



MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE COLETIVA E CONTROLE DO CÂNCER

PPGCan

ALESSANDRA GOMES SIMÕES

**QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DO CÂNCER:
REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

Rio de Janeiro
2025

ALESSANDRA GOMES SIMÕES

**Qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados
paliativos no contexto do câncer:
revisão sistemática de literatura**



Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional apresentada ao Instituto Nacional de Câncer, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lívia Costa de Oliveira

Rio de Janeiro
2025

CATALOGAÇÃO NA FONTE
INCA/COENS/SEITEC/NSIB
Kátia Simões CRB7/5952

S593q Simões, Alessandra Gomes.

Qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer: revisão sistemática de literatura. / Alessandra Gomes Simões. – Rio de Janeiro, 2025.

75 f.: il. color.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva e Controle de Câncer) - Instituto Nacional de Câncer, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle de Câncer, Rio de Janeiro, 2025.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lívia Costa de Oliveira.

1. qualidade de vida. 2. profissional de saúde. 3. assistência. 4. cuidados paliativos. 5. neoplasias. I. Oliveira, Lívia Costa de (Orient.). II. Instituto Nacional de Câncer. III. Título.

CDD 331.25

ALESSANDRA GOMES SIMÕES

**Qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer:
revisão sistemática de literatura**

Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Nacional de Câncer, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Aprovado em 29/jan./2025.

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Lívia Costa de Oliveira (Orientadora)
Instituto Nacional de Câncer (Inca)

Prof.^o Dr.^o Rafael Tavares Jomar
Instituto Nacional de Câncer (Inca)

Prof.^a Dr.^a Maria Gefé da Rosa Mesquita
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Rio de Janeiro
2025

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde, atuantes em cuidados paliativos, no contexto do câncer, em especial aos profissionais do INCA, unidade HCIV

AGRADECIMENTO

Concluir esta dissertação representa não apenas uma realização acadêmica, mas também a concretização de um sonho que seria impossível sem o apoio de muitas pessoas. Pessoas essas que já faziam parte de minha vida, outras que vieram com a trajetória do mestrado.

Primeiramente, gostaria de expressar minha profunda gratidão, respeito e admiração a minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Lívia Costa de Oliveira, que me guiou com exímia sabedoria, paciência e incentivo, acreditou em mim, nas minhas ideias e “não largou minha mão”, em nenhum momento. Sua expertise e dedicação foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

A banca de qualificação, Prof.^a Laura Barufaldi e Prof.^o Alexandre Silva pelas orientações que foram de suma importância para a estruturação deste trabalho.

A banca examinadora, Prof.^o Rafael Jomar e Prof.^a Maria Gefé, pela disponibilidade, carinho e atenção.

A minha família, pelo amor, compreensão e apoio incondicional.

Filhos, João Bento e Maria Eduarda e esposo Eduardo Simões. Vocês são minha fonte de motivação, alegria e energia.

Ao meu primogênito, meu cachorro Neco, por sua parceria e amor indescritível, estando sempre ao meu lado, nas madrugadas de estudos.

Minha irmã Andréa, cunhado Luís Fernando e sobrinho Pedro, por toda ajuda com minhas crias, para que eu pudesse estudar e acreditarem em mim, mesmo nos momentos mais difíceis, me dando força para seguir sempre em frente. A presença de vocês em minha vida torna cada conquista ainda mais especial.

Minha sobrinha Caroline Faria, pela ajuda com o trabalho, mesmo em terras geladas, nos EUA, seu apoio foi essencial.

A minha fiel escudeira, minha prima Leticia Cristina, ou simplesmente nossa Tatu! Mesmo que eu agradeça a minha vida toda, ainda será pouco pelo cuidado, carinho, atenção e oração, com minha família.

Impossível, neste momento tão singular, não agradecer aqueles que fizeram parte da minha vida de forma tão especial, mas que nos deixaram no plano terreno; entretanto, creio que sempre estarão nos “olhando e cuidando”, como sempre fizeram. Minha amada mãezinha Ormi, que me ensinou, desde sempre que o “melhor marido da mulher é o seu emprego”, cresci ouvindo essa frase, quanta saudade! Papai, vovó, vovô e tio Russo, pessoas mais que

amadas e a minha querida tia Ném, que nos deixou recentemente e da qual eu tive a honra de cuidar até o seu momento final, mulher incrível, a frente do seu tempo, uma figura!

Agradeço ao PPGCan pela oportunidade e suporte institucional, em especial a secretária Fabíola, sempre tão presente e determinada a responder e resolver todas as solicitações da nossa turma. Agradeço, ainda, aos docentes do curso, por todo aprendizado e suporte.

Aos colegas de turma, os mais animados e unidos de todo o mundo, desejo-lhes toda sorte e sucesso! Vocês tornaram esta jornada muito mais leve e significativa. Gratidão pela amizade e apoio durante todo o curso, um carinho especial à colega Aline Drummond pelas caronas ao final da aula e nossos papos descolados durante o trajeto até em casa.

As minhas amigas “princesas”, Ana Beatriz Raimundo, Janice da Silva, Larissa Calixto, Luciana Favoreto e Patrícia Chelles por todo carinho, cuidado, incentivo, risadas, paciência, apoio emocional e por serem pessoas tão maravilhosas, as melhores amigas que a vida podia me dar. Obrigada pela confiança e sempre acreditarem em mim.

Gostaria de expressar minha imensa gratidão as minhas colegas Assistentes Sociais do HCIV, pelo incentivo, carinho e cuidado comigo, em especial Andreia Assis, Erika Palmiere, Marly Schaeffer e Renata Roque. Agradeço a cada uma de vocês por estarem ao meu lado durante os momentos de alegria, conquistas e, especialmente, nos momentos desafiadores. Palavras de encorajamento, ações e ombro amigo, foram essenciais para que eu pudesse manter a motivação e o foco ao longo deste percurso.

Ao meu eterno residente, RI, RII e Fellow, Higor Claudino, por estar sempre disponível para ajudar e oferecer uma perspectiva otimista frente as dificuldades metodológicas. Higor é dessas pessoas que nos marcam positivamente para todo o sempre.

A querida RII Rayanne, a mais ciumenta, porém a mais incentivadora, sagaz e pronta a ajudar no que for preciso.

A toda equipe multidisciplinar do HCIV pelo carinho e incentivo ao longo do curso. Vocês são profissionais incríveis!

Cada um de vocês tem um lugar especial no meu coração e sou profundamente grata por ter pessoas tão incríveis e inspiradoras nessa vida. Esse Mestrado é tanto meu, quanto de vocês, pois sem o suporte de cada um, essa conquista não seria possível.

A todos, deixo meus mais sinceros agradecimentos.

Obrigada meu Deus e a minha mãezinha querida, Nossa Senhora Aparecida, por me cobrir com seu manto de amor e proteção.

Gratidão!!!!

“O cuidado com este profissional configura-se como uma dupla promoção de saúde, uma vez que a promovendo, promove-se não só a saúde deste trabalhador, como de todos aqueles que ele atende”

*Kennyston Costa Lago
Wanderley Codo*

RESUMO

SIMÕES, Alessandra Gomes. **Qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer:** revisão sistemática de literatura. 2025. 99f. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e Controle do Câncer – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2025.

Profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer frequentemente lidam com pacientes que apresentam, em maioria, fragilidades emocional, física, psicossocial e espiritual em face da situação clínica ameaçadora de vida. Esse e outros fatores podem afetar a qualidade de vida de tais profissionais. Contudo, percebe-se uma fragilidade na literatura acerca do estudo desse desfecho. O objetivo desta dissertação é estudar a qualidade de vida de profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer com vistas a oportunizar um relatório técnico que possa sensibilizar os gestores dos serviços. Metodologicamente, recorre-se à revisão sistemática de literatura (RSL), registrada no Prospero, com buscas nas bases de dados PubMed/Medline, Embase, Lilacs e Cochrane Library. Por meio dos resultados dessa RSL foi elaborado um relatório técnico a fim de sensibilizar os gestores a se atentarem mais à qualidade de vida dos profissionais de saúde. Foram selecionados 4 artigos, todos de alta qualidade metodológica. Os materiais têm delineamento transversal, foram publicados em 2018, 2019, 2022 e 2023, e desenvolvidos na Índia, no Chile, no Brasil e em Portugal; apresentam uma amostragem total de 229 participantes, em sua maioria do sexo feminino e da categoria da Enfermagem. Dois artigos utilizam a ferramenta World Health Organization Quality of Life Instrument; os demais, a Short Form Scale 36 e a Professional Quality of Life Scale 5. Os artigos mensuram o quanto é importante a promoção e a manutenção da qualidade de vida dos profissionais de saúde, em níveis pessoal e coletivo. Mediante os resultados da RSL, elaboramos o relatório técnico e acrescentamos, no mais, a necessidade de um olhar abrangente dos gestores para a temática. O trabalho em tela busca contribuir para a disseminação de evidências da fragilidade de estudos sobre a qualidade de vida dos profissionais de saúde que atuam nos cuidados paliativos oncológicos, bem como, através de fundamentação teórica, tenciona subsidiar os gestores na adoção de estratégias exitosas em relação à implementação e/ou manutenção de programas institucionais que visem à busca do bem-estar e da qualidade de vida do trabalhador, o que, em tese, oportuniza a excelência dos serviços prestados.

Palavras-Chave: qualidade de vida; profissional de saúde; assistência; cuidado paliativo; câncer.

ABSTRACT

SIMÕES, Alessandra Gomes. **Quality of life of health professionals working in palliative care in the context of cancer:** a systematic literatura review. 2025. 99s. Dissertation of Professional Master's Degree in Public Health and Cancer Control – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2025.

Health professionals working in palliative care in the context of cancer often deal with patients who, for the most part, present emotional, physical, psychosocial, and spiritual fragility, in the face of a life-threatening clinical situation. This and other factors can affect the quality of life of such professionals. However, there is a weakness in the literature regarding the study of this outcome. To evaluate the quality of life of health professionals working in palliative care in the context of cancer to prepare a Technical Report to raise awareness among service managers. This is a Systematic Literature Review (SLR) study, registered in PROSPERO, with searches in the PubMed/Medline, Embase, Lilacs and Cochrane Library databases. Through the results of this SLR, a Technical Report will be prepared with the purpose of raising awareness among managers about the need to pay greater attention to the quality of life of health professionals in the Unified. Four articles were selected. All were of high methodological quality, had a cross-sectional design, were published in 2018, 2019, 2022 and 2023, developed in India, Chile, Brazil and Portugal. They present a total sample of 229 participants, mostly female, from the Nursing professional category. The following tools were used: World Health Organization Quality of Life instrument-Bref (in 2 articles), Short Form Scale 36 e Professional Quality of Life Scale-5. The articles highlighted the importance of promoting and maintaining the quality of life of health professionals, both personally and collectively. Based on the results of this RSL, we prepared the technical report and added the need for managers to take a comprehensive view of the topic. The work in question sought to contribute to the dissemination of evidence of the weakness of studies on the quality of life of health professionals in palliative care in the context of cancer. It also sought to provide managers with theoretical foundations for the adoption of successful strategies in relation to the implementation and/or maintenance of institutional programs that aim to seek the well-being and quality of life of workers and, consequently, the excellence of the services provided.

Keywords: quality of life; health professional; assistance; palliative care; cancer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - O papel dos cuidados paliativos durante a doença e o luto	24
Figura 2 - Etapas de desenvolvimento do projeto	38
Figura 3 - Processo de seleção de artigos	45
Figura 4 - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos observacionais	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Acrônimo PCC	39
Quadro 2 - Base de dados e palavras-chaves incluídas em suas respectivas estratégias de busca.....	40
Quadro 3 - Dados referentes aos países, delineamentos dos estudos, tamanho amostral, categorias profissionais, sexo, idade e ferramenta de avaliação da qualidade de vida utilizada nos estudos selecionados	47
Quadro 4 - Dados referentes aos objetivos, principais resultados e conclusões dos estudos.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cep – Comitê de Ética em Pesquisa

CRE – Escala de Coping Religioso Espiritual

EPS – Educação Permanente em Saúde

HC IV – Hospital do Câncer IV

HPV – Papilomavírus humano

IAHPC – International Association for Hospices and Palliative Care

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

Inca – Instituto Nacional de Câncer

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde

PNCP – Política Nacional de Cuidados Paliativos

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente

PNSST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Pnud – Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento

PPGCan – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva e Controle do Câncer

Prisma – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

ProQol – Professional Quality of Life Scale

PTT – Produto Técnico Tecnológico

RJ – Rio de Janeiro

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SF36 – Short Form Scale 36

SUS – Sistema Único de Saúde

TQWL-42 – Total Quality of Work Life-42

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Instrument

Unisuam – Centro Universitário Augusto Motta

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. ESTADO DA ARTE.....	19
2.1 Câncer	19
2.1.1 <i>O câncer e o seu impacto global e nacional.....</i>	19
2.2. Cuidado Paliativo	22
2.3 Qualidade de Vida	26
2.3.1 <i>Qualidade de vida no trabalho</i>	28
2.3.2 <i>Qualidade de vida de profissionais de saúde</i>	30
2.3.3 <i>Qualidade de vida de profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer.....</i>	33
2.3.4 <i>Qualidade de vida e a dimensão espiritual.....</i>	34
3. JUSTIFICATIVA.....	37
4. OBJETIVOS	38
4.1 <i>Objetivo geral.....</i>	38
4.2 <i>Objetivo específico.....</i>	38
5. MÉTODOS	38
5.1 Primeira etapa: Revisão Sistemática de Literatura	39
5.1.1 <i>Pesquisa de literatura e seleção de estudos</i>	39
5.1.2 <i>Critérios de elegibilidade</i>	42
5.1.3 <i>Avaliação da qualidade metodológica</i>	42
5.1.4 <i>Extração dos dados</i>	42
5.1.5 <i>Análise dos dados</i>	42
5.2 Segunda etapa: Elaboração de um Relatório Técnico	43
5.3 Aspectos éticos	44
6. RESULTADOS	44
6.1 <i>Primeira etapa (RSL).....</i>	44
6.2 <i>Segunda etapa (Relatório Técnico)</i>	49
7. DISCUSSÃO	49
7.1 <i>Pontos fortes e limitações.....</i>	54
7.2 <i>Perspectivas futuras.....</i>	55
8. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE 1	64
APÊNDICE 2	66
ANEXO	87

APRESENTAÇÃO

Olá! Sou a discente Alessandra Gomes Simões, tenho 53 anos de idade e meu domicílio se localiza no bairro da Penha, Rio de Janeiro (RJ). Sou mãe de um *pet*, o meu primogênito chamado Neco (cachorro), e dos gêmeos João Bento e Maria Eduarda, de 5 anos de idade, bem como esposa do Eduardo Simões.

Adoro a Turma da Mônica, sou dedicada e apaixonada por tudo o que faço!

Minha formação acadêmica em Serviço Social foi concluída em 2004, no Centro Universitário Augusto Motta (Unisuam). Sou servidora pública há 12 anos do Instituto Nacional de Câncer (Inca), lotada no Hospital do Câncer IV (HC IV), unidade de cuidados paliativos, e estou, no momento, atuando na modalidade de atendimento Internação Hospitalar (IH), na assistência direta aos usuários.

O cuidado paliativo se concentra no controle de sintomas e no conforto de usuários que apresentam uma condição de saúde grave e não têm proposta terapêutica curativa. Levar dignidade e acolhimento a esses indivíduos e a seus pares é uma meta diária, um compromisso profissional e humano.

Minha motivação pessoal ao Mestrado se deu devido a participação ativa na Residência Multiprofissional do Inca, onde a docência e a preceptoria, assim como o auxílio na organização do módulo V do Serviço Social exigiram de mim muita atenção e segurança. No contato com os residentes, o aprimoramento acadêmico se faz necessário para uma melhor troca de ideias diárias. Minha escolha pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan) se deu pela excelência do corpo acadêmico deste curso e por acreditar que devemos sempre valorizar o melhor que a instituição nos oferece.

O tema da pesquisa, intitulada *Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Atuantes em Cuidados Paliativos no Contexto do Câncer: Revisão Sistemática de Literatura*, é fruto de minha inquietação diária como profissional inserida na assistência aos usuários, da percepção de que o estilo e a qualidade de vida do profissional de saúde (das mais diversas categorias) refletem diretamente no cuidado ofertado aos usuários. Assim sendo, fica claro que as satisfações profissional e pessoal devem estar alinhadas para que haja um maior prazer no cuidado diário ofertado aos pacientes e familiares.

Qualidade de vida significa, entre outras definições, ter relações pessoais e profissionais prazerosas. O presente trabalho irá buscar, através de uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL), o que os autores pensam a respeito dessa temática. Ao fim, desenvolveremos, como produto técnico tecnológico (PTT), um relatório técnico que visa

sensibilizar os gestores sobre a necessidade de se dar maior atenção e qualidade de vida dos profissionais de saúde.

1. INTRODUÇÃO

Dados do Instituto Nacional de Câncer (2022) apontam que são esperados 704 mil novos casos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025 (Santos *et al.*, 2023). Nesse cenário, entre as ações de controle do câncer, torna-se essencial a implementação precoce de cuidados paliativos, conforme destacado pela Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2022). Por se tratar de uma doença potencialmente fatal, recomenda-se a oferta de cuidados paliativos de forma concomitante ao tratamento modificador da doença, devendo essa assistência ser aumentada em paralelo à progressão do câncer (OMS, 2007; Matsumoto, 2012).

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes, tanto os relacionados ao tratamento, quanto à evolução da doença. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, faz-se necessária a adoção precoce de condutas terapêuticas dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente frente a sua situação de incurabilidade (Inca, 2023).

Dessa forma, os profissionais de saúde atuantes nos cuidados paliativos oncológicos lidam, frequentemente, com pacientes que, em maioria, apresentam fragilidades emocionais, físicas, psicossociais e espirituais diante de uma situação clínica ameaçadora de vida. Esse e outros fatores podem afetar a qualidade de vida de tais profissionais. No entanto, percebe-se uma fragilidade na literatura acerca do estudo desse desfecho. Ademais, a qualidade de vida dos profissionais dificilmente é incluída no planejamento de políticas públicas de saúde, tampouco nos meios assistenciais (OMS, 2022).

A qualidade de vida dos profissionais de saúde é algo muito importante, principalmente em relação àqueles que atuam no contexto do câncer, e está relacionada a preservação da saúde física, psíquica, espiritual e social, para que o cuidado ofertado aos usuários seja de excelência Camargo *et al.* (2021); referidos autores acrescentam que condições negativas de trabalho levam ao adoecimento e à insatisfação, o que pode ocasionar acidentes de trabalho, adoecimento, absenteísmo etc.

De acordo com Ferreira, 2012, o conceito de qualidade de vida no trabalho surge a partir do conceito inicial de qualidade de vida, sendo expressa por meio de representações globais (contexto organizacional) e específicas (situações de trabalho) que os trabalhadores constroem. Indicam-se o predomínio de experiências de bem-estar no trabalho, de reconhecimentos institucional e coletivo, de possibilidades de crescimento profissional e respeito às características individuais (Ferreira, 2012, p. 172).

Cabe destacar que a qualidade de vida no ambiente de trabalho é essencial para que o trabalhador seja comprometido com o serviço e possa desenvolver, prazerosamente, um trabalho interdisciplinar, em que um aprende com o outro, propiciando-se assim o bem-estar e a qualidade de vida. Nessa perspectiva, na temática da qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer, o bem-estar destes profissionais, a satisfação do usuário-cidadão, a eficiência e a eficácia dos serviços prestados pelos órgãos governamentais constituem desafios inerentes às práticas de gestão voltadas para a promoção da qualidade de vida no trabalho (Ferreira *et al.*, 2009, p. 320).

Nesse cenário, o presente trabalho buscará, através de uma Revisão Sistemática de Literatura - RSL, o que os pesquisadores compreendem por qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes nos cuidados paliativos oncológicos. Tem-se como objetivo geral avaliar essa qualidade de vida e, por intuito, a elaboração de um relatório técnico para a sensibilização de gestores e serviços de saúde. Serão abordados nos capítulos seguintes o referencial teórico sobre o tema, a justificativa pela escolha do objeto de pesquisa e a pergunta norteadora do presente trabalho; os objetivos geral e específico, o caminho metodológico percorrido para desenvolver o trabalho a partir da pergunta norteadora, os resultados, a discussão e a conclusão.

