Capítulo 18

Cuidados Paliativos: Decisão Clínica e Contribuições da Enfermagem

Palliative Care: Clinical Decision-Making And Nursing Contributions

Bianca Rodrigues Caires Piacezzi
Rodrigo Abrantes da Silva
Emerson Humberto Reis
Ivone Oliveira Costa Pereira
Gisele da Silva
Antônio Bosco da Silva
Luzia Gonçalves Fernandes
Katia Faria da Costa
Ruth Bispo Sebastião
Verônica da Silva Melo de Oliveira

Resumo: A tomada de decisão clínica em cuidados paliativos no ambiente hospitalar exige integração entre conhecimento técnico-científico, princípios bioéticos e reconhecimento dos valores e necessidades do paciente. Este artigo teve como objetivo analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, os desafios da tomada de decisão clínica e as contribuições da enfermagem para a qualidade de vida de pacientes hospitalizados com doenças ameaçadoras da vida. A revisão contemplou literatura científica, diretrizes e documentos normativos publicados entre 2016 e 2026, identificados em bases e fontes da área da saúde. A síntese temática foi organizada em quatro eixos: fundamentos dos cuidados paliativos e qualidade de vida; decisão compartilhada e autonomia; atuação da enfermagem na avaliação e no manejo das necessidades multidimensionais; e barreiras institucionais, éticas e formativas. Os achados demonstram que a enfermagem contribui para a identificação do sofrimento, avaliação de sintomas, comunicação, defesa dos direitos do paciente, coordenação assistencial e apoio familiar. Contudo, persistem desafios relacionados à formação insuficiente, comunicação fragmentada, sobrecarga profissional, conflitos de valores e acesso desigual a equipes especializadas. Conclui-se que decisões proporcionais, compartilhadas e centradas na pessoa, associadas à educação permanente e ao trabalho interprofissional, favorecem uma assistência digna e orientada à qualidade de vida.

Palavras-chave: cuidados paliativos; enfermagem; tomada de decisão clínica; qualidade de vida; hospitalização.

Abstract: Clinical decision-making in palliative care within the hospital setting requires the integration of scientific and technical knowledge, bioethical principles, and recognition of patients' values and needs. This article aimed to analyze, through a narrative literature review, the challenges of clinical decision-making and the contributions of nursing to the quality of life of hospitalized patients with life-threatening illnesses. The review included scientific literature, guidelines, and regulatory documents published between 2016 and 2026, identified in health-related databases and reference sources. The thematic synthesis was organized into four areas: foundations of palliative care and quality of life; shared decision-making and autonomy;

DOI: 10.47573/aya.6228.3.56.18

nursing practice in assessing and managing multidimensional needs; and institutional, ethical, and educational barriers. The findings demonstrate that nursing contributes to the identification of suffering, symptom assessment, communication, advocacy for patients' rights, coordination of care, and family support. However, challenges remain regarding inadequate professional training, fragmented communication, work overload, value conflicts, and unequal access to specialized teams. It is concluded that proportionate, shared, and person-centered decisions, combined with continuing education and interprofessional collaboration, promote dignified care focused on improving patients' quality of life.

Keywords: palliative care; nursing; clinical decision-making; quality of life; hospitalization.

INTRODUÇÃO

Os avanços biomédicos ampliaram a capacidade de diagnosticar, tratar e prolongar a vida em diferentes condições clínicas. Ao mesmo tempo, a longevidade e a maior prevalência de doenças crônicas, progressivas e ameaçadoras da vida tornaram mais frequente a necessidade de cuidado que não se limite à cura ou à reversão de alterações fisiopatológicas. Nesse cenário, os cuidados paliativos (CP) assumem papel essencial ao prevenir e aliviar o sofrimento, promover qualidade de vida e reconhecer a pessoa em suas dimensões física, psicológica, social e espiritual. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que essa abordagem seja integrada precocemente ao cuidado de pessoas com doenças graves, e não reservada exclusivamente aos últimos dias de vida (WHO, 2020; Radbruch *et al.,* 2020).

