,9	
As competências de comunicação podem ser aprendidas.	Correto	4	12,5	0,001*
	Razoavelm ente correto	7	21,9	
	Pouco correto	12	37,5	
	Incorreto	9	28,1	
Os outros pacientes não devem ser informados sobre a morte da pessoa para evitar inquietações.	Correto	28	87,5	0,432
	Razoavelm ente correto	4	12,5	
	Pouco correto	0	0,0	

	Incorreto	0	0,0	
O tratamento médico tem sempre prioridade nos CP.	Correto	4	12,5	0,261
	Razoavelmente correto	8	25,0	
	Pouco correto	8	25,0	
	Incorreto	12	37,5	
Quando morre uma pessoa, os rituais visíveis e as cerimónias de despedida devem ser evitadas para não causar inquietações.	Correto	2	6,3	0,001*
	Razoavelmente correto	1	3,1	
	Pouco correto	5	15,6	
	Incorreto	24	75,0	
O uso de antidepressivos na gestão da dor não é adequado.	Correto	2	6,3	0,001*
	Razoavelmente correto	4	12,5	
	Pouco correto	5	15,6	
	Incorreto	21	65,6	
Os analgésicos adjuvantes não são necessários durante o tratamento com opioides.	Correto	1	3,1	0,001*
	Razoavelmente correto	4	12,5	
	Pouco correto	6	18,8	
	Incorreto	21	65,6	

A fase final refere-se aos últimos 3 dias de vida.	Correto	2	6,3	0,001*
	Razoavelmente correto	5	15,6	
	Pouco correto	4	12,5	
	Incorreto	21	65,6	
Os sentimentos do cuidador (por exemplo, repulsa) podem transparecer durante o cuidado à pessoa.	Correto	19	59,4	0,001*
	Razoavelmente correto	1	3,1	
	Pouco correto	2	6,3	
	Incorreto	10	31,3	
As necessidades fisiológicas (por exemplo, a sexualidade) são importantes mesmo no processo de morrer.	Correto	21	65,6	0,001*
	Razoavelmente correto	6	18,8	
	Pouco correto	3	9,4	
	Incorreto	2	6,3	

Nota: *indica diferença significativa na distribuição de proporção pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,050$.

As respostas esperadas por cada questão aplicada do Instrumento *Bonn Palliative Care Knowledge Test*, estão descritas na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%) das respostas esperadas por questão.

Resposta esperada		<i>F</i>	<i>%</i>	<i>P-valor</i>
Questão 1	Sim	6	18,8	0,001*
	Não	26	81,3	
Questão 2	Sim	9	28,1	0,013*
	Não	23	71,9	
Questão 3	Sim	12	37,5	0,157
	Não	20	62,5	
Questão 4	Sim	21	65,6	0,077
	Não	11	34,4	
Questão 5	Sim	27	84,4	0,001*
	Não	5	15,6	
Questão 6	Sim	16	50,0	1
	Não	16	50,0	
Questão 7	Sim	11	34,4	0,077
	Não	21	65,6	
Questão 8	Sim	19	59,4	0,289
	Não	13	40,6	
Questão 9	Sim	10	31,2	0,034*
	Não	22	68,2	
Questão 10	Sim	14	43,8	0,48
	Não	18	56,3	
Questão 11	Sim	10	31,3	0,034*
	Não	22	68,8	

Questão 12	Sim	16	50,0	1
	Não	16	50,0	
Questão 13	Sim	16	50,0	1
	Não	16	50,0	
Questão 14	Sim	4	12,5	0,001*
	Não	28	87,5	
Questão 15	Sim	28	87,5	0,001*
	Não	4	12,5	
Questão 16	Sim	12	37,5	0,157
	Não	20	62,5	
Questão 17	Sim	4	12,5	0,001*
	Não	28	87,5	
Questão 18	Sim	2	6,3	0,001*
	Não	30	93,8	
Questão 19	Sim	2	6,3	0,001*
	Não	30	93,8	
Questão 20	Sim	1	3,1	0,001*
	Não	31	96,9	
Questão 21	Sim	2	6,3	0,001*
	Não	30	93,8	
Questão 22	Sim	19	59,4	0,289
	Não	13	40,6	
Questão 23	Sim	21	65,6	0,077

	Não	11	34,4	
--	-----	----	------	--

Nota: *indica diferença significativa na distribuição de proporção pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,050$.