2. ESTADO DA ARTE

2.1. CÂNCER

2.1.1. O CÂNCER E SEU IMPACTO GLOBAL E NACIONAL

A palavra “câncer” vem do grego *karkínos*, que significa “caranguejo”, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates (460-377 a.C.), o pai da medicina. Não se trata de uma doença nova, pois o fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que já afetava o homem há mais de três mil anos antes de Cristo (OMS, 2007; Inca, 2020).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2020), o câncer é um termo genérico para um grande grupo de doenças que pode afetar qualquer parte do corpo. Outros termos utilizados são “tumores malignos” e “neoplasias”. Existem mais de 100 tipos de câncer e, em cada tipo, podem ser encontrados vários subtipos com comportamentos bem diferentes. Ao longo do tempo, observou-se que a resposta ao tratamento oncológico, entre outros fatores, varia entre os indivíduos devido às características moleculares dos tumores, o

que tornou a tarefa dos investigadores sobre a eficácia dos tratamentos muito mais complexa (Opas, 2020).

De acordo com Inca (2020), o câncer é uma doença caracterizada pela divisão e multiplicação celular descontrolada, uma característica que o define é a rápida criação de células anormais que crescem para além de seus limites habituais; que podem invadir partes adjacentes do corpo e se espalhar para outros órgãos, o que caracteriza a metástase, a principal causa da morte pela enfermidade.

O risco de desenvolver câncer em uma determinada população depende de uma combinação de características genéticas, biológicas e comportamentais dos indivíduos, bem como de suas condições social, ambiental, política e econômica. Podemos sinalizar como fatores de risco o sobrepeso, o excesso de álcool e o fumo; o sedentarismo, a alimentação inadequada (alimentos ultraprocessados, por exemplo), exposição ocupacional, infecções (pelo papilomavírus humano, por exemplo), exposição aos raios solares etc. (OMS, 2017).

No ambiente de trabalho, os indivíduos podem ser mais expostos a fatores de risco para o câncer, tais como agentes químicos, físicos e biológicos, e sofrer efeitos relacionados à desregulação do ciclo circadiano, que decorrem de trabalhos noturnos. Destarte, os casos de câncer relacionados ao trabalho podem ser evitáveis pela redução ou eliminação dessas exposições (Inca, 2021).

De acordo com o Inca (2021), considerando todas as mortes por doenças associadas ao trabalho, o câncer é a moléstia que mais conduz ao óbito. No que se refere à letalidade do câncer vinculada ao trabalho, dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2017) revelaram que 666 mil mortes/ano são, no mundo, causadas por câncer relacionado ao trabalho, o dobro dos óbitos causados por acidentes laborais.

Em linhas gerais, segundo o Inca (2020), a prevenção da doença oncológica engloba ações realizadas para reduzir os riscos de desenvolvê-la. O objetivo da prevenção primária é impedir que a enfermidade se desenvolva. Isso inclui evitar a exposição aos seus fatores de risco e a adoção de um modo de vida saudável. Por sua vez, os fitos da prevenção secundária são detectar e tratar doença pré-malignas, como a lesão causada pelo HPV e pólipos nas paredes intestinais, e cânceres assintomáticos iniciais.

De acordo com Inca (2012), os tratamentos mais frequentes da doença podem ser feitos através de cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea; Os mesmos autores ressaltam que, em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade de tratamento e, quando avaliam os especialistas que não há mais uma proposta terapêutica curativa, o paciente pode ser encaminhado para o tratamento paliativo.

Conforme as estimativas, ocorreram em 2022 cerca de 20 milhões de novos casos de câncer no mundo. Ademais, o número de novos casos de câncer chegará a 35 milhões até 2050. As neoplasias de mama e pulmão foram, respectivamente, as mais frequentes em mulheres e homens, tanto em casos, quanto em mortes (Bray *et al.*, 2024).

A OMS informa que o câncer é a segunda doença que mais mata no mundo, com cerca de 9,6 milhões de óbitos por ano, e, nos próximos 25 anos, será a primeira. A nível global, uma em cada seis mortes são relacionadas a doenças oncológicas. Aproximadamente 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa renda (Opas, 2020). Um relatório da OMS sobre a projeção do incremento na incidência de tumores malignos mostra o surgimento de 12,4 milhões de novos casos por ano (Opas, 2023).

A Opas (2023) sinaliza que na região das Américas o câncer é a segunda causa mais frequente de morbidade e mortalidade, seguido das doenças cardiovasculares. Ainda no continente americano, estima-se que o número de pessoas com diagnóstico de câncer de mama aumente em 57%, chegando a aproximadamente 6,3 milhões de casos até 2024, caso nenhuma ação seja tomada para prevenir e controlar essa enfermidade.

A carga global da doença pode ser reduzida, uma vez que entre 30% e 50% dos casos podem ser prevenidos (Opas, 2020). Sobre esse tema, o Inca (2020) salienta que são possíveis a redução e o controle do câncer por meio da implementação de estratégias baseadas em evidências para a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de pacientes já acometidos pela doença oncológica. Muitas neoplasias malignas têm uma alta chance de cura se detectados precocemente e tratados adequadamente.

Sobre a magnitude nacional do câncer, o Inca (2022) informa que são esperados 704 mil novos casos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025. À exceção do câncer de pele não melanoma, ocorrerão 483 mil novos casos (Inca, 2022; Santos *et al.*, 2023). Cabe ressaltar que, ainda pelos dados do Inca (2019), a estimativa do triênio anterior totalizava 625 mil casos incidentes por ano. Conforme a estimativa atual, o câncer de mama feminina e o de próstata serão os mais incidentes, com, respectivamente, 73 mil e 71 mil novos casos.

Novamente, de acordo com a projeção do Inca (2022), o tipo de câncer mais incidente no país será o de pele não melanoma, com 31,3% dos casos. Esse sítio tumoral primário é mais comum em pessoas com mais de 40 anos, de pele clara e sensíveis à ação dos raios solares. O Inca (2022) e Santos *et al.* (2023) comunicam que, após as neoplasias de pele não melanomas, os tumores malignos mais incidentes no país serão os seguintes: mama feminina (10,5%); próstata (10,2%); cólon e reto (6,5%); pulmão (4,6%); e estômago (3,1%).

Além disso, é importante destacar que nos países de baixa e média rendas as limitações no acesso à saúde, a baixa cobertura de programas de rastreio e os atrasos de procedimentos diagnósticos contribuem para o diagnóstico oncológico tardio. De acordo com um estudo realizado por meio de análise de base secundária de duas décadas do Registro Hospitalar de Câncer no Brasil, houve o predomínio de tendências crescente de diagnóstico tardio (em estágio IV), o que demonstra a relevância desse problema (Oliveira *et al.*, 2022).

De acordo com o estudo publicado por Cancela *et al.* (2023), a mortalidade prematura por câncer no Brasil deve diminuir no período 2026-2030 em comparação à mortalidade prematura observada entre 2011 e 2015, para a faixa etária de 30 a 69 anos de idade. Uma redução de 12% na taxa de mortalidade entre os homens e uma redução de 4,6% entre as mulheres são previstas nacionalmente. Apesar disso, ambas as reduções ficarão distantes da meta 3.4¹ dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), nos quais apenas o câncer de pulmão masculino se aproximará da meta.

2.2. CUIDADO PALIATIVO

A palavra “paliativo” é derivada do latim *pallium*, que significa “manto” (Siqueira e Pessini, 2012; Merino, 2018). Em conceito definido pela OMS (2002, online) em 1990 e atualizado em 2002, cuidados paliativos:

[...] consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Por se tratar de uma doença potencialmente fatal, recomenda-se a oferta de cuidados paliativos de forma concomitante ao tratamento modificador da doença, abrangendo o cuidado global e interdisciplinar do paciente e ampliando essa assistência conforme a progressão do câncer (OMS, 2007; Matsumoto, 2012). Posto isso, torna-se essencial entre as ações de controle do câncer a implementação precoce de cuidados paliativos (OMS, 2007).

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes, tanto os relacionados ao tratamento, quanto à evolução da doença. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo,

¹ Meta 3.4: até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (DNTs) por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.

a abordagem e o tratamento paliativo devem ser eminentemente ativos, sobretudo em pacientes com câncer em fase avançada, onde algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para o controle de sintomas. Considerada a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença em estágio avançado, faz-se necessária a adoção precoce de condutas terapêuticas dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente frente à sua situação de incurabilidade.

A International Association for Hospices & Palliative Care (IAHPC) publicou em 2020 um conceito mais amplo de cuidado paliativo, cujo desenvolvimento se deu por meio de um consenso, em três diferentes fases, e envolveu paliativistas do mundo inteiro. O maior desafio nesse trabalho foi integrar em uma só definição a ideia segundo a qual os cuidados paliativos são o alívio de todo sofrimento e a tônica que os propõe como um tempo de vida limitado. Dessa forma, segundo Radbruch *et al.* (2020, p. 761), o conceito elaborado foi o seguinte:

Cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos cuidados paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores.

Além disso, cabe destacar os princípios norteadores dos cuidados paliativos, que são: afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural; não apressar, nem adiar a morte; oferecer abordagem multiprofissional para pacientes e familiares durante a doença e o luto; e aplicar essa abordagem desde o início da doença (OMS, 2002). Mesmo que se recomende a implementação dos cuidados paliativos a partir do diagnóstico da doença, para auxiliar no manejo dos sintomas, especialmente os de difícil controle, e melhorar as condições clínicas do paciente, a paliação ocupa menor espaço no plano de cuidados. A ilustração abaixo exemplifica que, na medida que ocorre a progressão da doença e as terapias curativas se tornam ineficazes, os cuidados paliativos vão se ampliando. Ademais, é prestado suporte à família durante toda a trajetória da doença, incluindo o momento da morte e o pós-óbito, para o auxílio aos familiares e entes enlutados (OMS, 2007; Inca, 2022).

Figura 1 – o papel dos cuidados paliativos durante a doença e o luto



Fonte: SBGG - Azevedo (2015)

De acordo com Inca (2021), no Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos cuidados paliativos podem ser encontradas desde os anos 70, entretanto, foi nos anos 90 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados. O Inca, do Ministério da Saúde (MS), inaugurou em 1998 o HC IV, primeira unidade pública de saúde exclusivamente dedicada aos cuidados paliativos.

Em algumas partes do mundo, não existem serviços de cuidados paliativos, ou são eles incipientes (ANCP, 2018). A propósito dessa realidade, Victor (2016) acrescenta que o jornal The Economist publicou pela primeira vez em 2010 o Índice de Qualidade de Morte (em inglês, Quality of Death Index). Essa publicação é baseada em uma pesquisa realizada pela Economist Intelligence Unit, que classifica 40 países em termos de qualidade e disponibilidade de cuidados de fim de vida. No ranking de 2010, o Brasil, entre 40 países, ocupou a 38^a posição. Em 2015 foram avaliados 80 países e o Brasil, dessa vez, assumiu a 42^a posição. Sobre esse fato, Victor (2016, p. 270) acrescenta que “não podemos esquecer que a população está envelhecendo e a demanda por cuidados paliativos encontra-se em crescimento”.

A partir do recente mapeamento do evolver dos cuidados paliativos no mundo, o Brasil foi classificado em nível 3B. A saber, o nível 1 indica nessa escala a ausência de prestação de cuidados paliativos; já o nível 4B, a existência de serviços de cuidados paliativos com integração avançada aos serviços de saúde convencionais. Assim, o Brasil foi considerado um país com prestação generalizada de cuidados paliativos, no qual há fontes de financiamento, disponibilidade de morfina, serviços de cuidados paliativos e algumas iniciativas de formação e educação, mas não integradas aos sistemas de saúde (Clark *et al.*, 2020).

Movimentos têm crescido no Brasil, entre eles o da Frente PaliAtivista – Cuidados Paliativos Pelo Brasil, mostrando a importância dos cuidados paliativos e defendendo a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Através da Resolução nº 729, de 7 de dezembro de 2023, o MS aprovou no âmbito do SUS a PNCP. Na prática, o SUS terá uma estrutura estabelecida para a prevenção e o alívio de sofrimentos e sintomas, avaliação e tratamento da dor. A ideia, a partir da adesão de estados e municípios, é formar até 1.321 equipes que contêm assistentes sociais, enfermeiros, médicos e psicólogos, além de investir na educação permanente dos profissionais e na assistência farmacêutica (Brasil, 2023). Posteriormente, em 7 de maio de 2024, a PNCP foi publicada (Brasil, 2024).

O trabalho diário, numa unidade de cuidados paliativos oncológicos exclusivo, nos faz entender que quando os recursos terapêuticos curativos se esgotam e a abordagem paliativa passa a ser o principal cuidado ofertado, visando o efetivo manejo de sintomas e as melhores qualidades de vida e de morte, se faz necessário pensar e agir com vistas à dignidade do indivíduo adoecido, assim como fazer desse usuário o protagonista de sua história a fim de que ele viva da melhor forma possível o seu processo de finitude.

A seguir, uma breve abordagem dos tratamentos paliativo e modificador de doença (modelo biomédico tradicional).

O modelo biomédico tradicional tem foco na doença, não no doente. Como define Koifman (2001, p. 54),

Partindo do princípio, concernente a esse modelo, de que a saúde e a vida saudável emergirão automaticamente da ciência, os tratamentos médicos consistiriam em esforços para reestruturar o funcionamento normal do corpo, para interromper processos degenerativos, ou para destruir invasores. A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica. Em muitos casos, essa abordagem foi bem-sucedida. A ciência e a tecnologia médicas desenvolveram métodos altamente sofisticados para remover ou consertar diversas partes do corpo.

Segundo a Opas (2020), a medicina tradicional pode ser assim definida:

A soma de conhecimentos, capacidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis pelos métodos científicos atuais ou não, utilizadas para manter a saúde e prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais.

Destarte, em termos práticos e de acordo com a vivência em uma unidade dedicada à palição, a diferença entre os cuidados paliativos e a medicina tradicional reside no enfoque

ao cuidado centrado no paciente e em sua história de vida, entendendo o indivíduo em seu contexto biopsicossocial e espiritual, e na presença ativa de uma equipe competente a dar suporte nos momentos anterior e posterior ao luto, através de um atendimento não invasivo e com o uso eficiente dos recursos de saúde (por exemplo, a redução do tempo de ocupação em leitos de internação).

2.3. QUALIDADE DE VIDA

Etimologicamente, o termo “qualidade” deriva do latim *qualis*, que significa o modo de ser característico de alguma coisa. Considera-se a coisa tanto em si mesma, quanto relacionada a outro grupo, implicando, portanto, características positivas ou negativa (Pereira, 2012). O conceito de qualidade de vida é amplo e, a depender da área de interesse, pode apresentar muitas nuances. Verificou-se que as abordagens e conceitualizações sobre a qualidade de vida se apresentam na literatura de forma diversificada e, por vezes, divergentes (Pereira, 2012).

Em 1994, a OMS (1994) definiu a qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (grifo nosso). Ainda à luz do que determina a OMS, essa definição está diretamente ligada à satisfação da pessoa em suas relações cotidianas – mais amplamente, ao cotidiano de sua vida.

Cabe ressaltar que a qualidade de vida não diz respeito ao aspecto financeiro. Esse fator é muito importante, mas não podemos confundir qualidade de vida com padrão de vida, que se refere a bens e serviços, à quantidade de dinheiro que o indivíduo possui e à forma com a qual ele se relaciona com os bens de consumo (Brasil, 2021).

Intuitiva e geralmente, as pessoas associam a qualidade de vida a um estado de bem-estar físico, mental e financeiro, e buscam formas de consegui-lo ao longo de suas respectivas existências. A qualidade de vida está diretamente associada a um bem-estar pessoal e a outros diversos aspectos, dos quais podemos citar os valores culturais, religiosos e o suporte familiar; as relações amorosas e de amizade, além da satisfação no trabalho (Brasil, 2021).

Nas palavras de Ruffino-Netto (1992, p. 67), a saúde “depende em essência e fundamentalmente de qualidade de vida”. Ou seja, a qualidade de vida está diretamente vinculada à saúde, cuja importância se deve ao fato de que a saúde, ou sua falta, influencia a qualidade de vida dos indivíduos. Conclui-se, então, que os hábitos saudáveis têm muita importância na condição de saúde, o que impacta diretamente a qualidade de vida das pessoas.

De acordo com Segres e Ferraz, (1997, p. 539) em 1947, a OMS definiu a saúde como um “*estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*” (grifo nosso). Essa definição é ampla e, sendo-o, se faz necessário entender a importância da saúde mental na qualidade de vida dos indivíduos, tema amiúde banalizado ou tratado como tabu nas famílias e nos ambientes de trabalho.

A OMS, em seu relatório sobre saúde mental (2022) mostrou que, em 2019, um bilhão de pessoas viviam com transtornos mentais e, no mais, que 15% dos adultos em idade laboral sofriam de transtornos mentais. O trabalho amplifica questões sociais que afetam negativamente a saúde mental, incluindo discriminação e desigualdade. O *bullying* e a violência psicológica (também conhecidos como assédio moral) estão entre as principais queixas de assédio no local de trabalho, impactando negativamente a saúde mental (Opas, 2022).

O tema da OMS no ano de 2023 foi a saúde mental. Esse evento representou um compromisso global para aumentar a conscientização sobre a saúde mental e defendê-la como um direito humano universal. Ademais, demonstrou que não é possível ignorar ou desassociar os problemas psicológicos e psiquiátricos da qualidade de vida, uma vez que os bem-estares mental e emocional estão diretamente ligados à qualidade de vida do indivíduo e seus familiares. A pessoa mentalmente desequilibrada influencia diretamente os demais à sua volta, seja no ambiente de trabalho, seja no domicílio, nos relacionamentos amorosos e na comunidade (Opas, 2022).

Não podemos falar de qualidade de vida sem falar do meio ambiente, pois um espaço salubre é propulsor da saúde física e mental dos indivíduos. O meio ambiente diz respeito a tudo o que nos rodeia; destarte, a nossa qualidade de vida está diretamente associada à qualidade do meio ambiente. Todos os seres humanos têm responsabilidade com a preservação e proteção do meio ambiente, que é um fator importante para aumentar a qualidade de vida das pessoas e futuras gerações (Brasil, 2023).

Outro fator importante a ser sinalizado é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que consiste em uma medida resumida do progresso dos países, a longo prazo. Atualmente, os três pilares que constituem o IDH são a renda, a educação e a saúde, dimensões básicas do desenvolvimento humano (Pnud, 2024). De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), o IDH é uma das formas mais tradicionais de se avaliar a qualidade de vida em grandes populações. Sua relevância pode ser mais bem compreendida nesta citação de Minayo, Hartz, Buss (2000, p. 10):

O IDH é um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo PIB real *per capita*; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas.

Após a pandemia de Covid-19, o valor do IDH global caiu por dois anos consecutivos (2021-2022). Em 2021, muitos países experimentaram declínios contínuos no IDH. Conforme o Relatório de Desenvolvimento Humano 2021/2022, o IDH do Brasil em 2021 foi de 0,754, ocupando a 87^a posição no ranking de 191 países. Em 2020, ocupava o 86º lugar, com índice de 0,758 (Pnud, 2024).

Em torno do conceito de qualidade de vida, as questões objetivas são a saúde, a educação, a segurança, a moradia, o saneamento básico etc.; no que se refere às subjetivas, podemos mencionar, entre outras, os bem-estares físico, psicológico e espiritual, além da interação social (inserção em grupos sociais: amigos, família, trabalho etc.).

A popularização da expressão “qualidade de vida” ensejou algumas ramificações, tais como a qualidade de vida relacionada à saúde e a qualidade de vida no trabalho. No que tange à qualidade de vida relacionada à saúde, temos uma área de pesquisa restrita aos profissionais da saúde; quanto à qualidade de vida no trabalho, há um território de domínio multidisciplinar, com pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento.

2.3.1. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Conforme o decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST tem como objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, além da redução dos riscos ocupacionais e acidentais ocasionados pelo trabalho. Ainda à letra de referido decreto, no artigo VII, alínea A, compete ao Ministério da Saúde, fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional.