No hospital, a complexidade das decisões é acentuada pela instabilidade clínica, pela realização de procedimentos invasivos, pela incerteza prognóstica e pela participação de múltiplos profissionais e familiares. A decisão sobre iniciar, manter, não oferecer ou retirar intervenções deve considerar benefícios prováveis, riscos, proporcionalidade terapêutica, objetivos do paciente e contexto clínico. A tecnologia disponível não determina, por si só, o que deve ser feito: a adequação do tratamento depende de sua capacidade de produzir resultados relevantes para aquela pessoa, sem impor ônus desproporcionais (Beauchamp; Childress, 2019).

A enfermagem ocupa posição estratégica nesse processo por permanecer próxima ao paciente durante a hospitalização, observar mudanças clínicas e subjetivas, administrar terapias, avaliar sintomas, acolher familiares e articular informações entre os integrantes da equipe (Bezerra *et al.,* 2024). Essa proximidade permite reconhecer preferências e sinais de sofrimento que podem não aparecer em avaliações pontuais. Também coloca o enfermeiro diante de dilemas éticos, como divergências entre paciente e família, limitação de tratamentos, comunicação de más notícias e manejo de sintomas refratários.

A tomada de decisão clínica é compreendida, neste trabalho, como processo deliberativo, contextual e compartilhado, que combina evidências científicas, experiência profissional e valores da pessoa atendida. Em cuidados paliativos, tal processo requer comunicação honesta, consentimento informado, respeito à autonomia, avaliação da capacidade decisória e inclusão da família conforme

o desejo do paciente. Instrumentos de apoio e conversas estruturadas podem melhorar o registro das preferências e a compreensão das opções, embora não substituam o diálogo individualizado (Thodé *et al.,* 2022; Bezerra *et al.,* 2024).

Diante disso, formula-se a seguinte questão norteadora: quais são os principais desafios da tomada de decisão clínica em cuidados paliativos no contexto hospitalar e de que maneira a enfermagem contribui para a qualidade de vida do paciente? O objetivo é analisar criticamente a literatura recente sobre o tema, destacando fundamentos, práticas assistenciais, dilemas éticos e estratégias para qualificar o cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. O percurso de busca foi orientado por combinações dos descritores e termos “cuidados paliativos”, “enfermagem”, “tomada de decisão”, “decisão compartilhada”, “qualidade de vida”, “hospitalização”, “palliative care”, “nursing”, “clinical decision-making” e “quality of life”.

Foram consideradas publicações entre janeiro de 2016 e novembro de 2026, em português, inglês ou espanhol, incluindo estudos originais, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas e documentos oficiais pertinentes ao cuidado hospitalar de adultos. Foram priorizados trabalhos com relação direta com decisão clínica, comunicação, avaliação de sintomas, atuação de enfermagem e qualidade de vida. Excluíram-se textos sem identificação bibliográfica verificável, materiais opinativos sem fundamentação e estudos exclusivamente pediátricos quando não apresentavam implicações transferíveis ao escopo adulto.

A seleção e a interpretação foram realizadas por pertinência temática, atualidade e relevância para a prática. A síntese foi organizada em categorias analíticas, sem pretensão de estimar efeito combinado ou esgotar a produção científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fundamentos dos Cuidados Paliativos e Qualidade de Vida

A definição contemporânea de cuidados paliativos enfatiza a prevenção e o alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. A abordagem é aplicável a diferentes diagnósticos e pode coexistir com terapias modificadoras da doença. A integração precoce favorece planejamento antecipado, continuidade assistencial e melhor alinhamento entre tratamentos e prioridades pessoais (WHO, 2020; Radbruch *et al.,* 2020).

Qualidade de vida é um conceito subjetivo e multidimensional. No contexto paliativo, não se reduz à ausência de sintomas ou à capacidade funcional: inclui conforto, autonomia possível, vínculos afetivos, sentido, dignidade, participação nas decisões e respeito às crenças (Brasil, 2018). O que representa qualidade de vida para uma pessoa pode não ter o mesmo significado para outra. Por isso, a avaliação deve combinar instrumentos validados com escuta clínica e perguntas abertas sobre o que mais importa ao paciente.