As respostas esperadas por cada questão e por área de atuação aplicada do Instrumento *Bonn Palliative Care Knowledge Test*, estão descritas na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%) das respostas esperadas por questão e por área de atuação.

Questões	Áreas	Respostas esperadas		P-valor
		Sim	Não	
Questão 1	Enfermagem	2 (18,2%)	9 (81,8 %)	0,352
	Tec. Enfermagem	4 (44,4%)	5 (55,6%)	
	Psicólogo(a)	0 (0%)	1 (100%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	0 (0%)	4 (100%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	0 (0%)	2 (100%)	
Questão 2	Enfermagem	2 (18,2%)	9 (81,8 %)	0,113
	Tec. Enfermagem	3 (33,3%)	6 (66,7%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	2 (100%)	0 (0%)	
	Fisioterapeuta	1 (25%)	3 (75%)	

	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	0 (0%)	2 (100%)	
Questão 3	Enfermagem	4 (36,4%)	7 (63,6%)	0,296
	Tec. Enfermagem	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
	Psicólogo(a)	0 (0%)	1 (100%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	1 (25%)	3 (75%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	1 (50%)	1 (50%)	
Questão 4	Enfermagem	7 (63,6%)	4 (36,4 %)	0,218
	Tec. Enfermagem	7 (77,8%)	2 (22,2%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	1 (50%)	1 (50%)	
	Fisioterapeuta	3 (75%)	1 (25%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	2 (100%)	0 (0%)	
Questão 5	Enfermagem	11 (100%)	0 (0%)	0,132
	Tec. Enfermagem	7 (77,8%)	2 (22,2%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	2 (100%)	0 (%)	
	Fisioterapeuta	3 (75%)	1 (25%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	2 (66,4%)	
	Assistente social	2 (100%)	0 (0%)	

Questão 6	Enfermagem	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0,957
	Tec. Enfermagem	5 (55,6%)	4 (44,4%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	1 (50%)	1 (50%)	
	Fisioterapeuta	2 (50%)	2 (50%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
	Assistente social	1 (50%)	1 (50%)	
Questão 7	Enfermagem	4 (46,4%)	7 (63,6%)	0,503
	Tec. Enfermagem	5 (55,6%)	4 (44,4%)	
	Psicólogo(a)	0 (0%)	1(100%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	1 (25%)	3 (75%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	1 (50%)	1 (50%)	
Questão 8	Enfermagem	6 (54,5%)	5 (45,5)	0,141
	Tec. Enfermagem	6 (66,7)	3 (33,3%)	
	Psicólogo(a)	0 (0%)	1 (100%)	
	Médico(a)	2 (100%)	0 (0%)	
	Fisioterapeuta	4 (100%)	0 (0%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
	Assistente social	0 (0%)	2 (100%)	
Questão 9	Enfermagem	0 (0%)	11 (100%)	0,015*
	Tec. Enfermagem	2 (22,2%)	7 (77,8%)	

	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	1 (50%)	1 (50%)	
	Fisioterapeuta	3 (75%)	1 (25%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
	Assistente social	2 (100%)	0 (0%)	
Questão 10	Enfermagem	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0,291
	Tec. Enfermagem	5 (55,6%)	4 (44,4%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	2 (50%)	2 (50%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
	Assistente social	2 (100%)	0 (0%)	
Questão 11	Enfermagem	1 (9,1%)	10 (90,9%)	0,094
	Tec. Enfermagem	4 (44,4%)	5 (55,6%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	1 (25%)	3 (75%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
	Assistente social	2 (100%)	0 (0%)	
Questão 12	Enfermagem	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0,181
	Tec. Enfermagem	7 (77,8%)	2 (22,2%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	