Em consonância com o decreto 7.602 a saúde do trabalho é tratada no SUS por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST) e pressupõe que seja promovida a saúde através de ambientes e processos de trabalho saudáveis. A Política

Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012, art. 2º).

Considerando o alinhamento entre o decreto da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (ambas PNSST), a qualidade de vida dos trabalhadores (as) deve ser referência para a organização do trabalho, que deve se dar através de ações que promovam os bem-estares físico e mental – isto é, um ambiente laboral saudável.

Posto isso, citamos a ergonomia como uma das formas de promoção do bem-estar físico do/a trabalhador/a. Etimologicamente, a palavra “ergonomia” deriva dos gregos *érgon*, trabalho, e *nomos*, leis e regras; podemos sintetizá-la como as leis que regem o trabalho (Deliberato *apud* Freitas, 2012). Os objetivos práticos da ergonomia são, segundo Freitas (2012), a saúde, a segurança, a satisfação e o bem-estar dos trabalhadores, que é resultado do bom relacionamento com as atividades desenvolvidas e acarreta a eficiência do trabalho.

De acordo com França *apud* Freitas, (2012), qualidade de vida no trabalho é o conjunto de ações de uma empresa que envolvem a implantação de melhorias, inovações gerenciais e tecnologia no ambiente de trabalho. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas durante o trabalho nas empresas.

Um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para a realização de um processo de melhoria contínua da promoção e da proteção da segurança, da saúde e do bem-estar de todos os trabalhadores, e ainda para a sustentabilidade do ambiente de trabalho. Os profissionais motivados e saudáveis estão diretamente relacionados com a melhoria do ambiente de trabalho e, consequentemente, com um bom desempenho, cuidado e respeito em face dos usuários. Entretanto, infelizmente, o ambiente de trabalho é muitas vezes um propulsor do estresse, que exerce influência negativa direta no desempenho profissional e, por conseguinte, na qualidade de vida do trabalhador (Brasil, 2021).

A qualidade de vida no trabalho está diretamente ligada aos benefícios e malefícios do ambiente de trabalho. A importância que o emprego representa na vida das pessoas está

diretamente associada à sua relevância no contexto econômico e social. Nesse contexto, um ambiente de trabalho saudável é importante para todos, usuário, gestor e trabalhador (Limongi, 2004).

Como sabemos, é no trabalho que passamos a maior parte de nosso tempo. Às vezes, estamos mais tempo em contato com nossos colegas de trabalho do que com nossos familiares. Por conseguinte, a qualidade de vida no trabalho é fundamental.

Quanto às pesquisas sobre a avaliação da qualidade de vida no trabalho, o instrumento Total Quality of Work Life (TQWL-42), “Qualidade de Vida no Trabalho Total” em português, foi construído e validado no Brasil, e apresenta 47 questões. A primeira parte desse instrumento é constituída por 5 questões que envolvem dados como a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade e o tempo de serviço. Por sua vez, a segunda parte é composta por 42 questões que se subdividem em 5 esferas (biológico-fisiológica, psicológico-comportamental, sociológico-relacional, econômico-política e ambiental-organizacional); essas esferas compreendem 4 aspectos que têm 2 questões cada, totalizando 40 questões acrescidas de mais duas questões que abordam a autoavaliação da qualidade de vida no trabalho sob o ponto de vista do trabalhador entrevistado. Todas as questões do TQWL-42 são fechadas e utilizam uma escala de respostas do tipo Likert, cujo corpo é de cinco elementos que variam entre 1 e 5. Respectivamente, esses extremos representam 0% e 100% (Pedroso, 2015).

A qualidade de vida no ambiente de trabalho é essencial para que o trabalhador seja comprometido com o serviço e possa desenvolver, de forma prazerosa, um trabalho interdisciplinar, no qual um aprende com o outro e se propicie o bem-estar e a qualidade de vida (Brasil, 2023).

2.3.2. QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No que tange à qualidade de vida e à percepção de bem-estar dos profissionais de saúde, Collado *et al.* (2016) argumentam que a forma com que esses profissionais atuam e como a atividade exercida afeta a percepção são importantes elementos de influência. Acerca deste tema Aquino e Fernandes (2013) acrescentam que, a qualidade de vida no trabalho é crucial para o crescimento da empresa e de seus colaboradores, sendo um dos desafios do ambiente atual das instituições. Os profissionais de saúde necessitam de disponibilidade para prestarem cuidados de forma contínua, integral e profissional (Díaz *et al.*, 2013).

Esses profissionais fazem parte de um sistema social em que as dificuldades do trabalho podem afetar o núcleo familiar, e os problemas familiares interferem nos seus desempenhos laborais. Isso poderia desequilibrar o sistema social e diminuir a qualidade de

vida desses sujeitos, especialmente entre profissionais do sexo feminino (Subramaniam *et al.*, 2013).

Há diferentes ferramentas que podem ser utilizadas para a avaliação da qualidade de vida dos profissionais, como o questionário da World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Trata-se de uma escala subjetiva e multidimensional, desenvolvida para avaliar indivíduos saudáveis ou não; foi elaborada pelo World Health Organization Quality of Life (Grupo de Qualidade de Vida/OMS), traduzida e validada no Brasil, em 1998, por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e tem o objetivo avaliar a qualidade de vida geral das pessoas em diferentes culturas (Pereira *et al.*, 2012).

Foram validadas duas versões desse instrumento. Há a versão longa, WHOQOL-100, que considera seis domínios para a análise: físico, psicológico, nível de dependência; relações sociais, ambiente e aspectos espirituais (religião, crenças pessoais). Já a versão curta, WHOQOL-Bref, considera quatro domínios para a análise da qualidade de vida: físico, psicológico, relações interpessoais e meio ambiente. O WHOQOL apresenta a vantagem de permitir a comparação de seus resultados entre diferentes populações, por ser validado de forma similar para muitos países e apresentar uma abordagem multicultural (Pereira *et al.*, 2012).

O Short Form Scale 36 (SF-36) é outra ferramenta que avalia aspectos da qualidade de vida da população adulta (acima de 14 anos), com duas medidas resumo: componentes de saúde física (função física, papel físico, dor no corpo e saúde geral) e componentes de saúde mental (vitalidade, função social, papel emocional e saúde mental). A pontuação varia de 0 (pior resultado) a 100 (melhor resultado). O SF-36 foi criado, em 1992, por Ware e Sherbourne, originalmente em língua inglesa e no Brasil, em 1999, teve sua tradução e validação cultural realizadas por Ciconelli *et al.*

Outro instrumento é a Escala de Qualidade de Vida Profissional (do inglês, Professional Quality of Life Scale – ProQoL), de autoria de Stamm (2010) e adaptação portuguesa, em 2011, por Carvalho e Sá. A ProQoL compreende três subescalas: satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e *burnout*. Cada dimensão é representada na escala por 10 itens e pontuada através da utilização de uma escala Likert de 5 pontos (1 é equivale a “nunca” e 5, “muito frequentemente”). Segundo o site do instrumento (<https://proqol.org>), o ProQoL é um instrumento de autorresposta e se trata de uma ferramenta mais comumente usada para avaliar os efeitos negativos e positivos de ajudar outras pessoas que vivenciam sofrimento e trauma. A medida está em uso desde 1995 e houve várias revisões, sendo o

ProQoL-5 a versão mais atual, que se configura na simplificação dos 60 itens em 30 itens a fim de melhorar as suas características psicométricas.

De acordo com Figley (1995), a fadiga por compaixão se refere ao processo em que o profissional ligado ao atendimento de uma clientela, cuja demanda é o sofrimento, torna-se fatigado, exausto física e mentalmente devido ao constante contato com o estresse provocado pela compaixão. Estão sujeitos a desenvolver fadiga por compaixão os profissionais de saúde ou quaisquer outros que tenham como parte do seu ofício o contato com a dor e o sofrimento. A propósito, Lago (2010) acrescenta que a fadiga por compaixão ocorre quando o profissional não consegue mais lidar de uma forma saudável com os sentimentos negativos que emergem do sofrimento dos pacientes atendidos. O autor acrescenta que, em decorrência disso, tais profissionais começam a apresentar respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho. Como o próprio nome indica, e Lago (2010) ressalta, a fadiga por compaixão tem como base a experiência da compaixão, que pode ser definida, segundo Ferreira (2015) como o sentimento piedoso de simpatia em face da tragédia pessoal de outrem, acompanhado do desejo de minorá-la.

A qualidade de vida dos profissionais de saúde tem sido objeto de análise de diversos autores. Em especial, citamos Coutinho *et al.* (2009), que complementam o acima descrito. Segundo os mesmos, percebeu-se que existem vários fatores que interferem na qualidade de vida dos profissionais de saúde, sendo importante atentar para as questões que envolvem os processos de trabalho, bem como para elementos como a segurança e a proteção, os recursos financeiros, a disponibilidade, a qualidade dos cuidados e as oportunidades de lazer e transporte. Além disso, é necessário cuidar dos fatores psicológicos, os quais envolvem a autoestima, a espiritualidade, sentimentos positivos etc.

Coutinho *et al.* (2009) ainda sinalizam que o trabalho constitui uma necessidade básica humana, que deve ser atendida para que se possa edificar uma vida com qualidade. Assim, a pessoa que não realiza um trabalho satisfatório lidará com entraves e dificilmente terá uma vida digna ou aceitável.

Os profissionais de saúde são responsáveis pelo desenvolvimento de um trabalho singular, que visa ao bem-estar e cuidado do outro e no qual a qualidade dos serviços prestados impactam diretamente a condição de vida e morte dos sujeitos. Portanto, é de suma importância que esses profissionais estejam satisfeitos com as suas respectivas vidas laborais, para que isso se reflita na qualidade dos serviços prestados à população. Sobre o supra descrito, Medeiros *et al.* (2006) acrescentam que, as condições de trabalho, muitas vezes precárias, são um agente desencadeador do sofrimento no trabalho, pois o profissional se vê

impotente em relação à qualidade da assistência ao cliente; suscitam-se, assim, a insatisfação e o rompimento no processo laboral. No mais, as mesmas autoras trazem que a vida privada é também afetada, especialmente pelo sentimento de culpa que os profissionais acabam adquirindo por passar pouco tempo com a família e se dedicarem pouco a ela.

2.3.3. QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DO CÂNCER

O profissional de saúde atuante especificamente no cuidado paliativo enfrenta em sua realidade diária de trabalho muitos desafios (OMS, 2002), que podem ser física e emocionalmente desgastantes (Fernández *et al.*, 2014; Galiana *et al.*, 2022) e apresentar ameaças ao equilíbrio pessoal. Conforme Gomes *et al.* (2013) e Samson *et al.* (2017), esses profissionais frequentemente testemunham o sofrimento e a morte dos pacientes.

Galiana *et al.* (2022) verificaram em uma pesquisa envolvendo profissionais de cuidados paliativos que o cultivo da autocompaixão é tão necessário quanto a compaixão pelos outros. A qualidade de vida profissional e o cuidado compassivo estão relacionados com o bem-estar dos profissionais, pois eles, quando cuidam de si próprios, são conduzidos a um cuidado mais compassivo e a serem mais saudáveis e felizes.

O primeiro estudo diagnóstico sobre os níveis de qualidade de vida dos trabalhadores brasileiros que prestam cuidados paliativos foi desenvolvido por Arena *et al.* (2019). Nessa ocasião, os pesquisadores avaliaram 161 trabalhadores que, em relação aos níveis de qualidade de vida profissional, majoritariamente apresentaram altos níveis de satisfação por compaixão (60%), níveis médios de estresse traumático secundário (56,60%) e baixos níveis de burnout (68,50%). O autocuidado desempenhou um papel importante dentro da prática dos trabalhadores que prestam cuidados paliativos, ajudando-os a enfrentar a exposição frequente à morte.

Os pacientes oncológicos necessitam de uma assistência complexa que, no contexto dos cuidados paliativos, demanda ações de ordem interprofissional e exige bastante dos profissionais de saúde. Silva (2009) aponta que os sentimentos despertados na equipe multiprofissional atuante na oncologia se assemelham aos dos pacientes e familiares afetados pela doença, além da impotência frente aos limites dos recursos pessoais e científicos.

Iniciativas em prol do favorecimento das condições físicas e emocionais dos profissionais de saúde devem ser destacadas. Por exemplo, o HC IV possui um programa para a promoção da qualidade de vida do trabalhador, chamado Nossa Cuidado. A fim de reduzir o estresse e aumentar os bem-estares físico e emocional, esse programa promove ações que

estimulam as relações interpessoais e de assistência à saúde, além de envolver algumas práticas integrativas e complementares (Inca, 2024).

A vivência diária, numa unidade de cuidados paliativos oncológicos exclusivos, nos faz entender que o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde neste campo é cercado de especificidades, que incluem, ademais de uma assistência humanizada, competência técnica para a elaboração de um adequado plano de cuidados e o manejo eficaz dos principais sintomas; resiliência frente aos fatores não modificáveis, dedicação, olhar atento e abrangente em face das necessidades dos usuários; empatia, a fim de que não se normalize a dor, ética na transmissão de más notícias, compaixão no trato da morte e do sofrimento alheio; e o desenvolvimento de mecanismos de autoproteção diante de sua própria dor e sofrimento.

Acerca disso, Lopes (2004), em uma reflexão crítica, salienta que os profissionais muitas vezes exercem os seus ofícios em um ambiente laboral com normas e rotinas rígidas. Por outro lado, as instituições de saúde, em razão do elevado número de demissões, da alta rotatividade e da insatisfação dos funcionários, demonstram a necessidade de uma análise crítica sobre os seus gestores. Os métodos administrativos utilizados nesse modelo organizacional estão muito centrados na escola clássica de Taylor², que prioriza a atenção nas tarefas a serem realizadas e o cumprimento rígido de normas de rotinas de trabalho, as quais normalmente estão repletas de atividades fragmentadas, repetitivas e desprovidas de conteúdo. É necessário salientar que, talvez, esse seja o retrato não apenas de um segmento, mas de toda a estrutura dos serviços de saúde, a qual abrange o setor público e, decerto, está muito aquém da priorização dos aspectos psicológicos e motivacionais dos trabalhadores.

2.3.4. QUALIDADE DE VIDA E A DIMENSÃO ESPIRÍTUAL

Religião, Religiosidade e Espiritualidade são fenômenos distintos e, muitas vezes, difíceis de se diferenciar (Lucchetti *et al.*, 2015).

Assim sendo, e como o enfoque deste tópico é a interface com a saúde, iremos tratar destes termos a luz da ciência médica e da psicologia.

A Organização Mundial de Saúde, desde o final dos anos 70, reconhece o bem-estar espiritual como uma dimensão importante para o equilíbrio do indivíduo, assim, pensar em saúde não é somente remeter a dados biológicos, físicos e mentais, mas a uma busca constante de bem-estar, qualidade de vida e equilíbrio em todos os sentidos e, considerando a

²Frederick Taylor (1856-1915) é conhecido pela teoria científica da administração, também chamada de teoria clássica (taylorismo), cuja ênfase é na eficiência. À ótica taylorista, em vez de repreender os funcionários a cada pequeno erro, os empregadores deveriam recompensar os trabalhadores pelo aumento da produtividade.

integralidade do ser, a saúde passa a ser descrita como “*um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não somente a ausência de alguma doença ou enfermidade*” (OMS, 1998, p. 4, grifo nosso).

A Organização Mundial da Saúde (1998) define espiritualidade como “*a percepção que uma pessoa tem de si mesma e do seu contexto cultural - o conjunto de emoções e convicções que não são materiais*”.

A espiritualidade pode estar relacionada com a crença de que há mais na vida do que se pode perceber; a busca de sentido e significado para a vida; a relação entre a pessoa e os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações; a relação entre a pessoa e a cultura em que vive (OMS, 1998).

A religião e a saúde são temas profundamente conectados e de acordo com Pargament (2007), a religião é um construto amplo que inclui expressões pessoais e sociais, elementos objetivos e subjetivos e potencial para o bem e o mal.

Conforme salienta Cunha *et al.* (2021, p. 148) o termo Religiosidade nem sempre é apresentado ou debatido pelos pesquisadores, sendo as distinções mais frequentemente realizadas entre as noções de religião e de espiritualidade. De acordo com Precóma *et al.* (2019) *apud* Cunha, *et al.*, (2021), a religiosidade refere-se a quanto um indivíduo acredita, segue ou prática uma religião, podendo ser organizada de maneira institucional (participação na igreja ou em dadas cerimônias e rituais, por exemplo) ou não, como em atividades como rezar, ler livros ou assistir programas religiosos por iniciativa própria.

De acordo com Plauto (2022), sabe-se que o envolvimento religioso parece ter significativo efeito protetor para o bem-estar físico, uma vez que ter uma visão biopsicossocioespiritual da saúde implica enxergar de maneira mais integral a vida, reconhecendo a relação da espiritualidade com as outras dimensões, lembrando, no entanto, que o enfrentamento das situações dolorosas é importante para a melhoria da qualidade de vida e para o crescimento do ser humano.

Corroborando com o acima descrito, Cunha *et al.* (2021, p. 162) ressaltam que, a utilização da religiosidade e da espiritualidade pode ser considerada essencial nos contextos de saúde uma vez que construir mecanismos de resiliência e mecanismos de proteção para o enfrentamento de situações difíceis podem influenciar no bem-estar, na qualidade de vida e na forma como os sujeitos irão perceber o que vivem.

Durante a rotina na enfermaria de cuidados paliativos podemos perceber que a fé pode ser um pilar importante para os profissionais de saúde, que frequentemente enfrentam desafios emocionais e físicos intensos em suas rotinas. Para muitos, a fé oferece um sentido, propósito, alívio emocional e força para lidar com momentos de adversidade, como os óbitos, cansaço, estresse, entre outros.

Plauto, *et al* (2022), salientam que, assim como a fé, a oração desempenha um papel importante como fator de proteção para o profissional de saúde permitindo que, por um momento, o mesmo se desconecte do ritmo intenso do trabalho e recupere seu bem-estar e equilíbrio emocional.

Mediante o exposto, deixamos para avaliação dos Gestores, das unidades de saúde, sugestões de implementação no ambiente de trabalho, de algumas ações acerca da espiritualidade/religiosidade que fortaleçam o bem estar individual e em grupo, mas que também possa melhorar a empatia e a relação dos profissionais de saúde com os usuários, assim como a construção de uma qualidade de vida coletiva destes trabalhadores.

- I) Espaços para Reflexão e Oração. Criação de áreas tranquilas e reservadas na unidade de saúde para que os profissionais possam meditar, rezar ou refletir.
- II) Grupos de Apoio Espiritual. Criação destes grupos visando estimular encontros regulares onde os profissionais possam compartilhar experiências e explorar questões espirituais ou religiosas de maneira aberta e respeitosa.
- III) Capelania e Suporte Multidisciplinar. Disponibilizar serviços de capelania que atendam diversas crenças e promova a integração de questões espirituais nas conversas com a equipe de saúde.
- IV) Treinamentos e Oficinas. Organização de workshops ou sessões educativas que ajudem aos profissionais a entenderem como a espiritualidade pode ser um recurso tanto pessoal quanto no cuidado com os pacientes, buscando reconhecer e respeitar as crenças e, sempre que possível, integrando-as ao plano de cuidados do paciente.
- V) Respeito às Diversidades Espirituais. Promover e incentivar um ambiente inclusivo onde cada profissional sinta que sua espiritualidade ou religiosidade é respeitada e compreendida, independentemente de sua crença.

Cabe ressaltar que na unidade IV, de cuidados paliativos, do Inca, a capelania é muito presente e interage de forma interdisciplinar com os demais profissionais da equipe de saúde, entretanto suas ações são voltadas para os pacientes e familiares e pontualmente para a equipe.

3. JUSTIFICATIVA

O escopo da atuação dos profissionais de saúde em uma unidade dedicada à oncologia está diretamente ligado ao cuidado com o outro. No que se refere aos cuidados paliativos, a equipe assistencial (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, odontologista, capelão, voluntários, administrativos, entre outros) trabalham visando a melhoria da qualidade de vida do paciente e dos familiares que o acompanham. Portanto, é um trabalho bastante desafiador, no qual a qualidade de vida também do profissional de saúde pode ser impactada a todo momento.