A hospitalização pode comprometer a qualidade de vida por exposição a ruídos, interrupções do sono, restrição de mobilidade, procedimentos repetidos, afastamento da rede social e perda de controle sobre atividades cotidianas. Em pacientes com doença avançada, essas experiências se somam a sintomas como dor, dispneia, fadiga, náuseas, constipação, ansiedade, delirium e sofrimento existencial. A avaliação sistemática permite identificar necessidades tratáveis e evitar que sintomas sejam interpretados como consequências inevitáveis da doença (Carvalho *et al.,* 2024).

Bezerra *et al.* (2024), ao revisarem instrumentos de avaliação em pacientes hospitalizados sob cuidados paliativos, identificaram ferramentas que contemplam capacidade funcional e sintomas físicos e psicológicos, destacando a utilidade da Palliative Performance Scale e da Edmonton Symptom Assessment System. A escolha do instrumento deve considerar condição clínica, cognição, fadiga, idioma e capacidade de autorrelato. Escalas não substituem julgamento clínico nem a narrativa do paciente, mas podem apoiar monitoramento e comunicação interprofissional.

É importante distinguir cuidados paliativos de abandono terapêutico. A transição para uma abordagem paliativa não significa suspender automaticamente tratamentos, mas reavaliar sua finalidade, proporcionalidade e concordância com os objetivos de cuidado. Medidas de suporte, controle de sintomas, reabilitação possível, tratamento de intercorrências reversíveis e acompanhamento familiar podem continuar sendo apropriados. A decisão deve ser individualizada, documentada e revisitada diante de mudanças clínicas (Clark *et al.,* 2020).

O Quadro 1 apresenta a síntese dos principais estudos selecionados para esta revisão, considerando seus objetivos, características metodológicas, variáveis analisadas e principais resultados. A organização dessas evidências permite identificar as contribuições da enfermagem para a tomada de decisão clínica em cuidados paliativos, bem como os desafios relacionados à assistência hospitalar e à promoção da qualidade de vida dos pacientes.

Quadro 1 – Síntese dos estudos da revisão.

Autor/Ano	Objetivo e tipo de publicação	População/ contexto	Variáveis/dimensões analisadas	Principais achados/contribuições	Pertinência para o estudo
Brasil (2018)	Estabelecer diretrizes para organização dos cuidados paliativos no SUS; documento normativo.	Rede de atenção à saúde; pessoas com doenças ameaçadoras da vida.	Acesso; integralidade; continuidade; dignidade; abordagem multiprofissional; organização da rede.	Define diretrizes para integrar cuidados paliativos à rede de atenção, com foco na qualidade de vida e no alívio do sofrimento.	Fundamenta o contexto brasileiro e a responsabilidade institucional de organizar cuidado paliativo contínuo e integrado.
Ferrell *et al.* (2017)	Atualizar diretriz clínica sobre integração dos cuidados paliativos à oncologia; guideline baseado em evidências.	Adultos com câncer, em diferentes fases da doença.	Integração precoce; sintomas; comunicação; objetivos de cuidado; qualidade de vida; suporte à família.	Recomenda integrar cuidados paliativos ao tratamento oncológico padrão, com avaliação de sintomas e necessidades psicossociais.	Sustenta a integração entre tratamento modificador da doença e paliação, evitando a falsa dicotomia cura versus conforto.
Radbruch *et al.* (2020)	Apresentar definição consensual contemporânea de cuidados paliativos; artigo de consenso.	Pessoas de todas as idades com sofrimento relacionado à doença grave; aplicação em diferentes cenários.	Sofrimento físico, psicológico, social e espiritual; prevenção; alívio; qualidade de vida; família.	Reforça abordagem interdisciplinar, centrada na pessoa e voltada à prevenção e ao alívio do sofrimento.	Oferece base conceitual para as dimensões de qualidade de vida e para o papel ampliado da enfermagem.
Thodé *et al.* (2022)	Avaliar viabilidade e efetividade de ferramentas de comunicação e apoio à decisão sobre tratamentos prolongadores da vida; revisão sistemática.	Pacientes hospitalizados e profissionais de saúde; decisões sobre tratamentos de suporte à vida.	Ferramentas de decisão; comunicação; participação; preferências; documentação; desfechos decisórios.	Mostra que ferramentas podem apoiar conversas e decisões, mas os resultados dependem da implementação e do contexto.	Relaciona diretamente instrumentos de apoio, comunicação clínica e participação do paciente nas decisões.