	Fisioterapeuta	2 (50%)	2 (50%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	1 (50%)	1 (50%)	
Questão 13	Enfermagem	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0,297
	Tec. Enfermagem	4 (44,4%)	5 (55,6%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	1 (25%)	3 (75%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
	Assistente social	2 (100%)	0 (0%)	
Questão 14	Enfermagem	2 (18,2%)	9 (81,8%)	0,915
	Tec. Enfermagem	1 (11,1%)	8 (88,9%)	
	Psicólogo(a)	0 (0%)	1 (100%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	1 (25%)	3 (75%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	0 (0%)	2 (100%)	
Questão 15	Enfermagem	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0,281
	Tec. Enfermagem	8 (88,9%)	1 (11,1%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	2 (100%)	0 (0%)	
	Fisioterapeuta	4 (100%)	0 (0%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	2 (66,7%)	

	Assistente social	2 (100%)	0 (0%)	
Questão 16	Enfermagem	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0,317
	Tec. Enfermagem	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
	Psicólogo(a)	0 (0%)	1 (100%)	
	Médico(a)	1 (50%)	1 (50%)	
	Fisioterapeuta	0 (0%)	4 (100%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
	Assistente social	1 (50%)	1 (50%)	
Questão 17	Enfermagem	1 (9,1%)	10 (90,1%)	0,616
	Tec. Enfermagem	1 (11,1%)	8 (88,9%)	
	Psicólogo(a)	0 (0%)	1 (100%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	1 (25%)	3 (75%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	1 (50%)	1 (50%)	
Questão 18	Enfermagem	0 (0%)	11 (100%)	0,040**
	Tec. Enfermagem	0 (0%)	9 (100%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	1 (25%)	3 (75%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	0 (0%)	2 (100%)	
Questão 19	Enfermagem	0 (0%)	11 (100%)	0,398

	Tec. Enfermagem	1 (11,1%)	8 (88,9%)	
	Psicólogo(a)	0 (0%)	1 (100%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	0 (0%)	4 (100%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
	Assistente social	0 (0%)	2 (100%)	
Questão 20	Enfermagem	0 (0%)	11 (100%)	0,656
	Tec. Enfermagem	1 (11,1%)	8 (88,9%)	
	Psicólogo(a)	0 (0%)	1 (100%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	0 (0%)	4 (100%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	0 (0%)	2 (100%)	
Questão 21	Enfermagem	0 (0%)	11 (100%)	0,601
	Tec. Enfermagem	1 (11,1%)	8 (88,9%)	
	Psicólogo(a)	0 (0%)	1 (100%)	
	Médico(a)	0 (0%)	2 (100%)	
	Fisioterapeuta	1 (25%)	3 (75%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	0 (0%)	2 (100%)	
Questão 22	Enfermagem	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0,079
	Tec. Enfermagem	8 (88,9)	1 (11,1%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	

	Médico(a)	2 (100%)	0 (0%)	
	Fisioterapeuta	3 (75%)	1 (25%)	
	Nutricionista	1 (33,3%)	3 (66,7%)	
	Assistente social	1 (50%)	1 (50%)	
Questão 23	Enfermagem	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0,153
	Tec. Enfermagem	7 (77,8%)	2 (22,2%)	
	Psicólogo(a)	1 (100%)	0 (0%)	
	Médico(a)	2 (100%)	0 (0%)	
	Fisioterapeuta	2 (50%)	2 (50%)	
	Nutricionista	0 (0%)	3 (100%)	
	Assistente social	2 (100%)	0 (0%)	

Nota: *indica diferença significativa na distribuição de proporção pelo teste do Qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,050$. **indica diferença significativa na distribuição de proporção pelo teste de Fisher para $p\text{-valor} \leq 0,050$.