No entanto, a qualidade de vida desses profissionais é pobemente estudada no meio científico e dificilmente abordada como algo importante para o planejamento de políticas públicas de saúde, e ainda nos meios assistenciais. Alguns estudos, presentes na literatura e que suscitam a falsa sensação de trazerem o tema ora em pauta, abordam isoladamente um único elemento (*Burnout*, Fadiga por Compaixão, entre outros) e não trazem uma avaliação da qualidade de vida em si. Isto é, não se avaliam os fatores concomitantemente (a avaliação é um construto multidimensional), o que é o desfecho sobre o qual este trabalho é desenvolvido.

Portanto, o desenvolvimento desta pesquisa favorecerá a identificação da problemática em torno da qualidade de vida do profissional de saúde, bem como a construção de um Relatório Técnico que visa ao estímulo dos gestores à atenção para a qualidade de vida desses profissionais. Como objetivo, há o benefício dos trabalhadores do segmento de saúde, a favor de sua qualidade de vida e em prol de um bem maior, que é o atendimento de excelência prestado à população assistida.

A contribuição desta dissertação para a Saúde Coletiva e para o Controle do Câncer se deve à relevância da informação científica a respeito do tema e à necessidade de programação da qualidade de vida relacionada ao trabalho. No campo prático, auxiliará os gestores a definirem políticas internas nas unidades de saúde que visam ao bem-estar dos profissionais, ademais de ações para o fortalecimento de um ambiente de trabalho saudável, acesso às chefias com troca de informações e retorno adequado das reivindicações e sugestões, realização pessoal etc. No campo intelectual, reflete a possibilidade, sem imposições, do

profissional estudar e pensar sobre ideias de trazem melhorias ao ambiente laboral, seja individual ou coletivamente.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Producir um relatório técnico sobre qualidade de vida de profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos oncológicos a partir de dados provenientes de uma revisão sistemática de literatura.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Realizar uma RSL sobre a qualidade de vida de profissionais de saúde que atuam nos cuidados paliativos oncológicos;
- b) Oportunizar, para os gestores, um relatório técnico sobre qualidade de vida de profissionais de saúde, que apoie a gestão de recursos humanos nas unidades de cuidados paliativos oncológicos.

5. MÉTODOS

Este projeto se desenvolveu em duas etapas (Figura 2). A *primeira etapa* envolveu a realização de uma RSL sobre a qualidade de vida de profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos oncológicos. Em sequência, a *segunda etapa* consistiu na elaboração de um Relatório Técnico (PTT) que visa estimular os gestores a dedicarem maior atenção à qualidade e vida destes profissionais.

Figura 2 – etapas de desenvolvimento do projeto

Primeira etapa. Realização de uma RSL



Segunda etapa. Elaboração de um Relatório Técnico (PTT)

Fonte: elaboração própria

5.1 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

5.1.1. PESQUISA DE LITERATURA E SELEÇÃO DE ESTUDOS

Trata-se de um RSL (estudo secundário que tem nos estudos primários a sua fonte de dados) registrada no Prospero (base pública de registro de protocolos de RSL) em junho de 2024. Respectivamente, seguem o endereço eletrônico e o número do registro: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero; CRD42023446559> (Anexo 1).

A RSL é um método de localização, avaliação e síntese de resultados encontrados em bases de dados científicas. É um mecanismo muito utilizado na área da saúde para o entendimento do estado da arte dos distintos campos de estudo (Petticrew *et al.*, 2006).

Conduziu-se a RSL de acordo com as diretrizes descritas no *guideline* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma), desenvolvido para ajudar os revisores sistemáticos a relatarem de forma transparente por que a revisão foi feita, os métodos empregados e os resultados encontrados (Moher *et al.*, 2009; Page *et al.*, 2021; Dourado *et al.*, 2022).

A busca pelas publicações foi baseada na seguinte questão norteadora: como é a qualidade de vida dos profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos no contexto do câncer? Como estratégia, foi utilizado o acrônimo PCC, no qual P = população; C = conceito e C = contexto (Quadro 1).

Quadro 1 – Acrônimo PCC

PARÂMETRO	DESCRIÇÃO
População (P)	Profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos em oncologia
Conceito (C)	Qualidade de vida
Contexto (C)	Cuidado paliativo no contexto oncológico

Fonte: elaboração própria

A busca bibliográfica foi iniciada em julho de 2024. Recorreu-se às seguintes bases de dados: PubMed/Medline, Embase, Lilacs e Cochrane Library, utilizando-se palavras-chave escritas em língua inglesa por um único pesquisador. A estratégia de busca incluiu termos de

vocabulário controlado usados para encontrar referências correspondentes aos seguintes títulos e palavras-chave MeSH, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Bases de dados e palavras-chave incluídas em suas respectivas estratégias de busca

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
<p>PubMed/Medline https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>(“Quality of Life[mh]” OR “Quality of Life[tiab]” OR “Life Quality[mh]” OR “Life Quality[tiab]” OR “Health-Related Quality Of Life [mh]” OR “Health-Related Quality Of Life [tiab]” OR “Health Related Quality Of Life [mh]” OR “Health Related Quality Of Life[tiab]” OR “HRQOL[mh]” OR “HRQOL[tiab]”) AND (“health professionals[mh]” OR “multidisciplinary team[mh]” OR “interdisciplinary team[mh]” OR “multiprofessional team[mh]” OR “doctors[mh]” OR “nurses[mh]” OR “oncologist[mh]” OR “health professionals[tiab]” OR “multidisciplinary team[tiab]” OR “interdisciplinary team[tiab]” OR “multiprofessional team[tiab]” OR “doctors[tiab]” OR “nurses[tiab]” OR “oncologist[tiab]”) AND (“neoplasm[mh]” OR “cancer[mh]” OR “advanced cancer[mh]” OR “incurable cancer[mh]” OR “metastatic cancer[mh]” OR “neoplasm[tiab]” OR “cancer[tiab]” OR “advanced cancer[tiab]” OR “incurable cancer[tiab]” OR “metastatic cancer[tiab]”) AND (“palliative care[mh]” OR “palliative care[tiab]” OR “Care, Palliative[mh]” OR “Care, Palliative[tiab]” OR “Palliative Treatment[mh]” OR “Palliative Treatment [tiab]” OR “Palliative Treatments[mh]” OR “Palliative Treatments [tiab]” OR “Treatment, Palliative[mh]” OR “Treatment, Palliative[tiab]” OR “Treatments, Palliative[mh]” OR “Treatments, Palliative[tiab]” OR “Therapy, Palliative[mh]” OR “Therapy, Palliative[tiab]” OR “Palliative Therapy[mh]” OR “Palliative Therapy[tiab]” OR “Palliative Supportive Care[mh]” OR “Palliative Supportive Care[tiab]” OR “Supportive Care, Palliative[mh]” OR “Supportive Care, Palliative[tiab]” OR “Palliative Surgery[mh]” OR “Palliative Surgery[tiab]” OR “Surgery, Palliative [mh]” OR “Surgery, Palliative [tiab]”)</p>
<p>Embase https://www.embase.com/search</p>	<p>(‘quality of life’ OR ‘life quality’ OR ‘health-related quality of life’ OR ‘health related quality of life’ OR ‘HRQOL’) AND (‘health professionals’ OR ‘multidisciplinary team’ OR ‘interdisciplinary team’ OR ‘multiprofessional team’ OR ‘doctors’ OR ‘nurses’ OR ‘oncologist’) AND (‘neoplasm’ OR ‘cancer’ OR ‘advanced cancer’ OR ‘incurable cancer’ OR ‘metastatic cancer’) AND (‘palliative care’ OR ‘Care, Palliative’ OR ‘palliative treatment’ OR ‘palliative treatments’ OR ‘treatment, palliative’</p>

	OR ‘treatments, palliative’ OR ‘therapy, palliative’ OR ‘palliative therapy’ OR ‘palliative supportive care’ OR ‘supportive care, palliative’ OR ‘palliative surgery’ OR ‘surgery, palliative’)
Lilacs < http://lilacs.bvsalud.org/ >	(“quality of life” OR “life quality” OR “health-related quality of life” OR “health related quality of life” OR “HRQOL”) AND (“health professionals” OR “multidisciplinary team” OR “interdisciplinary team” OR “multiprofessional team” OR doctor OR nurse OR oncologist) AND (neoplasm OR cancer OR “advanced cancer” OR “incurable cancer” OR “metastatic cancer”) AND (“palliative care” OR “palliative treatment” OR “palliative treatments” OR “treatment, palliative” OR “treatments, palliative” OR “therapy, palliative” OR “palliative therapy” OR “palliative supportive care” OR “supportive care, palliative” OR “palliative surgery” OR “surgery, palliative”)
Cochrane Library http://onlinelibrary.wiley.com/ cochranelibrary/search	(“quality of life” OR “life quality” OR “health-related quality of life” OR “health related quality of life” OR “HRQOL”) AND (“health professionals” OR “multidisciplinary team” OR “interdisciplinary team” OR “multiprofessional team” OR “doctors” OR “nurses” OR “oncologist”) AND (“neoplasm” OR “cancer” OR “advanced cancer” OR “incurable cancer” OR “metastatic cancer”) AND (“palliative care” OR “palliative treatment” OR “palliative treatments” OR “treatment, palliative” OR “treatments, palliative” OR “therapy, palliative” OR “palliative therapy” OR “palliative supportive care” OR “supportive care, palliative” OR “palliative surgery” OR “surgery, palliative”))

Fonte: elaboração própria

Os artigos encontrados nas buscas foram planilhados de acordo com a base de dados correspondente. A partir dos títulos e dos resumos, as publicações relevantes foram resgatadas na íntegra para a avaliação de dois revisores independentes; utilizou-se a metodologia em duplo-*check*. A opinião de um terceiro revisor foi considerada, quando em caso de incompatibilidade entre os pesquisadores.

O método *snowballing*, de rastreamento manual por publicações de interesses nas listas de referências de artigos previamente selecionados, foi utilizado como segunda estratégia de pesquisa (Wohlin, 2014). Todas as referências com resumo disponível *on-line* foram registradas em uma planilha.

5.1.2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Não foram impostas restrições quanto ao idioma, data e publicação, nem tamanho da amostra.

Tiveram-se os seguintes critérios de inclusão de artigos:

- a) Tratar-se de publicações referentes à obra original, ou seja, não ser revisão sistemática etc.;
- b) Tratar-se de estudos desenvolvidos em humanos;
- c) Tratar-se de estudos observacionais;
- d) Pesquisas cuja população de estudo inclua profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer;
- e) Que se tenha em foco a avaliação da qualidade de vida dos referidos profissionais.

5.1.3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A avaliação da qualidade metodológica foi realizada por dois revisores, de forma independente. Nos casos de discordância, um terceiro avaliador seria consultado, o que não foi necessário. Utilizou-se a escala Newcastle-Ottawa (Wells *et al.*, 2000), que consiste em três critérios: seleção, comparabilidade e avaliação dos resultados. Os estudos foram classificados como de qualidades alta (7–9 pontos), moderada (4–6 pontos) ou baixa (<3 pontos).

5.1.4. EXTRAÇÃO DE DADOS

Foi realizada partir dos artigos selecionados a extração de dados por um único pesquisador, usando um formulário (Apêndice 1) projetado especialmente para esta pesquisa. Registraram-se, assim, as seguintes informações: autor, ano de publicação, título do artigo e país, tamanho amostral, desenho e objetivo do estudo, características dos participantes ((sexo, idade, categoria profissional, tempo de atuação em cuidado paliativo e estado de saúde) principais resultados do estudo e conclusão.

5.1.5. ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada uma análise descritiva dos dados dos artigos.

5.2 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO DE UM RELATÓRIO TÉCNICO

Em face dos resultados encontrados a partir da RSL, foi elaborado um relatório técnico que fornece aos gestores de saúde evidências a respeito da qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes nos cuidados paliativos. Tenciona-se, com isso, estimular os mesmos a prestarem maior atenção ao planejamento e ao desenvolvimento de ações que envolvam esses profissionais.

Um relatório técnico, trata-se da exposição escrita de fatos verificados mediante pesquisas ou experiências, e, geralmente, o acompanham documentos demonstrativos, tais como tabelas, gráficos, estatísticas etc. (UFPR, 1996). Além de refletir o pensamento do autor, um relatório técnico deve ser escrito com apoio no rigor científico e metodológico. (Biancolino *et al.*, 2012). Portanto, segue-se o formato de um artigo acadêmico mais curto, incluindo ilustrações conforme a NBR nº 60232³.

A elaboração do relatório técnico seguiu estas três etapas:

- a) Planejamento inicial. Determinação da origem das informações e estrutura de desenvolvimento do relatório;
- b) Coleta e organização das evidências utilizadas em seu desenvolvimento. Para a execução do relatório foi elaborada a RSL anteriormente citada; para a coleta, a ordenação e o armazenamento do material necessário ao desenvolvimento do relatório;
- c) Redação do relatório propriamente dito. Há nesse documento as seguintes seções, por ordem: capa, folha de rosto, apresentação e resumo; introdução, apresentando brevemente a problemática de estudo (qualidade de vida de profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos no contexto do câncer); desenvolvimento, descrevendo a experiência dos pesquisadores no decurso do trabalho; recomendações, elencadas e apresentadas aos gestores, feitas pelos pesquisadores após o desenvolvimento do trabalho com vistas a estimular a qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer; enfim, conclusão e referências.

³Esta norma estabelece os elementos a serem incluídos nas referências, bem como lhes fixa a ordem e estabelece convenções para a transcrição e apresentação das informações originais do documento. Os elementos essenciais são: autor, título e subtítulo (se houver); edição (se houver), local, editora e data de publicação.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma RSL, não foi solicitada aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Segundo o Conselho de Saúde, pesquisas que envolvem apenas dados de domínio público e não identificam os participantes, bem como as revisões bibliográficas apenas, sem o envolvimento de seres humanos, não têm a necessidade de aprovação por parte do Sistema Cep/Conep⁴.

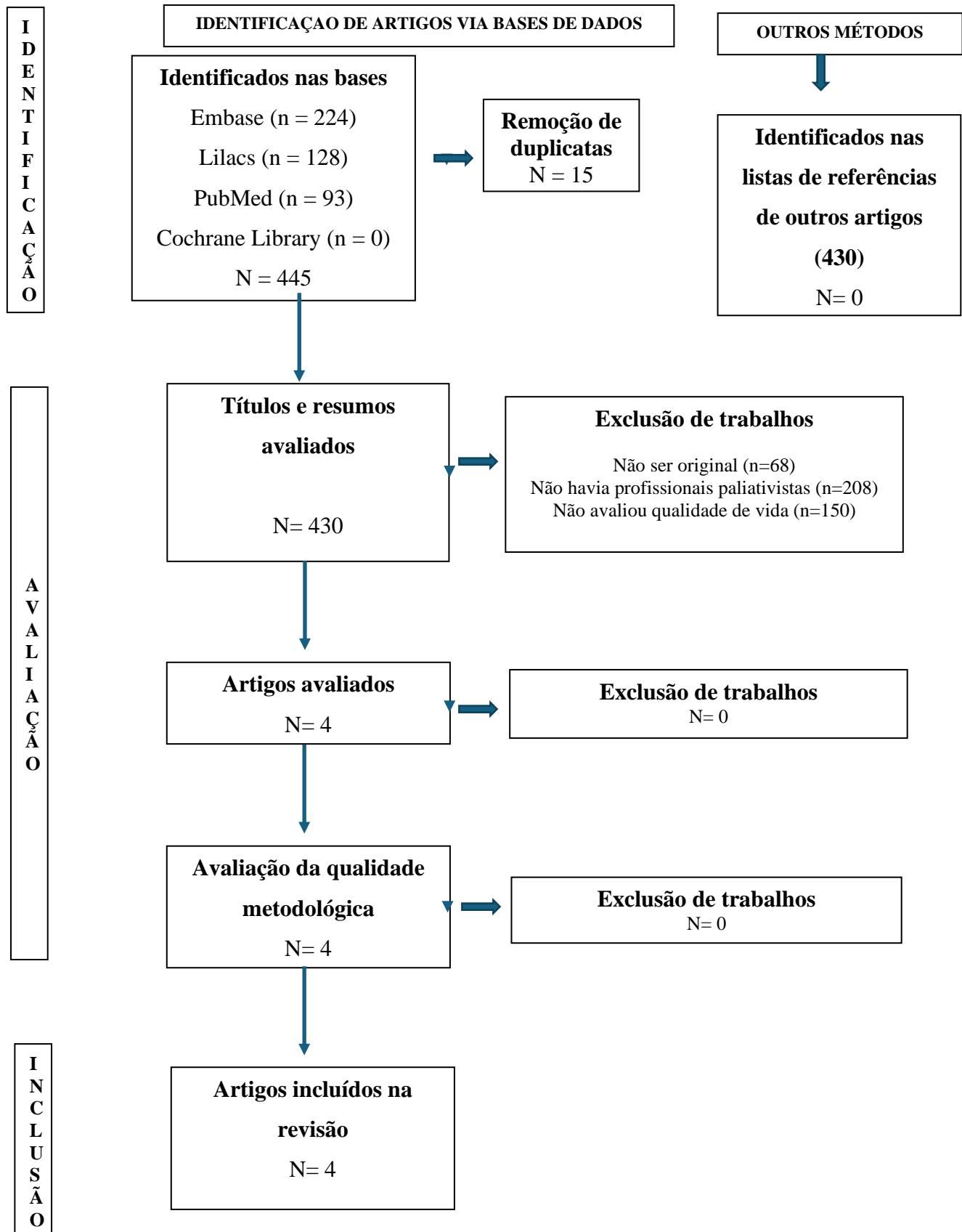
6. RESULTADOS

6.1. PRIMEIRA ETAPA (RSL)

Identificamos 445 artigos por meio das buscas nas bases de dados e, após a remoção de duplicadas, analisamos 430 citações potencialmente relevantes, que foram avaliadas quanto aos critérios de elegibilidade. Nenhuma publicação adicional foi identificada através de consulta às listas de referências dos trabalhos selecionados (430 artigos). Assim, foram incluídos 4 artigos (Figura 3): Kaur *et al.* (2018); Rojas *et al.* (2019); Plauto *et al.* (2022); e Gonçalves e Gaudêncio (2023). De acordo com a avaliação da qualidade metodológica, todos foram considerados de alta qualidade (Figura 4).

⁴Cf. <https://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Último acesso em dez./2024.

Figura 3 – processo de seleção de artigos



Fonte: elaboração própria

Figura 4 – avaliação da qualidade metodológica dos estudos observacionais

	Seleção				Comparabilidade	Exposição			Total	Classificação
	1	2	3	4		1	2	3		
Gonçalves & Gaudêncio, 2023	*	*	*	*	-	*	*	*	7/9	
Plauto <i>et al.</i> , 2022	*	*	*	*	-	*	*	*	7/9	
Rojas <i>et al.</i> , 2019	*	*	*	*	-	*	*	*	7/9	
Kaur <i>et al.</i> , 2018	*	*	*	*	-	*	*	*	7/9	
Legenda										
Alta qualidade										
Moderada qualidade										
Baixa qualidade										

Fonte: elaboração própria

Os estudos selecionados foram desenvolvidos na Índia (Kaur *et al.*, 2018), no Chile (Rojas *et al.*, 2019), no Brasil (Plauto *et al.*, 2022) e em Portugal (Gonçalves e Gaudêncio, 2023), e, considerando o tamanho amostral de cada um deles, as evidências dessa RSL se referem a dados de um total de 229 (mínimo de 20 e máximo de 110) profissionais de saúde, em maioria do sexo feminino e com formação em enfermagem. Dentre os 4 estudos, em dois deles foi utilizada a ferramenta WHOQOL-Bref para a avaliação da qualidade de vida (Plauto *et al.*, 2022; Gonçalves e Gaudêncio, 2023) (Quadro 3).