Autor/Ano	Objetivo e tipo de publicação	População/ contexto	Variáveis/dimensões analisadas	Principais achados/contribuições	Pertinência para o estudo
Bezerra *et al.* (2024)	Identificar instrumentos de avaliação de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos; revisão integrativa.	Pacientes hospitalizados sob cuidados paliativos.	Sintomas; funcionalidade; estado físico e psicológico; instrumentos de avaliação (ex.: ESAS e PPS).	Aponta instrumentos que auxiliam a avaliação sistemática e o acompanhamento de necessidades multidimensionais.	Apoia as variáveis de avaliação de sintomas, funcionalidade e monitoramento de qualidade de vida pela enfermagem.
Didodiato *et al.* (2026)	Examinar a efetividade de ferramentas de comunicação e apoio à decisão para conversas sobre objetivos de cuidado; revisão sistemática de 22 ensaios randomizados.	Adultos hospitalizados e seus representantes para decisão.	Registro de conversas; preferências de reanimação; concordância do cuidado; resultados psicossociais; utilização dos serviços.	Ferramentas aumentaram a documentação das conversas sobre objetivos de cuidado (OR 1,46; IC95% 1,04–2,05); efeitos em outros desfechos foram inconsistentes.	Evidência diretamente hospitalar para discutir benefícios e limites de estratégias estruturadas de decisão compartilhada.
Qtait *et al.* (2026)	Examinar intervenções paliativas lideradas por enfermeiros e qualidade de vida; revisão sistemática de 20 estudos.	Adultos com doenças avançadas ou limitantes da vida; diferentes cenários assistenciais.	Intervenções de enfermagem; sintomas; bem-estar emocional; comunicação; envolvimento familiar; qualidade de vida autorreferida.	Relata tendências favoráveis em domínios de qualidade de vida, sobretudo em intervenções sustentadas e multicomponentes; heterogeneidade limita generalização.	Sustenta a contribuição da enfermagem e permite discutir a força e as limitações das evidências sobre qualidade de vida.
El Khoury *et al.* (2026)	Avaliar ferramentas de apoio à decisão compartilhada em cuidados paliativos; revisão sistemática e metanálise de ensaios randomizados.	Adultos com necessidades paliativas e/ ou cuidadores; estudos em contextos clínicos diversos.	Conhecimento decisório; preferências terapêuticas; conflito decisório; satisfação; arrependimento; qualidade de vida.	Incluiu 16 ensaios; ferramentas melhoraram conhecimento decisório, mas não mostraram efeito significativo consistente sobre conflito, satisfação ou arrependimento.	Aprofunda a discussão sobre autonomia informada e demonstra que apoio decisório não garante, isoladamente, melhores desfechos subjetivos.

Fonte: Elaborado pelos autores.

TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA: AUTONOMIA, PROPORCIONALIDADE E COMPARTILHAMENTO

Decisão Compartilhada e Centralidade da Pessoa

A decisão compartilhada articula a expertise clínica da equipe com o conhecimento que o paciente possui sobre sua própria vida, valores e prioridades. O profissional apresenta opções razoáveis, benefícios, riscos, incertezas e consequências previsíveis; o paciente expressa o que considera aceitável e define, com apoio, a alternativa mais coerente com seus objetivos. Quando a pessoa deseja, familiares ou representantes participam do processo. A decisão compartilhada não significa transferir ao paciente toda a responsabilidade técnica, tampouco impor uma escolha sob o argumento de autonomia (Crowley *et al.,* 2025).