4.2. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento e a percepção de autoeficácia dos profissionais de saúde em relação aos cuidados paliativos (CP) no contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), utilizando o *Bonn Palliative Care Knowledge Test*. De modo geral, os resultados demonstraram que, embora a maioria dos profissionais possua experiência prática com pacientes em fase terminal e reconheça a importância dos CP, há lacunas conceituais relevantes, sobretudo em aspectos

farmacológicos, comunicação e princípios filosóficos da abordagem paliativa.

Inicialmente, observa-se que a amostra foi predominantemente composta por profissionais do sexo feminino (81,3%) e da área de enfermagem e técnicos de enfermagem. Esse achado é compatível com a própria configuração das equipes de UTI no Brasil, nas quais a enfermagem constitui o grupo profissional mais numeroso e com maior permanência à beira-leito. A literatura aponta que esses profissionais assumem papel central na identificação de sintomas, comunicação com familiares e promoção do conforto, sendo frequentemente os primeiros a reconhecer a necessidade de abordagem paliativa (Coelho; Yankaskas, 2017; Guedes *et al.*, 2024; Ministério da Saúde, 2023).

Apesar disso, verificou-se que apenas 9,4% dos participantes possuíam formação específica em cuidados paliativos. Esse resultado reforça um problema amplamente descrito na literatura internacional: a deficiência de formação formal em CP durante a graduação dos profissionais de saúde.

Estudos demonstram que a educação estruturada em cuidados paliativos ainda é insuficiente em currículos da área da saúde, o que repercute diretamente na qualidade da assistência e na segurança das decisões clínicas (Knaul *et al.*, 2018; World Health Organization, 2020; Downar *et al.*, 2022). O fato de 100% dos participantes considerarem importante a inserção do tema no currículo acadêmico corrobora essa lacuna educacional.

Outro aspecto relevante refere-se ao conhecimento conceitual sobre a filosofia dos cuidados paliativos. Observou-se incerteza quanto à

associação entre CP e tratamento curativo, bem como sobre intervenções destinadas ao prolongamento da vida. Parte significativa dos profissionais acreditou que cuidados paliativos não devem ser combinados com terapias modificadoras da doença. Entretanto, as diretrizes atuais indicam que os CP devem ser integrados precocemente ao tratamento, inclusive concomitantemente a terapias curativas, pois não se restringem ao momento final de vida, mas sim ao cuidado diante de doenças ameaçadoras da vida (WHO, 2020; ESICM, 2024; Temel *et al.*, 2010). Tal equívoco conceitual pode levar à implementação tardia dos CP e favorecer a obstinação terapêutica.

No campo do manejo clínico, os maiores déficits ocorreram nas questões farmacológicas. Muitos participantes demonstraram desconhecimento sobre o uso de opióides, adjuvantes analgésicos e antidepressivos no controle da dor, além de dúvidas quanto ao uso de anti-inflamatórios associados. A literatura aponta que o manejo inadequado da dor ainda constitui uma das principais falhas assistenciais em pacientes críticos em fase final de vida, frequentemente relacionada ao medo de depressão respiratória, dependência ou aceleração da morte — crenças não sustentadas por evidências quando a prescrição é correta (Cherny; Radbruch, 2015; Bruera; Paice, 2015). Esse achado reforça a necessidade de educação permanente, especialmente sobre analgesia paliativa.

Em relação à comunicação e aos aspectos psicossociais, verificou-se que os profissionais reconhecem a importância da presença familiar nas últimas horas de vida, mas apresentaram dificuldades em compreender que habilidades comunicacionais podem ser aprendidas. A comunicação de más notícias e a tomada de decisão compartilhada são competências centrais em cuidados paliativos e

reduzem sofrimento, conflitos familiares e intervenções fúteis (Back *et al.*, 2019; Curtis *et al.*, 2020). A falta de treinamento nessa área pode contribuir para insegurança profissional e sobrecarga emocional da equipe.