Gonçalves e Gaudêncio (2023) verificaram que médicos e enfermeiros apresentaram níveis de exaustão mais elevados do que as demais categorias profissionais avaliadas. Apesar da elevada prevalência de *burnout*, não houve correlação com qualidade de vida nessa população. A percepção da qualidade de vida muito satisfatória verificada pode decorrer do fato desses indivíduos terem desenvolvido estratégias adequadas de autoproteção, evitando que a qualidade de vida fosse afetada pelo *burnout* (Quadro 4).

Plauto *et al.* (2023) observaram a associação entre espiritualidade e qualidade de vida, assim como pontuaram os aspectos positivos da fé para o enfrentamento do estresse cotidiano. Corroboraram, assim, com a discussão da importância de se afirmar a espiritualidade como fator protetor da saúde (Quadro 4).

Rojas *et al.* (2019) sinalizaram que há uma relação entre a percepção de risco psicossocial e a qualidade de vida do trabalhador de unidades dedicadas aos cuidados paliativos oncológicos (Quadro 4).

Kaur *et al.* (2018) evidenciaram níveis elevados de estresse traumático secundário e burnout nesses profissionais, ademais de terem percebido que intervenções focadas nessas questões podem ajudar os profissionais a melhorarem suas qualidades de vida e cuidado ao paciente (Quadro 4).

Quadro 3 – dados referentes aos países, delineamento dos estudos, tamanho amostral, categorias profissionais, sexo, idade e ferramenta de avaliação da qualidade de vida nos estudos selecionados

AUTOR	PAÍS	DELINAMENTO DO ESTUDO	AMOSTRA (n)/CATEGORIA PROFISSIONAL	SEXO	IDADE (ANOS)	FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE QV
Gonçalves e Gaudêncio (2023)	Portugal	Transversal	34 (3 médicos; 16 enfermeiros; 9 técnicos de enfermagem; e 6 outros)	79,4% mulheres	Média: 43,2 (DP: \pm 10,8)	WHOQOL-Bref
Plauto <i>et al.</i> (2022)	Brasil	Transversal	20 médicos	55,0% mulheres	Média: 39,5	WHOQOL-Bref
Rojas <i>et al.</i> (2019)	Chile	Transversal	110 profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros)	75,5% mulheres	Média: 38 (DP: \pm 11,7)	SF-36
Kaur (2018)	Índia	Transversal	65 profissionais (16 médicos, fisioterapeutas e farmacêuticos; 39 enfermeiros e 10 outros)	87,7% mulheres	Média: 32,5 (DP: \pm 11,8)	ProQoL

Notas. “DP”: desvio padrão. “NI”: não informado. “EUA”: Estados Unidos da América. “CP”: cuidados paliativos. “QV”: qualidade de vida. “WHOQOL-Bref”: World Health Organization Quality of Life Instrument. “SF-36”: Short Form Scale 36. “ProQoL”: Professional Quality of Life.

Fonte: elaboração própria

Quadro 4 – Dados referentes aos objetivos, principais resultados e conclusões dos estudos

AUTOR/ANO	OBJETIVO DO ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO DO ESTUDO
Gonçalves e Gaudêncio (2023)	Avaliar a QV e o risco de <i>burnout</i> em um grupo de profissionais de Saúde que trabalham em um hospital terciário dedicado ao cuidado de pessoas com diagnósticos oncológicos	<p>Médicos e enfermeiros apresentam níveis de exaustão mais elevados quando comparados aos demais grupos. Em relação à QV, observou-se que em todas as dimensões houve distribuição homogênea das respostas. Verificou-se que não foi possível estabelecer qualquer relação entre as dimensões do <i>burnout</i> e a QV. A percepção da QV muito satisfeita na amostra estudada pode decorrer do fato desses indivíduos terem desenvolvido estratégias adequadas de autoproteção, evitando assim que a QV seja afetada pelo <i>Burnout</i></p> <p>Houve a associação positiva e estatisticamente significante entre os resultados da Spiritualy Self Rating Scale (SSTS) e da Escala de Coping Religioso-Espiritual Abreviada (CRE) (p-valor < 0,01).</p>	<p>A prevenção, diagnóstico e intervenção ao nível do <i>burnout</i> é uma medida importante, pois suas consequências refletirão na qualidade dos serviços prestados aos pacientes e na QV de profissionais</p>
Plauto <i>et al.</i> (2022)	Analizar a relação entre a espiritualidade, práticas religiosas e a QV de profissionais da área de oncologia e CP, que convivem diariamente com a finitude	<p>Foi verificada a associação entre a QV e a CRE estatisticamente significante – domínio psicológico com CRE total (p-valor: 0,01) e com CRE negativo (p-valor: 0,03)</p>	<p>Verificou-se a relação entre a espiritualidade e a QV, bem como foram percebidos os aspectos positivos da fé para o enfrentamento do estresse cotidiano. Corrobora-se com a discussão da importância de incluir a espiritualidade como fator protetor da saúde</p>
Rojas <i>et al.</i> (2019)	Analizar a relação entre os riscos psicossociais e ocupacionais e a QV de trabalhadores de unidades de oncologia e CP	<p>Os participantes perceberam maior exposição aos riscos psicossociais na dimensão das demandas psicológicas e da dupla presença. Por outro lado, observaram melhores</p>	<p>Houve relação entre a percepção de risco psicossocial e a QV do trabalhador</p>

Kaur *et al.* (2018)

Explorar a QV entre profissionais prestadores CP em centros de CP oncológicos

resultados no componente de saúde física (\times : 7,7; DP: \pm 9,7) *versus* o de saúde mental (\times : 71,1; DP: \pm 6,4). Os riscos psicossociais e a QV foram relacionados (p-valor $< 0,50$)

Os resultados revelaram que um nível médio de satisfação por compaixão e burnout foi relatado por 32 (49,2%) e 35 (53,8%) participantes do estudo, respectivamente. 62 (95,4%) dos

participantes relataram

maior estresse traumático secundário na escala ProQoL.

Significativas diferenças nos níveis de satisfação por compaixão, *burnout* e estresse traumático secundário foram encontradas com base no treinamento adicional realizado em CP (p-valor: 0,01), tipo de designação (p-valor: $<0,001$) e tipo de local de trabalho (p-valor: 0,01)

Os resultados globais sugerem que intervenções focadas no estresse traumático secundário e burnout podem ajudar profissionais a melhorarem sua QV e o cuidado ao paciente

Notas: “CP”: cuidado paliativo. “QV”: qualidade de vida. “DP”: desvio padrão. “ProQoL”: Professional Quality of Life.

Fonte: elaboração própria

6.2 SEGUNDA ETAPA: RELATÓRIO TÉCNICO

O relatório técnico desenvolvido encontra-se no Apêndice II.

7. DISCUSSÃO

Identificamos a escassez de artigos científicos com o tema qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer. Os trabalhos demonstraram, de um modo geral, a associação da qualidade de vida a fatores psicossociais. Embora a importância do tema seja irrefutável, nenhum dos artigos selecionados abrange

profundamente o estudo da qualidade de vida desses profissionais (Kaur *et al.*, 2018; Rojas *et al.*, 2019; Plauto *et al.*, 2022; Gonçalves; Gaudêncio, 2023).

De acordo com Aquino e Fernandes (2013), a importância da discussão da qualidade de vida do trabalho se faz necessária, pois interfere no desenvolvimento e na produtividade do trabalho. Meller *et al.* (2020) reforçam que o cuidado com a qualidade de vida dos profissionais de saúde ajuda a manter a excelência do cuidado prestado aos pacientes, contribuindo para a manutenção de um ambiente de trabalho mais empático e compassivo.

Conforme minha experiência laboral, o trabalho diário em uma enfermaria de cuidados paliativos é permeado de situações que remetem a uma “montanha-russa de emoções”: ora a emoção devido à percepção da fragilidade humana frente a uma doença tão devastadora quanto o câncer, ora a necessidade de acolhimento e toda competência técnica para reuniões com famílias em franco processo de negação em face do inevitável – o processo de finitude, entre tantas outras situações que nos desafiam na prática profissional. Destarte, a necessidade do cuidado para com o profissional de saúde é fundamental à manutenção de sua qualidade de vida.

A qualidade de vida dos profissionais de saúde que atuam nos cuidados paliativos oncológicos é essencial. A propósito, Aquino e Fernandes (2013) acrescentam que é necessário ter acesso ao lazer, à saúde e às realizações pessoal e profissional. Uma vez que haja esse acesso e motivação, esses profissionais provavelmente terão mais recursos emocionais para lidar com as agruras que o trabalho em saúde estabelece. As agruras, nesse caso, não se referem à lida com o sofrimento alheio, uma vez que percebemos na literatura estudada para esta pesquisa que o profissional de cuidados paliativos, possui um entendimento sobre o viver com qualidade e a respeito da morte que é uma consequência do adoecimento e não uma falha profissional. A experiência diária em uma unidade de saúde dedicada aos cuidados paliativos nos faz entender que a morte, para o profissional paliativista, não é assimilada à impotência (sentimento muito presente na hegemonia médica), mas antes algo natural.

Mediante a experiência obtida ao longo dos anos em uma unidade de cuidados paliativos, cabe aqui uma reflexão. O profissional paliativista frequentemente conhece o seu paciente no íntimo, tanto do ponto de vista biológico, para o controle de sintomas inerentes à doença (a dispneia, por exemplo), quanto do ponto de vista social, espaço em que o indivíduo era o provedor de sua família e, com a doença, muitas vezes, passa a depender da caridade alheia ou de programas de Assistência Social do Governo; seja do ponto de vista emocional (os pacientes são pais e mães de crianças pequenas, que serão educados por outros, não por

eles mesmos), seja do espiritual (as respectivas denominações religiosas e a possibilidade de possíveis rituais fúnebres no ambiente hospitalar). Esse usuário não é apenas um número, nem um prontuário somente, ou uma matrícula institucional: sua dor ultrapassa o componente físico. Ele é o pai ou a mãe de alguém, é o filho caçula de outra; é o/a esposo/a dedicado, o pai agressivo ou uma mãe ausente. Todos, porém, têm algo em comum: são intimamente conhecidos pela equipe paliativista, que proporcionará encontros, despedidas, reconciliações e certeza de que os seus desejos serão atendidos (óbito no domicílio ou no ambiente hospitalar, comer este ou aquele doce especial etc.).

Enfim, a expertise nos mostra uma gama de situações que somente uma equipe de cuidados paliativos é capaz de entender, pois, além de ofertar o melhor tratamento possível para o controle de sintomas, evitando-se tratamentos fúteis ou técnicas invasivas desnecessárias, adota-se o cuidado humanizado, em que o profissional conversa e se estabelecem uma troca, um diálogo, perguntas e respostas com o máximo de ética e respeito. No mais, têm-se, com maturidade profissional, o olhar abrangente e a escuta ativa a esses indivíduos e seus familiares. Assim, é possível entender por que a qualidade de vida dos profissionais de saúde é tão importante. Acerca desse tema, Lago e Codo (2013, p. 220) ratificam que: “O cuidado com este profissional configura-se como uma dupla promoção de saúde, uma vez que a promovendo, promove-se não só a saúde deste trabalhador, como de todos aqueles que ele atende”.

Quanto às ferramentas utilizadas para avaliar a qualidade de vida nos artigos selecionados, são considerados bons instrumentos para essa finalidade. O ProQoL-5, entre os demais (WHOQOL-Bref e SF-36), parece ser o que melhor avalia a qualidade de vida dos profissionais de saúde. Kaur *et al.* (2018) utilizaram-no em sua versão 5. Esse instrumento pode ser administrado a níveis individual e grupal, ou em estudos de investigação na avaliação e monitoramento da satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e *burnout*. Deve ser interpretado na forma indicativa e não na forma diagnóstica. Sua utilização mais recomendada é a continuada e repetida ao longo do tempo (Stamm, 2010).

Dos artigos analisados através da RSL, somente Plauto *et al.* utilizaram mais de um instrumento na pesquisa [WHOQOL-Bref e a Escala de Coping Religioso Espiritual (CRE)]. Segundo Panzini *et al.* (2005), a CRE é um conceito desenvolvido pelo psicólogo estadunidense Kenneth Pargament, em 1997, e definido como o uso da religião, da espiritualidade ou da fé para o manejo do estresse – representa um importante aspecto na área de saúde com possíveis implicações no tratamento de doenças. Basicamente, sua instrução fornece os conceitos de CRE e de estresse, pede a descrição breve da situação de maior

estresse que a pessoa vivenciou nos últimos três anos e solicita que o entrevistado responda quanto fez ou não o que está descrito em cada item para lidar com a situação estressante (Panzini *et al.*, 2005).

Além da escassa literatura científica acerca do tema, os artigos publicados possuem algumas limitações importantes. À exceção do trabalho de Rojas *et al.* (2019), com 110 participantes, os demais estudos apresentaram um tamanho amostral bastante reduzido. Estudos com essas características podem não fornecer informações válidas e confiáveis. O tamanho da amostra está diretamente relacionado ao erro amostral: tanto maior a amostra, menor o erro (Fontelles *et al.*, 2010). Plauto *et al.* (2022), em sua pesquisa, estudaram apenas os profissionais médicos de uma única região (nordeste brasileiro), podendo não representar a diversidade de experiências de outros profissionais de saúde de outras regiões ou países.

Todos os estudos trouxeram a utilização de instrumentos para a avaliação da qualidade de vida do profissional autorrelatada. Isto é, o próprio indivíduo preenche o instrumento, sem o auxílio de um profissional capacitado. Acerca desse modelo instrumental, Silva *et al.* (2022) sinalizam que há nele vantagens (praticidade, rapidez e fornecimento de informações diretas, do próprio respondente) e desvantagens (o respondente pode, ou maximizar, ou minimizar os sintomas; não deve ser a única ferramenta diagnóstica, requer discernimento). Os mesmos autores acrescentam que, desse modo, o preenchimento de um instrumento de autorrelato e sua respectiva disponibilização para os pesquisadores envolvidos podem abranger situações reforçadoras ou punitivas no que tange à imagem do próprio participante perante as pessoas que terão acesso aos protocolos gerados. Mesmo em situações de pesquisa, nas quais o participante assina o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), a partir do qual é assegurado o total sigilo dos dados, a ocorrência desse viés é um fato plausível e irá, por sua vez, relacionar-se a características da personalidade do respondente. Em outras palavras, alguns indivíduos, mais do que outros, tenderão a ocultar a forma como dimensionam suas próprias tendências antissociais, ainda que esse mesmo dimensionamento não se torne acessível às diferentes pessoas com as quais se convive, ou com as quais se poderá estabelecer relação.

Em contraponto a todas as fragilidades da literatura científica sobre a temática verificada através da RSL, cabe destacar algumas estratégias que evidenciamos no relatório técnico e que podem ser favoráveis para a melhora da qualidade de vida dos profissionais de saúde. Quais sejam:

- I) Educação continuada e permanente. O MS aprovou em 2003 a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), que foi institucionalizada por

meio da Portaria GM nº 198, de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004). O conceito de educação permanente em saúde (EPS) é definido na PNEPS como aprendizagem no trabalho, em que aprender e ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho, e propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática (Brasil, 2004). Conforme Sardinha *et al.* (2013), a proposta pedagógica utilizada na capacitação permanente precisa considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos de seus próprios processos de formação no decurso de toda a vida. A capacitação há de incidir no processo de trabalho, sendo realizada, de preferência, no próprio trabalho, avaliada e monitorada pelos participantes. A educação continuada envolve atividades que podem contribuir para o desempenho profissional, englobando discussões, reflexões, construção e ressignificação dos conhecimentos que favorecem o aprimoramento profissional (Quintana *et al.*, 1994). Estabelecer um programa de educação continuada com baseamento na interdisciplinaridade propicia a maior interação na equipe de saúde, oportunizando, destarte, a promoção da aprendizagem e o intercâmbio dos conhecimentos (Sardinha *et al.*, 2013).

- II) Flexibilização das horas de trabalho. De acordo com Mocelin (2011), a duração da jornada de trabalho é, de fato, definida como um parâmetro de qualidade de vida, de modo que a redução de horários ampliados e a flexibilização poderiam contribuir para o melhor ajustamento entre as vidas particular e profissional dos servidores públicos no ambiente hospitalar.
- III) Feedback construtivo. Fornecer respostas às demandas dos profissionais de forma clara e respeitosa. Ferreira (2009) ressalta que o *feedback* das gerências contribui para o processo de trabalho, bem como defende que os profissionais devem reconhecê-lo como uma estratégia para regular a atenção desenvolvida. No mais, a autora argumenta que o *feedback* contribui com a orientação das práticas e a seleção daquelas que apresentaram resultados mais eficientes, a fim de conferir valor aos profissionais e a seu processo de trabalho. Assim como as avaliações e o *feedback*, o desenvolvimento profissional é um importante fator para o desenvolvimento de melhores processos de trabalho.

- IV) Aprimoramento da ergonomia. Adaptar os ambientes de trabalho para os menores riscos à saúde, de modo a melhorar a qualidade de vida. Na visão de Freitas (2012), a ergonomia oferece benefícios que estão ligados diretamente à qualidade de vida do trabalhador e ao aumento dos lucros, uma vez que trabalhadores satisfeitos e saudáveis, inseridos em ambientes de trabalho adequados e de condições favoráveis, proporcionam crescimento positivo.
- V) Enfoque biopsicossocial. Perspectiva que permite ao gestor entender o trabalho e o profissional como um todo. Sobre esse aspecto, Freitas (2012) sinaliza que a perspectiva biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e o desenvolvimento das pessoas no trabalho.

7.1 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Citamos como ponto forte desta Dissertação o seu valor para a Saúde Coletiva e para o Controle do Câncer, considerando, para afirmá-lo, a importância da informação científica a respeito do tema e da necessidade de promoção de qualidade de vida de profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos oncológicos.

Possui tema de elevada relevância que é a qualidade de vida dos profissionais de saúde, profissionais estes que são a força de trabalho que cuidam da atenção à saúde de usuários em cuidados paliativos, no contexto do câncer.

Destacamos a metodologia rigorosa de uma revisão sistemática de literatura, com resultados relevantes que podem subsidiar o desenvolvimento de intervenções e políticas públicas e institucionais voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais de saúde.

O presente trabalho contribui, ainda, para a gestão de pessoas, especialmente para a gestão de profissionais de saúde que atuam na complexidade do cuidado com usuários em cuidados paliativos oncológicos.

A principal limitação do estudo foi a escassez de artigos sobre a temática proposta, tanto nas bases de dados exploradas, quanto na literatura em geral.

7.2 PERSPECTIVAS FUTURAS

Uma vez que se comprehende a qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos oncológicos como algo de extrema relevância, seja para o próprio profissional, seja para a população assistida, sugerimos que os pesquisadores interessados no

tema possam, em outros trabalhos, se aprofundar na temática e trazer um crescente amadurecimento científico acerca disso.

A partir deste estudo, podem emergir pesquisas com delineamento longitudinal a fim de avaliar a evolução da qualidade de vida dos profissionais de saúde, atuantes em cuidados paliativos oncológicos, ao longo do tempo, assim como, estudos com maior tamanho amostral, com possibilidade de parceria com diversas unidades de saúde, que atuem em cuidados paliativos oncológicos, a fim de realizar estudo multicêntrico; estudos qualitativos visando aprofundar a compreensão de fatores que influenciam positiva e negativamente na qualidade de vida dos profissionais de saúde, em cuidados paliativos, no campo oncológico e estudos de intervenção para propor intervenções e avaliar seu impacto na qualidade de vida dos profissionais de saúde.

8. CONCLUSÃO

Através dos resultados apresentados, a pesquisa em tela demonstra a fragilidade na literatura acerca da qualidade de vida dos profissionais de saúde que atuam nos cuidados paliativos oncológicos e afirma, assim, a necessidade do planejamento de políticas públicas de saúde que visem à promoção da qualidade de vida desses profissionais.

A dissertação apresenta um grande passo para compreensão e enfrentamento de um problema de saúde pública, a qualidade de vida, com implicações para a excelência da assistência prestada aos pacientes com diagnóstico de doença oncológica sem possibilidade terapêutica para tratamento curativo, seus familiares, cuidadores e rede de apoio.