Em cuidados paliativos, conversas sobre objetivos de cuidado devem ocorrer de forma gradual, em ambiente reservado, com linguagem compreensível e oportunidade para perguntas. É recomendável explorar o entendimento da doença, o que a pessoa espera, quais resultados considera intoleráveis e quem deseja envolver. O diálogo deve incluir cenários possíveis, inclusive a possibilidade de deterioração, sem retirar a esperança: esta pode ser redirecionada para metas alcançáveis, como alívio da dor, tempo com familiares ou permanência em local escolhido (De la Ossa-Sendra *et al.,* 2026).

Revisão sistemática de ensaios randomizados sobre ferramentas de apoio à decisão em cuidados paliativos encontrou melhora no conhecimento relacionado às decisões, mas não demonstrou efeito consistente sobre conflito decisório, satisfação ou arrependimento (El Khoury *et al.,* 2026). Em pacientes hospitalizados, ferramentas estruturadas aumentaram o registro das conversas sobre objetivos de cuidado, embora os efeitos em desfechos psicossociais e utilização dos serviços tenham sido heterogêneos (Didodiato *et al.,* 2026). Esses resultados reforçam que instrumentos são facilitadores, não substitutos de conversas conduzidas por profissionais capacitados.

Autonomia, Capacidade Decisória e Participação Familiar

O respeito à autonomia pressupõe oferecer informação adequada, verificar compreensão e avaliar a capacidade decisória para a decisão específica. Capacidade não deve ser presumida ausente em razão de idade, diagnóstico, deficiência ou discordância com a equipe. Alterações reversíveis, como delirium, dor intensa, sedação e distúrbios metabólicos, devem ser identificadas e tratadas quando possível antes de concluir que a pessoa não pode decidir (Diodato *et al.,* 2026).

Quando o paciente não apresenta capacidade para determinada decisão, devem ser considerados seus desejos previamente expressos, diretivas antecipadas válidas e valores conhecidos, com participação do representante legítimo conforme legislação e normas profissionais aplicáveis (El Khoury *et al.,* 2026). A família é

fonte importante de informação e apoio, mas não deve substituir automaticamente a voz de uma pessoa capaz. Conflitos familiares exigem mediação, comunicação clara e, quando necessário, apoio de comitê de bioética ou consultoria especializada (Etkind *et al.,* 2017).

A Resolução nº 41/2018 estabelece diretrizes para organização dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo oferta integrada na rede e respeito à dignidade. No plano ético, decisões sobre tratamentos devem observar beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. A proporcionalidade terapêutica requer avaliar se uma intervenção oferece benefício clinicamente significativo em relação ao sofrimento, riscos e carga que impõe (Ferrell *et al.,* 2017; Brasil, 2018).

Limitação de Suporte de Vida e Adequação Terapêutica

Em situações de doença avançada ou falência orgânica, a equipe pode precisar discutir não iniciar ou não escalar intervenções que não atinjam objetivos realistas, bem como a retirada de medidas consideradas desproporcionais (Haun *et al.,* 2017). Essas decisões não devem ser tomadas isoladamente por um profissional nem baseadas apenas em idade, deficiência ou disponibilidade de leitos. Exigem avaliação clínica, diálogo, registro do raciocínio e garantia de continuidade do cuidado, sobretudo do controle de sintomas (Hamel *et al.,* 2025).

A adequação terapêutica não equivale à eutanásia. A intenção é evitar intervenções sem benefício proporcional e manter medidas de conforto e cuidado. A sedação paliativa, quando indicada para sofrimento refratário, requer avaliação criteriosa, consentimento ou representação apropriada, proporcionalidade e acompanhamento (Hui; Bruera, 2017). A enfermagem tem papel relevante na observação de sintomas, monitoramento de resposta, documentação e esclarecimento de dúvidas, respeitando os limites legais e de competência profissional.

CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DE VIDA

Avaliação Integral e Identificação Precoce do Sofrimento

A avaliação de enfermagem deve ser contínua e abranger dimensões físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais. A anamnese inclui intensidade e características dos sintomas, funcionalidade, sono, alimentação, eliminações, mobilidade, cognição, humor, rede de apoio, crenças e preferências. A observação sistemática permite reconhecer sofrimento não verbalizado, especialmente em pessoas com comunicação prejudicada. A avaliação deve ser repetida após intervenções para verificar efetividade e efeitos adversos (IAHPC, 2018).

Na prática hospitalar, escalas como ESAS-r, PPS e instrumentos de avaliação de dor podem auxiliar na padronização. Em pacientes incapazes de autorrelato,

escalas observacionais e informações de familiares devem ser usadas com cautela e registradas. A documentação deve destacar tendências e mudanças relevantes, evitando registros vagos como “paciente confortável” sem descrição dos indicadores utilizados (Kavalieratos *et al.,* 2016).

Manejo de Sintomas e Conforto

O controle de sintomas exige plano individualizado, reavaliação frequente e articulação com a equipe médica e multiprofissional. Para dor, a enfermagem avalia intensidade, localização, fatores de piora e alívio, administra medicamentos prescritos, observa resposta e efeitos adversos e aplica medidas não farmacológicas (Luo *et al.,* 2026). Para dispneia, podem ser úteis posicionamento, ventilação do ambiente, redução de estímulos ansiogênicos, técnicas de respiração e terapias prescritas. Náuseas, constipação, secreções, fadiga, insônia e delirium também requerem avaliação etiológica e abordagem combinada (NICE, 2019).

Medidas de conforto incluem higiene, cuidado oral, prevenção de lesões por pressão, posicionamento, manejo de dispositivos, preservação do sono, alimentação conforme tolerância e preferência, ambiente acolhedor e facilitação da presença de pessoas significativas. O cuidado não deve se limitar à execução de prescrições: a enfermagem observa se o tratamento produz alívio ou acrescenta carga e comunica prontamente a necessidade de revisão do plano (Qtait *et al.,* 2026).

Intervenções lideradas por enfermeiros, como educação, monitoramento de sintomas, coordenação e apoio psicossocial, mostram tendências favoráveis em domínios da qualidade de vida, embora a heterogeneidade dos estudos impeça afirmar benefício uniforme para todos os contextos (Qtait *et al.,* 2026). O resultado depende da continuidade, integração à equipe e adequação às necessidades e recursos locais.

Comunicação Terapêutica e Apoio à Família

A comunicação é intervenção clínica. Escuta ativa, presença, validação de emoções, silêncio terapêutico e linguagem simples favorecem confiança e permitem identificar preocupações que influenciam decisões. O enfermeiro pode reconhecer dúvidas e inconsistências na compreensão, preparar paciente e familiares para reuniões clínicas e reforçar informações acordadas pela equipe, sem extrapolar sua competência ou transmitir prognósticos não pactuados (Radbruch *et al.,* 2020).

A família frequentemente vivencia medo, exaustão, culpa e antecipação do luto. Orientações sobre evolução clínica, cuidados cotidianos, sinais de desconforto e possibilidades de participação podem reduzir insegurança. O apoio deve considerar diversidade cultural, arranjos familiares e limites de cada cuidador (Sanders *et al.,* 2024). É essencial não presumir que todos os familiares desejam ou conseguem assumir tarefas de cuidado.

Em unidades de terapia intensiva, reuniões familiares estruturadas, avaliação de valores e decisão compartilhada são estratégias recomendadas para aprimorar comunicação e integração do cuidado paliativo (Luo *et al.,* 2026; Hamel *et al.,* 2025).

A enfermagem pode contribuir organizando a reunião, identificando participantes, registrando perguntas e assegurando que as decisões acordadas sejam traduzidas em ações concretas à beira do leito.