O estudo também evidenciou impacto emocional significativo entre os profissionais. A grande maioria já havia vivenciado morte de familiares próximos e relatou contato frequente com pacientes paliativos. A exposição repetida à morte sem preparo adequado está associada a sofrimento moral, burnout e fadiga por compaixão, fenômenos amplamente descritos entre profissionais de terapia intensiva (Moss *et al.*, 2016; Whitehead *et al.*, 2021). Assim, além da capacitação técnica, torna-se necessária a implementação de estratégias institucionais de suporte emocional à equipe.

Outro ponto importante refere-se à atuação multiprofissional. Os dados reforçam que o cuidado paliativo na UTI não pode ser centrado exclusivamente no médico, devendo envolver enfermagem, fisioterapia, psicologia e demais áreas. Diretrizes recentes da *European Society of Intensive Care Medicine* enfatizam que a tomada de decisão no final de vida deve ser compartilhada entre equipe, paciente e família, respeitando autonomia, valores e contexto cultural (Kesecioglu *et al.*, 2024). A integração entre os profissionais reduz conflitos éticos e melhora a qualidade assistencial.

Os resultados também indicam diferenças de conhecimento entre categorias profissionais, o que sugere ausência de protocolos institucionais padronizados. A implementação de instrumentos operacionais e protocolos estruturados, como rounds paliativos e reuniões familiares programadas, tem demonstrado melhora no

controle de sintomas, redução do tempo de permanência na UTI e maior satisfação familiar (Lautrette *et al.*, 2007; Curtis *et al.*, 2020).

Como limitações, destaca-se o tamanho amostral reduzido e a amostragem por conveniência, o que limita a generalização dos resultados. Além disso, a coleta virtual pode ter influenciado a interpretação das questões. Contudo, o estudo apresenta relevância por abordar um tema ainda pouco investigado em contextos regionais brasileiros e por utilizar instrumento validado transculturalmente.

Dessa forma, os achados confirmam a hipótese de que há necessidade de fortalecimento educacional e institucional em cuidados paliativos na UTI. A capacitação formal, associada à implementação de protocolos e apoio emocional à equipe, pode promover maior segurança na tomada de decisões, reduzir intervenções fúteis e garantir assistência mais humanizada ao paciente crítico e sua família.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que, embora os profissionais de saúde da UTI reconheçam a importância dos cuidados paliativos e apresentem contato frequente com pacientes em fase final de vida, ainda existem lacunas significativas de conhecimento conceitual, farmacológico e comunicacional.

A amostra da pesquisa foi composta em sua maioria por profissionais do sexo feminino, da área de enfermagem e técnicos de enfermagem. Esse achado é compatível com a própria configuração das equipes de UTI no Brasil, nas quais a enfermagem

constitui o grupo profissional mais numeroso e com maior permanência à beira-leito.

Observou-se baixa formação específica na área, além de insegurança quanto à integração entre terapias curativas e abordagem paliativa, o que pode contribuir para a implementação tardia dos cuidados paliativos e para a manutenção de intervenções fúteis.

Dessa forma, conclui-se que a capacitação formal, a educação permanente e a implantação de protocolos institucionais são medidas essenciais para qualificar a assistência, favorecer a tomada de decisão compartilhada e promover cuidado mais humanizado ao paciente crítico e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLENDE-PÉREZ, S. *et al.* Palliative Care in patients with hematological malignancies. We have a long way to go.... **The American journal of hospice & palliative care**, v. 40, n. 12, p. 1324–1330, 2023.

BACK, A. L.; FROMME, E. K.; MEIER, D. E. Training clinicians with communication skills needed to match medical treatments to patient values. **JAMA**, Chicago, v. 321, n. 19, p. 1863-1864, 2019.