Com o aporte teórico a que se recorreu, tenciona-se fundamentar a condução do relatório técnico aos gestores a fim de embasar condutas efetivas para a construção de planejamentos institucionais voltados para a qualidade de vida dos trabalhadores de saúde; também, com o fito de melhorar os serviços prestados aos cidadãos.

Espera-se que esse trabalho inspire novas pesquisas e ações que promovam o bem-estar dos profissionais de saúde que se dedicam aos cuidados paliativos em oncologia, assim como superar as limitações encontradas, com abordagens metodológicas alternativas e ampliando a aplicabilidade dos achados na prática assistencial e gerencial.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Cuidados paliativos no Brasil.** São Paulo: ANCP, 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil>. Acesso em out./2023.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos.** 3. ed. Rio de Janeiro: Ateneu, 2021.
- AQUINO, A. S.; FERNANDES, A. C. P. Qualidade de vida no trabalho. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 2, 2013, p. 53-58.
- ARENA, F. *et. al.* Panorama da qualidade de vida profissional entre trabalhadores que prestam cuidados paliativos no Brasil. **Revista Colombiana de Psicología**, Bogotá, COL, v. 28, n. 2, 2019, p. 33-45.
- BARBOSA, M. L. *et. al.* Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1293-1302, 2018.
- BIANCOLINO, C. A. *et al.* Protocolo para elaboração de relatos de experiência. **Revista de Gestão e Projetos**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2012, p. 294-307.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Ministério da Saúde. **Qualidade de Vida em 5 passos.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/qualidade-de-vida-em-cinco-passos/>. Acesso em: 20 ago. 204.
- BBC NEWS BRASIL. **Brasil é antepenúltimo em ranking de qualidade de morte..** Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2010/07/100714_qualidade_morte_ir#:~:text=Entre%20os%2040%20pa%C3%ADses%20analizados,da%20Austr%C3%A1lia%20e%20Nova%20Zel%C3%A2ndia. Acesso em: 12 fev. 2024.
- BITTENCOURT, M. S. *et al.* Qualidade de vida no trabalho em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, RS, v. 12, p. 21-26, 2010,
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 727, de 07 de dezembro de 2023.** Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2024/res0729_15_01_2024.html. Acesso em maio/2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 22 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 2015, 22 maio 2024.

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, seção 1, Brasília, DF, n. 46, 24 agosto 2012.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2022: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, NJ, v. 24, p. 1-35, 2024

BUSS, P. M. *et al.* Promoção de saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 4723-4735, 2020,

CANAVARRO, M. C.; SERRA, V. A. **Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010.

CAMARGO, S. F. *et al.* Qualidade de vida no trabalho em diferentes áreas de atuação profissional em um hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1476-1451, 2021

CANCELA, M. C. *et al.* Can the sustainable development goals for cancer be met in Brazil? A population-based study. **Front Oncol**, [S. l.], v. 10, n. 12, p. 1060-1068, 2023

COHEN, B. J. *et al.* Burnout among oncology nurses: the effect of providing a primary palliative care intervention using Connect protocol. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, [S. l.], v. 26, n. 4, 2022.

COLLADO, P. A. *et al.* Condiciones de trabajo y salud en docentes universitarios y de enseñanza media de Mendoza, Argentina: entre el compromiso y el desgaste emocional. **Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 203-220, 2016.

CUNHA, V. F. *et al.* Religião, Espiritualidade, Ancestralidade: Tensões e potencialidades no campo da saúde. **Relegens Thréskeia**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 143-170, 2021

DÍAZ, M. *et al.* Enfermagem oncológica: normas de segurança no atendimento ao paciente. **Revista de Medicina Clínica Las Condes**, Espanha, SLU, v. 24, n. 4, p. 694-704, 2013.

DOURADO, A. S.; MELO, D. O. **Prisma 2020:** checklist para relatar uma revisão sistemática. Disponível em: eme.cochrane.org/prisma. Acesso em: 12 jun. 2023.

FELDENZERFEL, K. *et al.* Nurses perspectives on the personal and professional impact of providing nurse-led primary palliative care in outpatient oncology settings. **Internacional Journal of Palliative Nursing**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 30-37, 2019.

FERNÁNDEZ, M. Influência do gênero na qualidade de vida relacionada à saúde entre médicos residentes que trabalham em um serviço de emergência. **Revista de Medicina do Chile**, Santiago, SAN, v. 142, p. 193-198, 2014.

FERREIRA, A. B. D. H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. São Paulo: Positivo Editora, 2015.

FERREIRA, M. C. *et al.* Gestão de qualidade de vida no trabalho no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 319-327, 2009.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de Vida no Trabalho**: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Paralelo 15, 2012.

FLORES, D. *et al.* Ocuparse del bienestar de los profesionales de la salud: un desafío pendiente. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago, v. 14, n. 1, p. 33-44, 2014.

FONSECA, A. *et al.* Avaliação em saúde e repercuções no trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Texto Contexto**, Santa Catarina, v. 21, n. 3, p. 519-527, 2012.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. **Revista da Associação Médica do Paraná**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 24-57, 2010.

FREITAS, A. S. A. **A ergonomia em benefício da qualidade de vida do trabalhador**. Orientador: Prof. Me. Yldre Pessoa. 2012. Monografia (Especialização em Gestão de Saúde) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

GALLIANA, L. *et al.* Palliative care professionals' inner life: exploring the mediating role of self-compassion in the prediction of compassion satisfaction, compassion fatigue, burnout and wellbeing. **Journal of Pain and Symptom Management**, [S. l.], v. 63, n. 1, p. 112-123, 2022.

GARCÍA-BAQUERO, M. T. Palliative care: taking the long view. **Front Pharmacol**, [S. l.], v. 9, p. 11-40, 2018.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2019 CANCER COLLABORATION *et. al.* Global, regional and national cancer incidence. Mortality, years of life lost, years lived with disability and disability-adjusted life-years. Disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017: a systematic analysis for the global burden of disease study. **JAMA Oncology**, [S. l.], n. 12, p. 1749-1768, 2019.

GOMES, S. F. *et al.* Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de enfrentamento em enfermeiros oncológicos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 21, n. 6, p. 1282-12892013.

GONÇALVES, F.; GAUDÊNCIO, M. *Burnout* and quality of life in Portuguese health care professionals working in oncology and palliative care. **BMC Palliative Care**, [S. l.], v. 22, p. 1552023.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Revista Acta Cirúrgica Brasileira**, [S. l.], v. 20, supl. 2, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer:** abordagens básicas para controlar o câncer. 6. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Ambiente, trabalho e câncer:** aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios. Rio de Janeiro: Inca, 2021a

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV.** 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Inca, 2021b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A avaliação do paciente em cuidados paliativos.** Rio de Janeiro: Inca, 2022a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2022b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Manual de elaboração do trabalho de conclusão de curso:** Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan). Rio de Janeiro: Inca, 2021c.

KAUR, A. *et al.* Professional quality of life among professionals care providers at cancer palliative car centers in Bengaluru, India. **Journal of Palliative Care**, Bengaluru, KAR, v. 24, p. 167-1722018.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 1, p. 48-70, 2001.

LAGO, K. C. **Fadiga por compaixão:** o sofrimento dos profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes, 2010.

LAGO, K. C.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos de Psicologia**, Natal, RN, v. 18, n. 2, p. 213-221, 013.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho – QVT:** conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality or religiosity: is there any difference? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 1, p. 83, 2015.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP.** 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012, p. 23-30.

MELLER, F. O. Qualidade de vida e fatores associados em trabalhadores de uma universidade no sul de Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 87-97, 2020.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000, p. 7-18.

MOCELLIN, D. G. Redução da jornada de trabalho e qualidade dos empregos: entre o discurso, a teoria e a realidade. **Revista de Sociologia e Saúde**, [S. l.], v. 19, n. 38, 2011.

MOHER, D. *et al.* Prisma group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis: the Prisma statement. **J. Clin Epidemiology**, [S. l.], v. 62, n. 10, p. 1006-1012, 2009.

OLIVEIRA, L. C. *et al.* **Temporal trends and factors associated with the cancer diagnosed at stage IV in patients included in the integrated hospital-based cancer registry system in Brazil in two decades.** Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877782122001473?via%3Dihub>. Acesso em: 12 dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Câncer.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer#:~:text=Aproximadamente%2070%25%20das%20mortes%20por,uso%20de%20%C3%A1lcool%20e%20tabaco>. Acesso em: 12 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Dia mundial contra o câncer 2023:** por cuidados mais justos. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-contra-cancer-2023-por-cuidados-mais-justos>. Acesso em: 12 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS e OIT fazem chamado para novas medidas de enfrentamento das questões de saúde mental no trabalho.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-9-2022-oms-e-oit-fazem-chamado-para-novas-medidas-enfrentamento-dasquestoesdesaude#:~:text+0%20bullying%20e%20a%20viol%C3%A3ncia,trabalho%20em%20todo%20mundo>. Acesso em: 12 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, **Medicinas tradicionais, complementares e integrativas.** ©OPAS, [2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas>. Acesso em: 15 ago. 2024.

PAGE, M. J. *et al.* Prisma 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. **BMJ**, [S. l.], v. 372, n. 160, 2021.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de Coping religioso-espiritual (Escala CRE-1): elaboração e validação de construto (2). **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005.

PARGAMENT, K. I. **Spiritually integrated psychotherapy:** understanding and addressing the sacred. New York: The Guilford Press, 2007.

PEDROSO, B. J. L.; PILATTI, L. A. Construção e validação do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. **Revista Salud Pública**, [S. l.], v. 16, n. 6, p. 885-896, 2015.

PLAUTO, M. S. B. C. *et al.* Espiritualidade e qualidade de vida em médicos que convivem com a finitude da vida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 46. n. 1, 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (Pnud). **Índice de desenvolvimento humano**. Disponível em: www.pnud.org.br. Acesso em: 12 fev. 2024.

QUINTANA, P. B. *et al.* **Educación permanente de personal de salud**. Washington: Organización Pan-Americana e la Salud, 1994.

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining palliative care: a new consensus-base definition. **J. Pain Symptom Manage**, [S. l.], v. 60, n. 4, p. 754-764, 2020.

RODRÍGUEZ, B. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres que trabalham na indústria pesqueira medida através do questionário Short-Form 36. **Gac. Sanit**, [S. l.], v. 27, n. 5, p. 418-424, 2013.

ROJAS, R. S. *et al.* Riesgos psicosociales percibidos por trabajadores oncológicos asociados a su calidad de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 72, n. 4, p. 854-860, 2019.

RUFFINO-NETTO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Revista Saúde em Debate**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 63-67, 1992.

SAMSOM, T.; SHVARTZMAN, P. Association between level of exposure to death and dying and professional quality of life among palliative care workers. **Palliative and Supportive Care**, [S. l.], v. 16, 2018, p. 442-451.

SANCHES, K. S. *et al.* The scenario of scientific publication on palliative care in oncology over the last 5 years: a scoping review. **Rev Esc Enferm USP**, [S. l.], 52, :e03336, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017009103336>

SANTOS, M. C. *et al.* A estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 3, 2007.

SARDINHA, L. P. *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermagem Global**, [S. l.], n. 29, 2013.

SEGRES, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVA, L. C. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicología América Latina**, México, MX, n. 16, 2009.

SILVA, F. S. *et al.* Principais questionários de avaliação de qualidade de vida: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 11, n. 14, 2022.

SIQUEIRA, J. E.; PESSINI, L. P. Aspectos éticos sobre a terminalidade da vida no Brasil. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012, p. 411-414.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos Falar de Cuidados Paliativos**. São Paulo: SBGG, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

STAMM, B. H. **The concise ProQol manual**. 2. ed. Disponível em: <https://www.illinoisworknet.com/WIOA/Resources/Documents/The-Concise-ProQOL-Manual.pdf>. Pocatello, ID: ProQOL.org. Acesso em: 24 dez. 2024.

STERNE, J. A. C. *et al.* Robins-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. **BMJ**, [S. l.], v. 355, 2016.

STERNE, J. A. C. *et al.* Rob 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **BJM**, [S. l.], v. 28, 2019.

SUBRAMANIAMA, G. *et al.* Flexibilidade no local de trabalho, capacitação e qualidade de vida. **Ciências Sociais e Comportamentais**, [S. l.], v. 105, 2013, p. 885-893.

SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020. Globacan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **A Cancer Journal for Clinicians**, [S. l.], v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para a apresentação de trabalhos: teses, dissertações e trabalhos acadêmicos**. 5. ed. Curitiba: Editora UFPR, 1996.

VICTOR, G. H. G. Cuidados paliativos no mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 267-270, 2016.

WELLS, G. A. *et al.* **The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing quality of non-randomized studies in meta-analysis**. 2000. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp. Acesso em: 12 abr. 2023.

WOHLIN, C. **Guidelines for snowballing in systematic literature studies and a replication in software engineering**. Sweden: Blekinge Institute of Technology, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer prevention**. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>. Acesso em: 12 abr. 2024.

APÊNDICE 1

FICHA DE COLETA DE DADOS RSL

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONOMICOS	
Autor(s):	
Ano de publicação:	
Título do artigo:	
País:	
Tamanho amostral:	
Desenho do estudo:	
Objetivo do estudo:	
Sexo dos participantes:	
Idade:	
Categoria profissional:	
Tempo de atuação em cuidado paliativo:	
Estado de saúde:	
Principais resultados do estudo:	
Conclusão:	

APÊNDICE 2



MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

E CONTROLE DO CÂNCER

PPGCan

ALESSANDRA GOMES SIMÕES

RELATÓRIO TÉCNICO
QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DO CÂNCER

Rio de Janeiro
2025

APRESENTAÇÃO

Este relatório técnico conclusivo é o produto técnico-tecnológico do Trabalho de Conclusão de Curso que a discente Alessandra Gomes Simões, sob a orientação da professora Dr.^a Lívia Costa de Oliveira, apresentou ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto Nacional de Câncer (PPGCan/Inca).

O presente material foi desenvolvimento a fim de sensibilizar os gestores sobre a qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto oncológico. O intuito é que os trabalhadores desse seguimento sejam beneficiados e se promova a sua qualidade de vida, o que, por conseguinte, poderá corroborar para a promoção de um bem maior – qual seja, a prestação de uma assistência de excelência à população usuária dos serviços públicos de saúde.

Uma vez que consideramos que a qualidade de vida desses profissionais é exiguamente estudada no meio científico, além de dificilmente investigada enquanto algo importante para o planejamento de políticas públicas de saúde, este relatório tem um caráter inovador e pode, assim, ser uma ferramenta de relevância à Saúde Coletiva e ao Controle do Câncer.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	70
2. OBJETIVO.....	70
3. MÉTODOS.....	71
3.1. Questão norteadora	71
3.2. Estratégia de busca por trabalhos publicados	71
3.3. Critérios de elegibilidade	71
3.4. Avaliação da qualidade metodológica	71
3.5. Extração de dados	72
4. RESULTADOS.....	72
5. ANÁLISE CRÍTICA	76
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	80

1. INTRODUÇÃO

A qualidade de vida do profissional de saúde se insere em um contexto de preservação das saúdes física, psíquica, espiritual e social para que, então, o cuidado ofertado aos usuários dos serviços seja de excelência. Condições de trabalho desfavoráveis podem levar ao adoecimento e à insatisfação dos profissionais, oferecendo maiores riscos de ocorrência de acidentes laborais, adoecimentos, absenteísmo etc. (Camargo *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o conceito de qualidade de vida no trabalho surge a partir do conceito inicial de qualidade de vida, que se expressa por meio das representações globais (espaço organizacional) e específicas (situações de trabalho) que os profissionais constroem (Ferreira, 2012). Indica-se o predomínio de experiências de bem-estar no trabalho, de reconhecimentos institucional e coletivo, de possibilidade de crescimento profissional e de respeito às características individuais (Camargo *et al.*, 2021).

Cabe destacar que a qualidade de vida no ambiente de trabalho é essencial para que o trabalhador seja comprometido com o serviço e possa desenvolver, prazerosamente, um trabalho interdisciplinar (Brasil, 2023). Nessa perspectiva, o bem-estar dos profissionais de saúde, a satisfação do usuário-cidadão, a eficiência e a eficácia dos serviços prestados constituem desafios inerentes às práticas de gestão, voltadas para a promoção da qualidade de vida no trabalho (Ferreira *et al.*, 2009). Entretanto, infelizmente, o ambiente de trabalho é muitas vezes motivação de estresse, que exerce influência negativa direta no desempenho profissional e, em consequência, na qualidade de vida do trabalhador (Brasil, 2021).

Os profissionais de saúde que atuam nos cuidados paliativos amiúde lidam com pacientes que apresentam, em maioria, fragilidades emocional, física, psicossocial e espiritual em face da situação clínica que lhes ameaça a vida. No entanto, percebe-se uma escassez na literatura científica acerca de resultados de estudos sobre esse desfecho. Além disso, a qualidade de vida dos profissionais dificilmente é incluída no planejamento de políticas públicas de saúde, nem nos meios assistenciais (OMS, 2002).

2. OBJETIVO

Elaborar um relatório técnico a fim de sensibilizar os gestores a se atentarem à qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer, a partir dos resultados obtidos através de uma revisão sistemática de literatura (RSL) acerca do tema.

3. MÉTODOS

3.1. QUESTÃO NORTEADORA

Como é a qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer?

Para o levantamento de dados que compõe este relatório foi desenvolvida uma RSL em junho de 2024, de acordo com as diretrizes do *guideline Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (Prisma)* (Moher *et al.*, 2009; Page *et al.*, 2021; Dourado *et al.*, 2022).

3.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA POR TRABALHOS PUBLICADOS

A busca foi realizada em diferentes bases de dados (PubMed/Medline, Embase, Lilacs e Cochrane Library), utilizando palavras-chave sobre cuidados paliativos, profissionais de saúde e qualidade de vida, escritas em língua portuguesa e por um único pesquisador.

Os artigos encontrados foram planilhados. Com base nos títulos e nos resumos, as publicações relevantes foram resgatadas na íntegra para a leitura e avaliação do texto completo através da metodologia de leitura em duplo-*check*, por dois revisores independentes. O método *snowballing*, de rastreamento manual por publicações de interesses nas listas de referências de artigos previamente selecionados, foi utilizado como segunda estratégia de pesquisa.

3.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Como critérios de inclusão, os artigos deveriam ser publicações referentes à obra original (não poderiam ser revisões sistemáticas etc.); ter sido desenvolvidos em humanos; deveriam ser estudos observacionais e incluído profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer; e ter avaliado a qualidade de vida desses profissionais.

3.4. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A avaliação da qualidade metodológica dos artigos foi realizada por dois revisores independentes mediante a escala de Newcastle-Ottawa (Wells *et al.*, 2000). Os estudos foram classificados como de alta (7–9 pontos), moderada (4–6 pontos) ou baixa (<3 pontos) qualidades.

3.5. EXTRAÇÃO DE DADOS

Uma vez que se selecionaram os artigos, um único pesquisador, em uso de formulário próprio, extraiu os seguintes dados: autor, ano de publicação, título do artigo e país, tamanho amostral, desenho e objetivo do estudo, características dos participantes (sexo, idade, categoria profissional, tempo de atuação em cuidado paliativo e estado de saúde) principais resultados do estudo e conclusão.

4. RESULTADOS

Identificamos 445 artigos por meio das buscas nas bases de dados. Após a remoção de duplicatas, analisamos 430 citações potencialmente relevantes, que se avaliaram à luz dos critérios de elegibilidade. Destes 430, nenhuma publicação adicional foi identificada por meio de consulta às listas de referências dos trabalhos. Assim, estes quatro artigos foram incluídos: Kaur *et al.* (2018); Rojas *et al.* (2019); Plauto *et al.* (2022); Gonçalves e Gaudêncio (2023).

Os estudos selecionados foram desenvolvidos nos seguintes países: Portugal, Brasil, Chile e Índia. Envolveram principalmente profissionais de saúde do sexo feminino (74,4%), com média de 38,3 anos de idade (Quadro 1).