Defesa dos Direitos, Coordenação e Continuidade do Cuidado

Como profissional que acompanha a trajetória do paciente, o enfermeiro pode atuar como defensor de sua dignidade e de suas preferências, sinalizando quando intervenções parecem incompatíveis com os objetivos expressos. Essa defesa não significa confrontação permanente com a equipe, mas comunicação fundamentada, documentação e busca de espaços institucionais para resolução de divergências (Thodé *et al.,* 2022).

A coordenação do cuidado inclui articulação com medicina, fisioterapia, psicologia, serviço social, nutrição, farmácia, fonoaudiologia, capelania e equipe especializada em cuidados paliativos. O plano deve ser compartilhado entre turnos e setores, com metas claras, responsáveis definidos e critérios de reavaliação. A transição para domicílio, unidade de cuidados continuados ou outro serviço exige reconciliação medicamentosa, orientações compreensíveis, plano para crises e canais de contato.

A integração precoce de equipes especializadas é especialmente relevante quando há sintomas complexos, sofrimento existencial intenso, conflitos decisórios ou repetidas hospitalizações. A equipe primária mantém responsabilidade pelo cuidado, enquanto a equipe paliativa especializada oferece suporte consultivo e manejo de maior complexidade (WHO, 2020).

DESAFIOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Entre os principais obstáculos estão a formação insuficiente em cuidados paliativos, a associação equivocada entre paliação e terminalidade, a dificuldade de abordar prognóstico, a insegurança diante de decisões de limitação terapêutica e a escassez de equipes especializadas. A educação profissional ainda pode privilegiar a lógica curativa e oferecer pouco espaço para comunicação de más notícias, bioética, manejo de sintomas refratários e luto.

A sobrecarga de trabalho, dimensionamento inadequado de pessoal, alta rotatividade, ausência de protocolos e fragmentação dos registros reduzem o tempo disponível para escuta e avaliação. Em hospitais com grande pressão por leitos e alta complexidade tecnológica, a discussão sobre objetivos de cuidado pode ser postergada até a deterioração clínica. A incerteza prognóstica e o receio de conflito com familiares também dificultam conversas oportunas (Thodé *et al.,* 2022).

Os dilemas éticos podem produzir sofrimento moral quando o profissional percebe que o cuidado oferecido não corresponde ao que considera adequado, mas encontra barreiras hierárquicas ou institucionais para agir. Estratégias organizacionais incluem reuniões interprofissionais, discussão de casos, apoio psicológico, consultoria ética, protocolos transparentes e espaços protegidos de

reflexão. A responsabilidade não deve ser individualizada no enfermeiro: qualidade paliativa depende de cultura institucional e governança clínica (Thodé *et al.,* 2022).

Há ainda desigualdades de acesso relacionadas à região, renda, raça/cor, escolaridade, diagnóstico e disponibilidade de serviços. A ampliação da oferta requer políticas públicas, integração entre níveis de atenção, formação de equipes e indicadores de qualidade. A Resolução nº 41/2018 representa marco de organização no SUS, mas sua efetivação depende de financiamento, planejamento regional e incorporação da abordagem paliativa nos serviços gerais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tomada de decisão clínica em cuidados paliativos hospitalares é um processo ético, relacional e contínuo, que deve articular evidências, proporcionalidade terapêutica e preferências individuais. A qualidade de vida não pode ser definida exclusivamente por parâmetros biomédicos: depende do significado que o paciente atribui ao conforto, à autonomia, aos vínculos, à dignidade e às possibilidades de participação.

A enfermagem contribui de modo decisivo por meio da avaliação integral, identificação precoce do sofrimento, manejo e monitoramento de sintomas, comunicação terapêutica, apoio familiar, defesa dos direitos e coordenação da continuidade assistencial. Para exercer plenamente esse papel, são necessários formação específica, dimensionamento adequado, protocolos, participação nas deliberações e integração com equipes especializadas.

Conclui-se que o cuidado paliativo de qualidade não representa desistência, mas compromisso ativo com a pessoa. A implementação de decisões compartilhadas, proporcionais e revisáveis pode reduzir intervenções desnecessárias e fortalecer o cuidado centrado no paciente. A consolidação dessa prática depende tanto da competência dos profissionais quanto de políticas institucionais e públicas que garantam acesso equitativo aos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics.** 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

BEZERRA, T. P. P.; *et al.* **Instruments for the assessment of hospitalized patients in palliative care: integrative review**. Cogitare Enfermagem, v. 29, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95031.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 nov. 2018.