BARROS, B.F.M.; PASKLAN, A.N.P.; RODRIGUES, N.F.; BARROS, J.B.; MOTTA,V.B.R.; LIMA, S.F. Percepções e conhecimentos médicos sobre limitação de suporte de vida. **Rev. Bioét.** 31, 2023.
<https://doi.org/10.1590/1983-803420233387PT>

BARROS, J. P.; TEIXEIRA, C. W. P. B.; VIEIRA, N. O. B. Cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva: visando a equipe multidisciplinar. **Revista FT (Ciências da Saúde)**, v. 28, n. 137, 2024. DOI: 10.69849/revistaft/ni10202408060752.

BRUERA, E.; PAICE, J. A. Cancer pain management: safe and effective use of opioids. **The Lancet Oncology**, London, v. 16, n. 12, p. e593-e602, 2015.

CASTÔR, K. S.; ALVES, T. de S.; CASTÔR, J. S.; ALVES, E. C. P. Cuidados paliativos da equipe multidisciplinar em pacientes oncológicos na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 1, p. 4507–4517, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n1-366

CHERNY, N. I.; RADBRUCH, L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. **The Lancet Oncology**, London, v. 16, n. 9, p. e438-e449, 2015.

COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. New concepts in palliative care in the intensive care unit. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 29, n. 2, p. 222–230, 2017.

COSTA, D.T.; GARCIA, L.F.; GOLDIM, J.R. Morrer e morte na perspectiva de residentes multiprofissionais em hospital universitário. **Rev. Bioét.** 25 (3) · Sep.-Dec. 2017. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253211>

CURTIS, J. R. et al. Integrating palliative care into the intensive care unit: a report from the Improving Palliative Care in the ICU Advisory Board. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 48, n. 5, p. 728-737, 2020.

DOWNAR, J. et al. Palliative care education in medical training: international perspectives. **Journal of Palliative Medicine**, New Rochelle, v. 25, n. 3, p. 345-352, 2022.

EUROPEAN SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE (ESICM). End-of-life care in the intensive care unit: recommendations of the European Society of Intensive Care Medicine. **Intensive Care Medicine**, Berlin, 2024. Disponível em: <https://www.esicm.org>. Acesso em: 10 fev. 2026.

EVANGELISTA, C.B.; LOPES, M.E.; COSTA, S.F.; BATISTA, P.S.; BATISTA, J.B.; OLIVEIRA, A.M. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. **Rev.Bras. Enferm.:** pag. 591-601. Jun., 2016. doi: 10.1590/0034-7167.2016690324i. PMID: 27355311.

FORMENTIN, M. S.; CORDEIRO, F. R.; ZILLMER, J. G. V.; OLIVEIRA, S. G.; ZILLI, F.; MOSCOSO, C. R. Barreiras ao cuidado no final de vida em um serviço de urgência e emergência. **Revista Uruguia de Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27690>. Acesso em: 27 maio 2025.

GONDIM, A.S.; JUNIOR, A.A.P.; MARÇAL, E.; MELO, L.S.; ROCHA, H.A.L.;

GONDIM, F. M. L.; SOUZA, B. E. S. de; SILVA, A. J. da. **A relevância do cirurgião- dentista na equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar:** uma revisão de literatura. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 9, n. 7, e873975021, 2020.

GUEDES, K. R. V.; MARTINS, W. V. **Atuação do enfermeiro diante do paciente em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.**

Artigo de Pós-Graduação (Enfermagem em Terapia Intensiva) – Centro Universitário Unifametro, Fortaleza, 2024.

KESECIOGLU, J. *et al.* European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. **Intensive care medicine**, v. 50, n. 11, p. 1740–1766, 2024.

KNAUL, F. M. *et al.* Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the *Lancet* Commission report. **The Lancet Commissions**, v. 931, Issue 1028, p. 1391-1454, 2018 doi: 10.1016/S0140- 6736(17)32513-8.

LAUTRETTE, A. *et al.* A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 356, n. 5, p. 469-478, 2007.