Quadro 1 – totalização dos dados descritivos dos 4 estudos selecionados

TOTALIZAÇÃO*
Países de desenvolvimento: Portugal, Brasil, Chile e Índia
Profissionais de Saúde avaliados: 229 (mínimo e máximo: 20 e 110)**
Sexo: 74,4% mulheres; 25,6% homens***
Idade (anos): 38,3***

*Kaur *et al.* (2018); Rojas *et al.*, 2019; Plauto *et al.*, 2022; Gonçalves e Gaudêncio (2023)

**Total que considera o somatório dos 4 artigos

***Média que considera os valores dos 4 estudos

Fonte: elaboração própria

Os profissionais avaliados eram, em maioria, da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Contudo, foram também avaliados médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos etc. (Quadro 2).

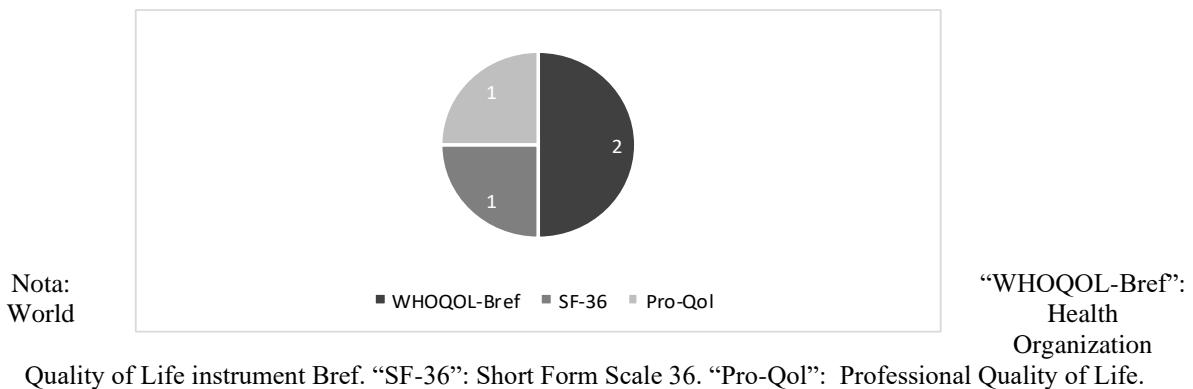
Quadro 2 – Dados referentes às categorias profissionais envolvidas nos 4 estudos selecionados

AUTORES/ANO	AMOSTRA (n)/CATEGORIA PROFISSIONAL
Kaur <i>et al.</i> (2018)	65 profissionais: 16 médicos, fisioterapeutas e farmacêuticos; 39 enfermeiros; 10 outros
Rojas <i>et al.</i> (2019)	110 profissionais: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros
Plauto <i>et al.</i> (2022)	20 profissionais: médicos
Gonçalves e Gaudêncio (2023)	34 profissionais: 3 médicos; 16 enfermeiros; 9 técnicos de enfermagem; 6 outros

Fonte: elaboração própria

Utilizaram-se, entre os quatro estudos, estas ferramentas para a avaliação da qualidade de vida: World Health Organization Quality of Life Instrument-Bref (WHOQOL-Bref); Short Form Scale (SF-36); e Professional Quality of Life Scale (ProQol-5).

Figura 1 – instrumento utilizados para a avaliação da qualidade de vida



Fonte: elaboração própria

Gonçalves e Gaudêncio (2023) verificaram que médicos e enfermeiros apresentam níveis de exaustão mais elevados do que as demais categorias profissionais avaliadas. Apesar da elevada prevalência de Burnout, não houve correlação com a qualidade de vida nesses segmentos. A verificada percepção da qualidade de vida muito satisfatória pode decorrer do fato desses indivíduos terem desenvolvido estratégias adequadas de autoproteção, evitando assim que a qualidade de vida fosse afetada pelo Burnout (Quadro 3).

Plauto *et al.* (2022) verificaram a associação entre espiritualidade e qualidade de vida, bem como elucidaram os aspectos positivos da fé para o enfrentamento do estresse cotidiano. Corrobora-se com a discussão da importância de incluir a espiritualidade como fator protetor na saúde (Quadro 3).

Rojas *et al.* verificaram que houve relação entre a percepção de risco psicossocial e qualidade de vida do trabalhador em unidades de saúde oncológicas e de cuidados paliativos (Quadro 3).

Kaur *et al.* (2018) observaram níveis elevados de estresse traumático secundário de Burnout nos profissionais avaliados e verificaram que intervenções focadas nessas questões podem ajudar os profissionais a melhorarem sua qualidade de vida e o cuidado ao paciente (Quadro 3).

Quadro 3 – dados referentes aos objetivos, principais resultados e conclusões dos estudos

AUTOR/ANO	OBJETIVO DO ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO
Gonçalves e Gaudêncio (2023)	Avaliar a QV e o risco de <i>burnout</i> em um grupo de profissionais de Saúde que trabalham em um hospital terciário dedicado ao cuidado de pessoas com diagnósticos oncológicos	Médicos e enfermeiros apresentam níveis de exaustão mais elevados quando comparados aos demais grupos. Em relação à QV, observou-se que em todas as dimensões houve distribuição homogênea das respostas. Verificou-se que não foi possível estabelecer qualquer relação entre as dimensões do <i>burnout</i> e a QV. A percepção da QV muito satisfatória na amostra estudada pode decorrer do fato desses indivíduos terem desenvolvido estratégias adequadas de autoproteção, evitando assim que a QV seja afetada pelo <i>burnout</i>	A prevenção, diagnóstico e intervenção ao nível do <i>burnout</i> é uma medida importante, pois suas consequências refletirão na qualidade dos serviços prestados aos pacientes e na QV de profissionais
Plauto <i>et al.</i> (2022)	Analizar a relação entre a espiritualidade, práticas religiosas e a QV de profissionais da área de oncologia e CP, que convivem diariamente com a finitude	Houve a associação positiva e estatisticamente significante entre os resultados da Spiritualy Self Rating Scale (SSTS) e da Escala de Coping Religioso-	Verificou-se a relação entre a espiritualidade e a QV, bem como foram percebidos os aspectos positivos da fé para o enfrentamento do estresse cotidiano. Corrobora-se com a discussão da importância de incluir a espiritualidade como fator

		<p>Espirital Abreviada (CRE) (p-valor < 0,01). Foi verificada a associação entre a QV e a CRE estatisticamente significante – domínio psicológico com CRE total (p-valor: 0,01) e com CRE negativo (p-valor: 0,03)</p>	protetor da saúde
Rojas <i>et al.</i> (2019)	Analisar a relação entre os riscos psicossociais e ocupacionais e a QV de trabalhadores de unidades de oncologia e CP	<p>Os participantes perceberam maior exposição aos riscos psicossociais na dimensão das demandas psicológicas e da dupla presença. Por outro lado, observaram melhores resultados no componente de saúde física (\times: 7,7; DP: \pm 9,7) <i>versus</i> o de saúde mental (\times: 71,1; DP: \pm 6,4). Os riscos psicossociais e a QV foram relacionados (p-valor < 0,50)</p>	Houve relação entre a percepção de risco psicossocial e a QV do trabalhador
Kaur <i>et al.</i> (2018)	Explorar a QV entre profissionais prestadores CP em centros de CP oncológicos	<p>Os resultados revelaram que um nível médio de satisfação por compaixão e burnout foi relatado por 32 (49,2%) e 35 (53,8%) participantes do estudo, respectivamente. 62 (95,4%) dos participantes relataram maior estresse traumático secundário na escala ProQoL. Significativas diferenças nos níveis de satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário foram encontradas com base no treinamento adicional realizado em CP (p-valor: 0,01), tipo de designação (p-valor: <0,001) e tipo de local de trabalho (p-valor: 0,01)</p>	Os resultados globais sugerem que intervenções focadas no estresse traumático secundário e burnout podem ajudar profissionais a melhorarem sua QV e o cuidado ao paciente

Nota: “CP”: cuidado paliativo; “QV”: qualidade de vida; “DP”: desvio padrão; “Pro-QoL”: Professional Quality of Life.

Fonte: elaboração própria

ANÁLISE CRÍTICA

Identificamos uma escassez de artigos científicos com o tema qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer. Os trabalhos demonstraram, no geral, a associação da qualidade de vida a fatores psicossociais. Embora seja inegável a importância do tema, nenhum dos artigos selecionados abrangeu profundamente o estudo sobre a qualidade de vida dos profissionais em questão.

O trabalho diário em uma enfermaria de cuidados paliativos oncológico remete a uma “montanha-russa de emoções”: ora a emoção devido à fragilidade do ser humano em face de uma doença tão devastadora como o câncer, ora a necessidade de acolhimento e toda competência técnica para reuniões com famílias em franco processo de negação do inevitável – o processo de finitude, entre outras situações que desafiam a prática profissional. Assim, a vivência nas enfermarias, ambulatório e assistência domiciliar de cuidados paliativos nos faz perceber quanto é importante um olhar abrangente para a qualidade de vida do profissional.

A expertise profissional, por mim adquirida ao longo dos anos, demonstra que a qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer é essencial. A propósito, Aquino e Fernandes (2013) reiteram que é necessário ter acesso a lazer, saúde e realizações pessoais e profissionais. Tendo-os, os profissionais provavelmente disporão de mais recursos emocionais para lidar com as agruras que o trabalho em saúde estabelece. As agruras, nesse caso, não se referem à lida com o sofrimento alheio, uma vez que percebemos na literatura consultada que o profissional paliativista possui um entendimento sobre o viver com qualidade e não considera a morte uma falha sua, mas antes um processo natural, consequência do adoecimento. Para o profissional de saúde, atuante em cuidados paliativos, a visão da morte é um processo natural da vida, pois um dos princípios gerais do cuidado paliativo é reafirmar a vida e a morte como processos naturais (ANCP, s/d).

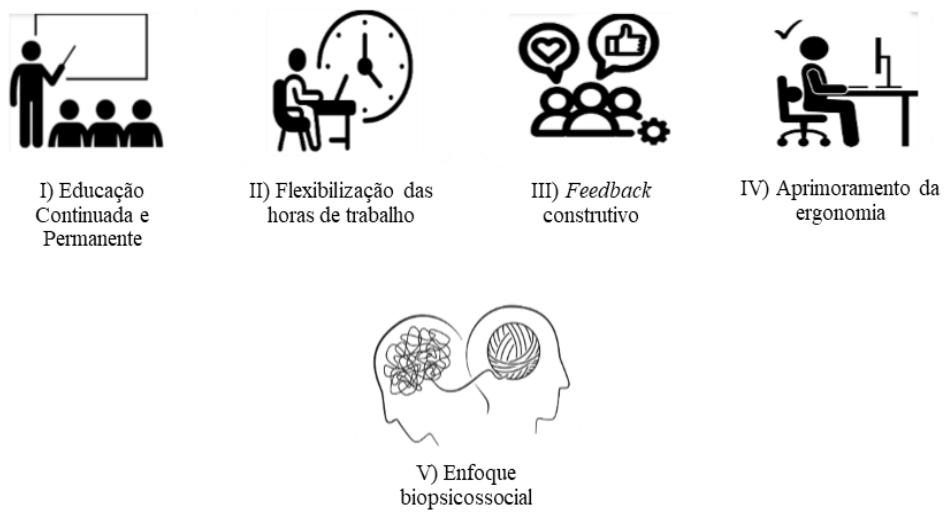
Conforme minha experiência de trabalho diária em uma unidade de cuidados paliativos, cabe aqui uma reflexão. O profissional de saúde paliativista amiúde conhece intimamente o seu paciente, tanto do ponto de vista biológico, a fim de controlar os sintomas inerentes à doença (a dispneia, por exemplo), quanto do ponto de vista social, em que o sujeito adoecido, por exemplo, era o provedor de sua família e, por conta da doença, passa a depender da caridade alheia ou de programas de Assistência Social do Governo; seja do ponto de vista emocional (são pais e mães de crianças pequenas, que são educados por outros, não pelo próprio paciente), seja no que se refere à espiritualidade (denominação religiosa e possíveis rituais fúnebres no ambiente hospitalar). Esse usuário não é, portanto, apenas um

número, um prontuário, uma matrícula institucional; sua dor ultrapassa o componente físico. O/a paciente é pai ou mãe de alguém, é o/a filho/a caçula de outrem; é o/a esposo/a dedicado, o pai agressivo ou a mãe ausente etc. Todos têm, contudo, algo em comum: são intimamente conhecidos pela equipe paliativista, que, com escuta ativa, lhes proporcionará encontros, despedidas, reconciliações e certeza de que seus desejos serão atendidos (óbito no domicílio ou no hospital, comer este ou aquele doce especial etc.).

Enfim, uma gama de situações que somente uma equipe de cuidados paliativos é capaz de entender, pois, além de ofertar o melhor tratamento possível para o controle de sintomas, evitando-se tratamentos fúteis ou técnicas invasivas desnecessárias, adota-se o cuidado humanizado, em que o profissional conversa e se estabelecem uma troca, um diálogo, perguntas e respostas com o máximo de ética e respeito. No mais, têm-se, com maturidade profissional, o olhar abrangente e a escuta ativa a esses indivíduos e seus familiares. Assim, é possível entender por que a qualidade de vida dos profissionais de saúde é tão importante. Acerca desse tema, Lago e Codo (2013, p. 220) ratificam que: “O cuidado com este profissional configura-se como uma dupla promoção de saúde, uma vez que a promovendo, promove-se não só a saúde deste trabalhador, como de todos aqueles que ele atende”.

Em contraponto a todas as fragilidades da literatura científica sobre a temática verificada com a RSL, cabe destacar algumas estratégias que exemplificamos como favoráveis à melhora da qualidade de vida dos profissionais de saúde (Figura 2).

Figura 2 – cinco estratégias favoráveis à melhora da qualidade de vida dos profissionais de saúde.



Fonte: elaboração própria

- I) Educação continuada e permanente. O Ministério da Saúde aprovou em 2003 a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), que foi institucionalizada por meio da Portaria GM nº 198, de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004). O conceito de educação permanente em saúde (EPS) é definido na PNEPS como aprendizagem no trabalho, em que aprender e ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho, e propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática (Brasil, 2004). Conforme Sardinha *et al.* (2013), a proposta pedagógica utilizada na capacitação permanente precisa considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos de seus próprios processos de formação no decurso de toda a vida. A capacitação há de incidir no processo de trabalho, sendo realizada, de preferência, no próprio trabalho, avaliada e monitorada pelos participantes. A educação continuada envolve atividades que podem contribuir para o desempenho profissional, englobando discussões, reflexões, construção e ressignificação dos conhecimentos que favorecem o aprimoramento profissional (Quintana *et al.*, 1994). Estabelecer um programa de educação continuada com baseamento na interdisciplinaridade propicia a maior interação na equipe de saúde, oportunizando, destarte, a promoção da aprendizagem e o intercâmbio dos conhecimentos (Sardinha *et al.*, 2013).
- II) Flexibilização das horas de trabalho. De acordo com Mocelin (2011), a duração da jornada de trabalho é, de fato, definida como um parâmetro de qualidade de vida, de modo que a redução de horários ampliados e a flexibilização poderiam contribuir para o melhor ajustamento entre as vidas particular e profissional dos servidores públicos no ambiente hospitalar.
- III) *Feedback* construtivo. Fornecer respostas às demandas dos profissionais de forma clara e respeitosa. Ferreira (2009) ressalta que o *feedback* das gerências contribui para o processo de trabalho, bem como defende que os profissionais devem reconhecê-lo como uma estratégia para regular a atenção desenvolvida. No mais, a autora argumenta que o *feedback* contribui com a orientação das práticas e a seleção daquelas que apresentaram resultados mais eficientes, a fim de conferir valor aos profissionais e a seu processo de trabalho. Assim como as avaliações e o *feedback*, o desenvolvimento profissional é um importante fator para o desenvolvimento de melhores processos de trabalho.

- IV) Aprimoramento da ergonomia. Adaptar os ambientes de trabalho para os menores riscos à saúde, de modo a melhorar a qualidade de vida. Na visão de Freitas (2012), a ergonomia oferece benefícios que estão ligados diretamente à qualidade de vida do trabalhador e ao aumento dos lucros, uma vez que trabalhadores satisfeitos e saudáveis, inseridos em ambientes de trabalho adequados e de condições favoráveis, proporcionam crescimento positivo.
- V) Enfoque biopsicossocial. Perspectiva que permite ao gestor entender o trabalho e o profissional como um todo. Sobre esse aspecto, Freitas (2012) sinaliza que a perspectiva biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e o desenvolvimento das pessoas no trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Demonstramos a fragilidade na literatura acerca da qualidade de vida dos profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos no contexto do câncer. É inegável a necessidade do planejamento de ações que visem à promoção da qualidade de vida desses profissionais, o que pode, em consequência, melhorar os serviços prestados aos cidadãos.

Assim, esperamos que este relatório possa representar uma ferramenta relevante para a Saúde Coletiva e o Controle do Câncer, sensibilizando os gestores a se atentarem à qualidade de vida dos profissionais de saúde que atuam nos cuidados paliativos oncológicos.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP (Brasil). **Cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: ANCP, [s.d.]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil>. Acesso em out./2023.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP (Brasil). **Manual de cuidados paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: ANCP, 2021.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP (Brasil). **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: ANCP, 2023. Disponível em: <https://paliativo.org.br/ncp-atlas-dos-cuidados-paliativos-no-brasil>. Acesso em out./2023.
- AQUINO, A. S.; FERNANDES, A. C. P. Qualidade de vida no trabalho. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, SP, v. 3, n. 2, 2013, p. 53-58.
- ARENA, F. *et al.* Panorama da qualidade de vida profissional entre trabalhadores que prestam cuidados paliativos no Brasil. **Revista Colombiana de Psicología**, Bogotá, COL, v. 28, n. 2, 2019, p. 33-45.
- BIANCOLINO, C. A. *et al.* Protocolo para elaboração de relatos de experiência. **Revista de Gestão e Projetos**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2012, p. 294-307.
- BITTENCOURT, M. S. *et al.* Qualidade de vida no trabalho em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, RS, v. 12, 2010, p. 21-26.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 727, de 07 de dezembro de 2023**. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2024/res0729_15_01_2024.html. Acesso em dez./2024.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 22 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-22-de-maio-de-2024-561223717>. Acesso em jun./2024.
- BRAY, F. *et al.* **Global cancer statistics 2022**: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer Journal for Clinicians**, [S. l.], v. 24, 2024, p. 1-35.
- BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 1, 2020, p. 4723-4735.

CANAVARRO, M. C.; SERRA, V. A. **Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010.

CAMARGO, S. F. *et al.* Qualidade de vida no trabalho em diferentes áreas de atuação profissional em um hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 4, 2021, p. 1476-1451.

CANCELA, M. C. *et al.* **Can the sustainable development goals for cancer be met in Brazil? A population-based study**. **Front Oncol**, [S. l.], v. 10, n. 12, 2023, pp. 1060-1068.

COHEN, B. J. *et al.* *Burnout* among oncology nurses: the effect of providing a primary palliative care intervention using Connect protocol. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, [S. l.], v. 26, n. 4, 2022.

COLLADO, P. A. *et al.* Condiciones de trabajo y salud en docentes universitarios y de enseñanza media de Mendoza, Argentina: entre el compromiso y el desgaste emocional. **Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 12, n. 2, 2016, p. 203-220.

DÍAZ, M. *et al.* Enfermagem oncológica: normas de segurança no atendimento ao paciente. **Revista de Medicina Clínica Las Condes**, Espanha, SLU, v. 24, n. 4, 2013, p. 694-704.

DOURADO, A. S.; MELO, D. O. **Prisma 2020: checklist para relatar uma revisão sistemática**. [On-line]. Disponível em: eme.cochrane.org/prisma. Acesso em jun./2023.

ESPÍNDULA, J. A., VALLE, E. R. M., BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. nov-dez 2010 [acesso em: 02 de fev. 2025];18(6): [08 telas]. Disponível em: www.eerp.usp.br/riae

FELDENZERFEL, K. *et al.* x. **Internacional Journal of Palliative Nursing**, [S. l.], v. 25, n. 1, 2019, p. 30-37.

FERNÁNDEZ, M. Influência do gênero na qualidade de vida relacionada à saúde entre médicos residentes que trabalham em um serviço de emergência. **Revista de Medicina do Chile**, Santiago, SAN, v. 142, 2014, p. 193-198.

FERREIRA, A. B. D. H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. São Paulo: Positivo Editora, 2015.