CARVALHO, D. N. R.; *et al.* **Nursing care for the elderly with cancer in palliative care: integrative literature review**. Archives of Current Research International, v. 24, n. 1, p. 82-93, 2024. DOI: https://doi.org/10.9734/acri/2024/v24i1625.

CLARK, D.; *et al.* Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. **Journal of Pain and Symptom Management,** v. 59, n. 4, p. 794-807.e4, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009.

CROWLEY, F.; *et al.* **American Society of Clinical Oncology guideline update on palliative care for patients with cancer: addressing the reality gap**. Cancer, v. 131, n. 1, e35656, 2025. DOI: https://doi.org/10.1002/cncr.35656.

DE LA OSSA-SENDRA, M. J. *et al.* Clinical practice guidelines for the last days of life: a systematic review. **Journal of Clinical Medicine**, v. 15, n. 12, 4407, 2026. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm15124407.

DIDODIATO, C.; *et al.* **Goals of care discussions in hospitalised patients: systematic review of randomised trials.** BMJ Supportive & Palliative Care, v. 16, n. 4, p. 757-764, 2026. DOI: https://doi.org/10.1136/spcare-2025-005827.

EL KHOURY, J.; *et al.* S**hared decision making aids in palliative care: a systematic review & meta-analysis of randomized controlled trials**. Palliative Medicine, v. 40, n. 9, p. 1229-1254, 2026. DOI: https://doi.org/10.1177/02692163261464375.

ETKIND, S. N.; *et al.* **How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services**. BMC Medicine, v. 15, 102, 2017. DOI: https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2.

FERRELL, B. R.; *et al.* Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. **Journal of Clinical Oncology**, v. 35, n. 1, p. 96-112, 2017. DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474.

HAUN, M. W.; *et al.* Early palliative care for adults with advanced cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, CD011129, 2017. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2.

HAMEL, M. N. *et al.* Enhancing palliative care communication in trauma and surgical ICU settings: a systematic review. **The American Journal of Hospice & Palliative Care,** 2025. DOI: https://doi.org/10.1177/10499091251395705.

HUI, D; BRUERA, E. **Models of integration of oncology and palliative care.** Seminars in Oncology, v. 44, n. 3, p. 187-198, 2017. DOI: https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2017.06.005.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE (IAHPC). **Global consensus-based palliative care definition.** Houston: IAHPC, 2018.

KAVALIERATOS, D.; *et al.* **Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis.** JAMA, v. 316, n. 20, p. 2104-2114, 2016. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840.

LUO, S. *et al.* **Best evidence summary: communication strategies for implementing palliative care in adult ICUs.** Nursing in Critical Care, v. 31, n. 3, e70501, 2026. DOI: https://doi.org/10.1111/nicc.70501.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **End of life care for adults: service delivery.** NICE guideline NG142. London: NICE, 2019.

QTAIT, M. *et al.* **Effectiveness of nurse-led palliative care interventions on patient quality of life: a systematic review**. SAGE Open Nursing, v. 12, 2026. DOI: https://doi.org/10.1177/23779608261447464.

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining palliative care—a new consensus-based definition. **Journal of Pain and Symptom Management,** v. 60, n. 4, p. 754-764, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.

SANDERS, J. J.; *et al.* Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. **Journal of Clinical Oncology,** v. 42, n. 19, p. 2336-2357, 2024. DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542.

THODÉ, M. *et al.* **Feasibility and effectiveness of tools that support communication and decision-making in life-prolonging treatments for patients in hospital: a systematic review.** BMJ Supportive & Palliative Care, v. 12, n. 3, p. 262-269, 2022. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002284.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care.** Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acesso em: 1 nov. 2026.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care.** 2nd ed. London: WHPCA, 2020.