MARTINS, M.R.; OLIVEIRA, J.S.; SILVA, A.E.; SILVA, R.S.; CONSTÂNCIO, T.O.S.; VIEIRA, S.N.S. Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão de profissionais de uma Unidade de Cuidado Intensivo (UCI). **Rev. esc. enferm. USP** 56, 2022. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0429en>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição revisada e ampliada. Atualizado em 03/10/2023. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>

MINOSSO, J.S.M.; MARTINS, M.MF.P.S.; OLIVEIRA, M.A.C. Adaptação transcultural do Bonn Palliative Care Knowledge Test: um instrumento para avaliar conhecimentos e autoeficácia. **Rev. bras.**

educ. med. 46 (04), 2022. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20220084>

MOSCOSO, C.R.; CORDEIRO, F.R.; GOMES, M.P.; OLIVEIRA, S.G.; ZILLMER, J.G.V. **Prácticas asistenciales de equipos médicos y de enfermería para personas en cuidados paliativos internadas.** Texto contexto - enferm. 32 , 2023. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0080en>

MOSS, M. et al. An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health professionals. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 44, n. 7, p. 1414-1421, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados Paliativos – definição atualizada 2002.** Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 27 maio 2025.

PEIXOTO, R.A.C. Desenvolvimento e validação de aplicativo para ensino de abordagem da dor em cuidados paliativos. **Rev. bras. educ. med.** 48 (1), 2024. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.1-2023-0039>

PESSINI, L; SIQUEIRA J.E. Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. **Rev. Bioét**, vol. 27, n. 1, p. 29-37, 2019. Disponível em: 10.1590/1983- 80422019271283. Acesso em: 27 maio 2025.

PFISTER, D.; NICKEL, A.; MÜLLER-BRAUNSCHEIDT, H.; *et al.* Validation of the Bonn test for knowledge in palliative care (BPW). **Palliative Medicine**, v. 23, n. 8, p. 754-766, 2009.

ROSSI, R.; SELBACH, M.D.; WESTPHAL, E. **Cuidados paliativos na pandemia: ser humano diante de sua finitude.** Rev. Bioét. 31, 2023. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233300PT>

SULLENDER, R.; SELENICH, S. **Financial considerations of hospital-based palliative care.** RTI Press, 2016. . Acesso em: 24 maio. 2025.

TEMEL, J. S. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 363, n. 8, p. 733-742, 2010.

VERMA, M. Magic word “palliative:” an end to cure but no end to care. **Indian journal of palliative care**, v. 24, n. 4, p. 545–546, 2018.

WHITEHEAD, P. B. et al. Moral distress among healthcare professionals in intensive care units. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v. 30, n. 2, p. 146-154, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care.** Geneva: WHO, 2020.

ZAMBRANO, S. C.; CHUR-HANSEN, A.; CRAWFORD, G. B. The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. **Palliative and Supportive Care**, v. 12, n. 4, p. 309-316, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23750857/>. Acesso em: 27 maio 2025.

ZEPETA, K. G. M.; SILVA, M. M.; SOARES, P. R. Assistência paliativa de enfermagem na dor oncológica: revisão integrativa. **Revista Cuidados Paliativos** (APCP – Portugal), v. 5, n. 1, p. 36- 48, 2018.

¹ Mestre em Interações Estruturais e Funcionais na Reabilitação pela Universidade de Marília (UNIMAR). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8516-9135>

² Discente do Curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9677-0248>

³ Discente do Curso Superior de Tecnologia em Radiologia Médica da Faculdade Método de São Paulo (FAMESP). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7302-073X>

⁴ Mestre em Interações Estruturais e Funcionais na Reabilitação pela Universidade de Marília (UNIMAR). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2691-8155>

⁵ Coordenadora e docente do Curso de Nutrição da Universidade de Marília (UNIMAR). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1093-8452>

⁶ Docente do Curso de Biomedicina da Universidade de Marília (UNIMAR). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4791-0517>

⁷ Doutor em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Docente do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP. Orientador do estudo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8372-6293>