FERREIRA, C. M. *et al.* **Gestão de qualidade de vida no trabalho no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais**. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 25, n. 3, 2009, p. 319-327.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de Vida no Trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Paralelo 15, 2012.

FLORES, D. *et al.* Ocuparse del bienestar de los profesionales de la salud: un desafío pendiente. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago, SAN, v. 14, n. 1, 2014, p. 33-44.

FONSECA, A. *et al.* Avaliação em saúde e repercuções no trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Texto Contexto**, [S. l.], v. 21, n. 3, [s. d.], p. 519-527.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. **Revista da Associação Médica do Paraná**, [S. l.], v. 24, n. 3, 2010, p. 24-57.

FREITAS, A. S. A. **A ergonomia em benefício da qualidade de vida do trabalhador**. Orientador: Prof. Me. Yldre Pessoa. 2012. Monografia (Especialização em Gestão de Saúde) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

GALLIANA, L. *et al.* **Palliative care professionals' inner life: exploring the mediating role of self-compassion in the prediction of compassion satisfaction, compassion fatigue, burnout and wellbeing**. **Journal of Pain and Symptom Management**, [S. l.], v. 63, n. 1, 2022, p. 112-123.

GARCÍA-BAQUERO, M. T. **Palliative care: taking the long view**. **Front Pharmacol**, [S. l.], v. 9, 2018, pp. 11-40.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2019 CANCER COLLABORATION *et. al.* **Global, regional and national cancer incidence. Mortality, years of life lost, years lived with disability and disability-adjusted life-years. Disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017: a systematic analysis for the global burden of disease study**. **JAMA Oncology**, [S. l.], n. 12, 2019, p. 1749-1768.

GOMES, S. F. *et al.* Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de enfrentamento em enfermeiros oncológicos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 21, n. 6, 2013, p. 1282-1289.

GONÇALVES, F.; GAUDÊNCIO, M. **Burnout and quality of life in Portuguese health care professionals working in oncology and palliative care**. **BMC Palliative Care**, [S. l.], v. 22, 2023, p. 155.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Revista Acta Cirúrgica Brasileira**, [S. l.], v. 20, supl. 2, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para controlar o câncer**. 6. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios**. Rio de Janeiro: Inca, 2021a

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados paliativos:** vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV. Segunda edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Inca, 2021b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A avaliação do paciente em cuidados paliativos.** Rio de Janeiro: Inca, 2022a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2022b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Manual de elaboração do trabalho de conclusão de curso:** Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan). Rio de Janeiro: Inca, 2021.

KAUR, A. *et al.* Professional quality of life among professionals care providers at cancer palliative car centers in Bengaluru, India. **Journal of Palliative Care**, Bengaluru, KAR, v. 24, 2018, p. 167-172.

KOIFMAN, L. **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense.** História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, RJ, v. VIII(1), 2001, p. 48-70.

LAGO, K. C. **Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2010.

LAGO, K. C.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos de Psicologia**, Brasília, DF, 2013, p. 213-221.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho – QVT:** conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios.** In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (orgs.). **Manual de cuidados paliativos ANCP.** 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012, p. 23-30.

MELLER, F. O. Qualidade de vida e fatores associados em trabalhadores de uma universidade no sul de Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, n. 28(1), 2020, p. 87-97.

MOCELLIN, D. G. **Redução da jornada de trabalho e qualidade dos empregos:** entre o discurso, a teoria e a realidade. **Revista de Sociologia e Saúde**, [S. l.], v. 19, n. 38, 2011.

MOHER, D. *et al.* **Prisma group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis:** the Prisma statement. **J. Clin Epidemiology**, [S. l.], v. 62, n. 10, 2009, p. 1006-1012.

OLIVEIRA, L. C. *et al.* **Temporal trends and factors associated with the cancer diagnosed at stage IV in patients included in the integrated hospital-based cancer registry system in Brazil in two decades.** [On-line]. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877782122001473?via%3Dihub>. Acesso em dez/2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (Opas); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Câncer.** [On-line]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer#:~:text=Aproximadamente%2070%25%20das%20m%20rtes%20por,uso%20de%20%C3%A1lcool%20e%20tabaco>. Acesso em dez./2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (Opas); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Dia mundial contra o câncer 2023: por cuidados mais justos.** [On-line]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-contra-cancer-2023-por-cuidados-mais-justos>. Acesso em dez./2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (Opas); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **OMS e OIT fazem chamado para novas medidas de enfrentamento das questões de saúde mental no trabalho.** [On-line]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-9-2022-oms-e-oit-fazem-chamado-para-novas-medidas-de-enfrentamento-das-questoes-de-saude#:~:text=O%20bullying%20e%20a%20viol%C3%A1ncia,trabalho%20em%20todo%20o%20mundo>. Acesso em dez./2024.

PAGE, M. J. *et al.* **Prisma 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews.** BMJ, [S. l.], v. 372, n. 160, 2021.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. **Escala de Coping religioso-espiritual (Escala CRE-1): elaboração e validação de construto (2).** Psicologia em Estudo, Maringá, PR, v. 10, n. 3, 2005, p. 507-516.

PEDROSO, B. J. L.; PILATTI, L. A. **Construção e validação do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho.** Revista de Salud Pública [S. l.], v. 16, n. 6, 2015, p. 885-896.

PLAUTO, M. S. B. C. *et al.* Espiritualidade e qualidade de vida em médicos que convivem com a finitude da vida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 46(1), 2022.

QUINTANA, P. B. *et al.* **Educación permanente de personal de salud.** Washington: Organización Pan-Americana e la Salud, 1994.

RODRÍGUEZ, B. *et al.* **Qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres que trabalham na indústria pesqueira medida através do questionário Short-Form 36.** Gac. Sanit, [S. l.], v. 27, n. 5, 2013, p. 418-424.

ROJAS, R. S. *et al.* Riesgos psicosociales percibidos por trabajadores oncológicos asociados a su calidad de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], n. 72(4), p. 854-860.

SAMSOM, T.; SHVARTZMAN, P. **Association between level of exposure to death and dying and professional quality of life among palliative care workers.** Palliative and Supportive Care, [S. l.], v. 16, 2018, p. 442-451.

SANTOS, M. C. *et al.* A estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 3, 2007.

SARDINHA, L. P. *et al.* **Educação permanente, continuada e em serviço:** desvendando seus conceitos. **Enfermagem Global**, [S. l.], n. 29, 2013.

SILVA, L. C. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicología América Latina**, México, MX, n. 16, 2009.

SILVA, F. S. *et al.* **Principais questionários de avaliação de qualidade de vida:** uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 11, n. 14, 2022.

SIQUEIRA, J. E.; PESSINI, L. P. **Aspectos éticos sobre a terminalidade da vida no Brasil.** In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (orgs.). **Manual de cuidados paliativos ANCP.** 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012, p. 411-414.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos Falar de Cuidados Paliativos.** São Paulo: SBGG, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

STAMM, B. H. **The concise ProQol manual.** [On-line]. Disponível em: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf, 2010. Acesso em dez./2024.

STERNE, J. A. C. *et al.* **Robins-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions.** **BMJ**, [S. l.], v. 355, 2016.

STERNE, J. A. C. *et al.* **Rob 2:** a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **BMJ**, [S. l.], v. 28, 2019.

SUBRAMANIAM, G. *et al.* Flexibilidade no local de trabalho, capacitação e qualidade de vida. **Ciências Sociais e Comportamentais**, [S. l.], v. 105, 2013, p. 885-893.

SUNG, H. *et al.* **Global cancer statistics 2020. Globacan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** **A Cancer Journal for Clinicians**, [S. l.], v. 71, n. 3, 2021, pp. 209-249.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para a apresentação de trabalhos: teses, dissertações e trabalhos acadêmicos.** 5. ed. Curitiba: Editora UFPR, 1996.

VICTOR, G. H. G. Cuidados paliativos no mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 62, n. 3, 2016, p. 267-270.

WELLS, G. A. *et al.* **The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing quality of non-randomized studies in meta-analysis 2000.** [On-line]. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp. Acesso em abr./2023.

WOHLIN, C. **Guidelines for snowballing in systematic literature studies and a replication in software engineering.** Sweden: Blekinge Institute of Technology, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes:** policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer prevention.** [On-line]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>. Acesso em abr./2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer control. Knowledge into action: WHO guide for effective programmes.** [On-line]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/cancercontrol/en/>.

ANEXO 1

P
 I

The review has not yet started: Yes

Review stage	Started	Completed
Preliminary searches	No	No
S Piloting of the study selection process	No	No
F Formal screening of search results against eligibility criteria	No	No
F Data extraction	No	No
R Risk of bias (quality) assessment	No	No
T Data analysis	No	No

1 Provide any other relevant information about the stage of the review here.

G

C

6. * Named contact.

2 The named contact is the guarantor for the accuracy of the information in the register record. This may be any member of the review team.

F

ft Alessandra Gomes Simões

C Email salutation (e.g. "Dr Smith" or "Joanne") for correspondence:

Alessandra

3

G

7. * Named contact email.

Give the electronic email address of the named contact.

4

alessandra.servicosocial@gmail.com

G

8. Named contact address

5

Give the full institutional/organisational postal address for the named contact.

T

T Endereço: R. Visc. de Santa Isabel, 274-A - Vila Isabel, Rio de Janeiro - RJ, 20560-121

U

9. Named contact phone number.

Give the telephone number for the named contact, including international dialling code.

+55 21 99920-6959

10. * Organisational affiliation of the review.

Full title of the organisational affiliations for this review and website address if available. This field may be completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.

National Cancer Institute

Organisation web address:

<https://www.gov.br/inca/pt-br>

11. * Review team members and their organisational affiliations.

Give the personal details and the organisational affiliations of each member of the review team. Affiliation refers to groups or organisations to which review team members belong. **NOTE: email and country now MUST be entered for each person, unless you are amending a published record.**

Professor Livia Oliveira. National Cancer Institute
 Miss Alessandra Simões. National Cancer Institute

12. * Funding sources/sponsors.

Details of the individuals, organizations, groups, companies or other legal entities who have funded or sponsored the review.

There is not.

The development of this project will not entail a burden for the institution.

For the preparation of the RSL and the event plan, an expense of BRL 200.00 is expected to print related materials, which will be borne by the main researcher. If unforeseen expenses arise, the costs will also be borne by the main researcher.

Grant number(s)

State the funder, grant or award number and the date of award

13. * Conflicts of interest.

List actual or perceived conflicts of interest (financial or academic).

None

14. Collaborators.

Give the name and affiliation of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members. **NOTE: email and country must be completed for each person, unless you are amending a published record.**

15. * Review question.

State the review question(s) clearly and precisely. It may be appropriate to break very broad questions down into a series of related more specific questions. Questions may be framed or refined using PI(E)COS or similar where relevant.

As a strategy, the PICO tool will be used, where P= participant, I= exposure, C= comparator and O= result

Participants (P): SUS health professionals

Exposure (I): Performance in palliative care in the context of cancer

Comparator (C): Health professionals not working in this exposure scenario

Outcome (O): Quality of life

16. * Searches.

State the sources that will be searched (e.g. Medline). Give the search dates, and any restrictions (e.g. language or publication date). Do NOT enter the full search strategy (it may be provided as a link or attachment below).

The bibliographic search will start in August 2023, in the electronic databases PubMed/MEDLINE, EMBASE, ~~No Association with time, or language, date of publication, study design or study design (retrospective or prospective). The snowballing method of manual screening for publications of interest in the reference lists of previously selected articles will be used as a second search strategy. All references with an abstract available online will be recorded in a spreadsheet.~~

As inclusion criteria, articles must:

- a) they are publications referring to the original work;
- b) they are studies carried out in humans;

Articles evaluated with low methodological quality will be excluded.

17. URL to search strategy.

Upload a file with your search strategy, or an example of a search strategy for a specific database, (including the keywords) in pdf or word format. In doing so you are consenting to the file being made publicly accessible. Or provide a URL or link to the strategy. Do NOT provide links to your search **results**.

https://www.crd.york.ac.uk/PROSPEROFILES/446559_STRATEGY_20230718.pdf

Alternatively, upload your search strategy to CRD in pdf format. Please note that by doing so you are consenting to the file being made publicly accessible.

Do not make this file publicly available until the review is complete

18. * Condition or domain being studied.

Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied in your systematic review.

Health professionals working in palliative care in the context of cancer often deal with patients who mostly present emotional, physical and psychosocial fragility, in the face of a life-threatening clinical situation. This and other factors can affect the quality of life of such professionals, an outcome poorly studied in the scientific community and hardly addressed as something important in the planning of public health policies, as well as in care environments. Thus, the present study discusses the quality of life of health professionals working in palliative care in the context of cancer.

19. * Participants/population.

Specify the participants or populations being studied in the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

~~Health professionals working in palliative care in the context of cancer.~~

- a) they are publications referring to the original work;
- b) they are studies carried out in humans;
- c) whose population involves health professionals working in palliative care in the context of cancer

Articles evaluated with low methodological quality will be excluded.

20. * Intervention(s), exposure(s).

Give full and clear descriptions or definitions of the interventions or the exposures to be reviewed. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

~~Performance in palliative care in the context of cancer~~

21. * Comparator(s)/control.

Where relevant, give details of the alternatives against which the intervention/exposure will be compared (e.g. another intervention or a non-exposed control group). The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

~~Health professionals not working in this exposure scenario~~

22. * Types of study to be included.

Give details of the study designs (e.g. RCT) that are eligible for inclusion in the review. The preferred format includes both inclusion and exclusion criteria. If there are no restrictions on the types of study, this should be stated.

No restrictions will be imposed on language, date of publication, sample size or study design.

23. Context.

Give summary details of the setting or other relevant characteristics, which help define the inclusion or exclusion criteria.

24. * Main outcome(s).

Give the pre-specified main (most important) outcomes of the review, including details of how the outcome is defined and measured and when these measurement are made, if these are part of the review inclusion criteria.

Quality of life of health professionals working in palliative care in the context of cancer.

Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for your main outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat'.

Relative risks, odds ratios, risk difference or regression coefficient.

25. * Additional outcome(s).

List the pre-specified additional outcomes of the review, with a similar level of detail to that required for main outcomes. Where there are no additional outcomes please state 'None' or 'Not applicable' as appropriate to the review

None.

Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for your additional outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat'.

26. * Data extraction (selection and coding).

Describe how studies will be selected for inclusion. State what data will be extracted or obtained. State how this will be done and recorded.

Data extraction will be performed by a researcher using a form specially designed to record the following information: author, year of publication, country, sample size, study design, participant characteristics (gender, age and health status), objectives and main results.

27. * Risk of bias (quality) assessment.

State which characteristics of the studies will be assessed and/or any formal risk of bias/quality assessment tools that will be used.

The methodological quality assessment will be carried out by two reviewers, independently. For observational studies, the Newcastle-Ottawa scale (WELLS et al.,) will be used, which consists of three criteria: selection, comparability and evaluation of results. Studies will be graded as high (7–9 points),

moderate (4–6 points), or low (3 points) quality.

28. * Strategy for data synthesis.

Describe the methods you plan to use to synthesise data. This **must not be generic text** but should be **specific to your review** and describe how the proposed approach will be applied to your data. If meta-analysis is planned, describe the models to be used, methods to explore statistical heterogeneity, and software package to be used.

Data extraction will be performed by a researcher using a form specially designed to record the following information: author, year of publication, country, sample size, study design, participant characteristics (gender, age and health status), objectives and main results.

29. * Analysis of subgroups or subsets.

State any planned investigation of ‘subgroups’. Be clear and specific about which type of study or participant will be included in each group or covariate investigated. State the planned analytic approach.

Planned ‘subgroup’ analysis or investigation of potential effect modifiers in reported in systematic review protocols should include:

The rationale for the investigation (why are differences anticipated, or why is it important to look separately at different types of study or individual)

Clear definitions of which types of study or individual will be included in each group (e.g. study design such as randomised/ non-randomised trial, intervention type such as high dose/low dose drug, setting such as hospital/ home care, participant characteristics such as male/female, stage III/stage IV tumour, 18 years/ ?18 years)

Details of the planned analytic approach (e.g. meta-regression, tests of interaction between groups, logistic regression using individual-level data). Where applicable this should include details of statistical models to be used.

We will a Planned ‘subgroup’ analysis according types of study (e.g. study design such as clinal trial vs observational).

30. * Type and method of review.

Select the type of review, review method and health area from the lists below.

Type of review

Cost effectiveness

No

Diagnostic

No

Epidemiologic

No

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



Individual patient data (IPD) meta-analysis

No

Intervention

No

Living systematic review

No

Meta-analysis

No

Methodology

No

Narrative synthesis

No

Network meta-analysis

No

Pre-clinical

No

Prevention

No

Prognostic

No

Prospective meta-analysis (PMA)

No

Review of reviews

No

Service delivery

No

Synthesis of qualitative studies

No

Systematic review

No

Other

No

Health area of the review

Alcohol/substance misuse/abuse

No

Blood and immune system

No

Cancer

No

Cardiovascular

No

Care of the elderly

No

Child health

No

Complementary therapies

No

COVID-19

No

Crime and justice

No

Dental

No

Digestive system

No

Ear, nose and throat

No

Education

No

Endocrine and metabolic disorders

No

Eye disorders

No

General interest

No

Genetics

No

Health inequalities/health equity

No

Infections and infestations

No

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



International development

No

Mental health and behavioural conditions

No

Musculoskeletal

No

Neurological

No

Nursing

No

Obstetrics and gynaecology

No

Oral health

No

Palliative care

No

Perioperative care

No

Physiotherapy

No

Pregnancy and childbirth

No

Public health (including social determinants of health)

No

Rehabilitation

No

Respiratory disorders

No

Service delivery

No

Skin disorders

No

Social care

No

Surgery

No

Tropical Medicine

No

Urological

No

Wounds, injuries and accidents

No

Violence and abuse

No

31. Language.

Select each language individually to add it to the list below, use the bin icon to remove any added in error.

English

There is not an English language summary

32. * Country.

Select the country in which the review is being carried out. For multi-national collaborations select all the countries involved.

Brazil

33. Other registration details.

Name any other organisation where the systematic review title or protocol is registered (e.g. Campbell, or The Joanna Briggs Institute) together with any unique identification number assigned by them. If extracted data will be stored and made available through a repository such as the Systematic Review Data Repository (SRDR), details and a link should be included here. If none, leave blank.

34. Reference and/or URL for published protocol.

If the protocol for this review is published provide details (authors, title and journal details, preferably in Vancouver format)

Add web link to the published protocol.

Or, upload your published protocol here in pdf format. Note that the upload will be publicly accessible.

No I do not make this file publicly available until the review is complete

Please note that the information required in the PROSPERO registration form must be completed in full even if access to a protocol is given.

35. Dissemination plans.

Do you intend to publish the review on completion?

No

Give brief details of plans for communicating review findings.?

36. Keywords.

Give words or phrases that best describe the review. Separate keywords with a semicolon or new line. Keywords help PROSPERO users find your review (keywords do not appear in the public record but are included in searches). Be as specific and precise as possible. Avoid acronyms and abbreviations unless these are in wide use.

Quality of Life, Health Professional, Assistance, Palliative Care, Cancer.

37. Details of any existing review of the same topic by the same authors.

If you are registering an update of an existing review give details of the earlier versions and include a full bibliographic reference, if available.

38. * Current review status.

Update review status when the review is completed and when it is published. New registrations must be ongoing so this field is not editable for initial submission.

Please provide anticipated publication date

Review_Ongoing

39. Any additional information.

Provide any other information relevant to the registration of this review.

40. Details of final report/publication(s) or preprints if available.

Leave empty until publication details are available OR you have a link to a preprint (NOTE: this field is not editable for initial submission). List authors, title and journal details preferably in Vancouver format.

Give the link to the published review or preprint.

[Register your review now](#)[Edit your details](#)

You have 2 records

Records that are being assessed

These records have been submitted for publication and are being assessed by the editorial team. You cannot make changes to these records while they are going through the editorial process.

ID	Title	Status	Last edited
561095	Quality Of Life Of Healthcare Professionals Working In Palliative Care In The Cancer Context: A Systematic Literature Review	Not yet registered	22/06/2024