



Cuidados Paliativos em Instituições de Longa Permanência para Idosos: Síntese da Prática de Enfermagem

Adenauer Alves da Silva¹, Aparecido Amorim Bento¹, Júlia Lopes Soares¹, Emanuely Honorato dos Santos², Edcarlos José Gonzalez de Souza³, José Paulo da Silva Ferreira³, Leiliane Naves Dias Alves⁴, Mariana Medeiros Mota Tessarolo⁵, Ewerton Naves Dias⁶



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p4152-4170>

Artigo recebido em 2 de Agosto e publicado em 2 de Outubro de 2025

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: Em instituições de longa permanência para idosos, a multimorbidade, a fragilidade e o declínio funcional tornam frequente a necessidade de cuidados paliativos e demandam práticas de enfermagem organizadas, éticas e centradas no conforto. **Objetivo:** Analisar, por meio de revisão integrativa, a literatura brasileira sobre a assistência de enfermagem em cuidados paliativos para idosos institucionalizados, sintetizando práticas, competências e arranjos organizacionais. **Método:** Revisão integrativa realizada em bases nacionais, com inclusão de estudos originais brasileiros, leitura na íntegra e síntese temática dos achados. **Resultados:** Cinco eixos sintetizam a evidência. (1) Elegibilidade e avaliação inicial: uso de instrumentos de triagem, avaliação clínica e funcional ampliada e escuta da família para acionar o plano de cuidado e definir metas. (2) Manejo de sintomas e conforto: controle de dor, dispneia e delírio, prevenção de lesões e intervenções não farmacológicas com reavaliações registradas. (3) Comunicação terapêutica e decisão compartilhada com a família: linguagem clara, registro de preferências e proporcionalidade de intervenções, incluindo nutrição, hidratação e sedação paliativa quando indicada. (4) Competências e educação permanente da equipe de enfermagem: lacunas de conhecimento exigem capacitações em serviço e supervisão clínica. (5) Organização do cuidado, ética e monitoramento: rotinas multiprofissionais, planos terapêuticos singulares, diretrizes de dignidade e indicadores simples sustentam a qualidade assistencial. **Conclusão:** A enfermagem dispõe de base técnica e ética para operacionalizar cuidados paliativos nas instituições; a prioridade é institucionalizar triagem precoce, conforto planejado, comunicação estruturada, formação contínua e monitoramento com indicadores para garantir cuidado proporcional e digno.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados paliativos. Instituição de longa permanência para idosos.



Palliative Care in Long-Term Care Facilities for Older Adults: A Synthesis of Nursing Practice

ABSTRACT

Introduction: In long-term care institutions for older adults, multimorbidity, frailty, and functional decline make palliative care a frequent need and require nursing practices that are organized, ethical, and comfort-centered. Objective: To analyze, through an integrative review, the Brazilian literature on nursing care in palliative care for institutionalized older adults, synthesizing practices, competencies, and organizational arrangements. Method: Integrative review carried out in national databases, including Brazilian original studies, with full-text reading and thematic synthesis of findings. Results: Five axes synthesize the evidence. (1) Eligibility and initial assessment: use of screening tools, broad clinical and functional assessment, and listening to the family to trigger the care plan and define goals. (2) Symptom management and comfort: control of pain, dyspnea, and delirium, prevention of skin injuries, and non-pharmacological interventions with documented re-evaluations. (3) Therapeutic communication and shared decision-making with the family: clear language, recording of preferences, and proportionality of interventions, including nutrition, hydration, and palliative sedation when indicated. (4) Competencies and continuing education of the nursing team: knowledge gaps demand in-service training and clinical supervision. (5) Organization of care, ethics, and monitoring: multiprofessional routines, individualized therapeutic plans, dignity guidelines, and simple indicators support quality of care. Conclusion: Nursing has the technical and ethical basis to operationalize palliative care in these institutions; priorities are to institutionalize early screening, planned comfort, structured communication, continuous training, and indicator-based monitoring to ensure proportional and dignified care.

Keywords: Nursing. Palliative care. Long-term care institutions for older adults.

Instituição afiliada

1. Acadêmicos de Enfermagem na Universidade de Mogi das Cruzes, São Paulo, Brasil.
2. Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário de Mauá, São Paulo, Brasil.
3. Mestrando e Doutorando do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na Universidade de Guarulhos, São Paulo, Brasil.
4. Especialista em Gestão e Serviços de Saúde, Gerente de Enfermagem no Hospital Memorial Faud Chidid, Rio de Janeiro, Brasil.
5. Mestre em Psicogerontologia pela Faculdade Educatie, Especialista em Gerontologia (Albert Einstein/SP), São Paulo, Brasil.
6. PhD em Psicologia pela Universidade do Porto, Portugal. Docente no Programa de Stricto Sensu em Enfermagem pela Universidade de Guarulhos, São Paulo, Brasil.

Autor correspondente: Ewerton Naves Dias ewertonnaves@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

O Brasil envelhece em ritmo acelerado e desigual, com repercussões diretas sobre a demanda por cuidado continuado. Entre 1960 e 2000, o contingente de pessoas com 60 anos ou mais cresceu de forma exponencial, e projeções demográficas já indicavam, na segunda metade da década de 2010, a aproximação de um patamar inédito de idosos no país, com tendência de ultrapassagem nas décadas seguintes (Grechi, 2017).

Paralelamente, estimativas internacionais sugerem que a proporção de brasileiros nessa faixa etária seguirá em ascensão até o fim do século, cenário que amplia a prevalência de doenças crônico-degenerativas, de fragilidade e de perdas funcionais, elevando custos e complexidade assistencial no cotidiano dos serviços (Bombassaro, 2021). Esse pano de fundo demográfico pressiona famílias, redes de saúde e dispositivos sociais a reorganizarem práticas, recursos e prioridades, sobretudo quando o objetivo deixa de ser a cura e passa a ser o conforto e a dignidade no processo de morrer.

Nesse contexto, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) assumem lugar de destaque como alternativa à sobrecarga familiar, mas apresentam heterogeneidade estrutural e organizacional que repercute na qualidade do cuidado. Há descrições de ILPI com ambientes planejados, rotinas estruturadas e equipes suficientes, coexistindo com cenários de precariedade, múltiplas restrições e equipes reduzidas, o que tensiona a fronteira entre um cuidado que preserva a dignidade e práticas que a mercantilizam ou a padronizam em detrimento da singularidade do residente (Grechi, 2017; Clos, 2016). Em instituições, onde o curso das doenças é marcado por declínio lento e cumulativo, a necessidade de Cuidados Paliativos (CP) torna-se frequente e prolongada, exigindo processos claros, trabalho multiprofissional e decisões proporcionais às metas de cada pessoa.

A enfermagem ocupa posição central nesse arranjo, por coordenar rotinas, monitorar sintomas, executar a maior parte das intervenções e sustentar o vínculo cotidiano com residentes e famílias. Espera-se da equipe competência para reconhecer precocemente dor, dispneia, delirium, sofrimento psíquico e necessidades espirituais, traduzindo achados em planos de cuidado factíveis e revisáveis (Grechi, 2017).



No entanto, estudos brasileiros apontam lacunas relevantes de conhecimento em domínios essenciais dos cuidados paliativos, além de insegurança comunicacional e desgaste emocional diante da finitude, o que pode reduzir o cuidado a procedimentos fragmentados, com pouca atenção à proporcionalidade terapêutica e à dignidade no fim de vida (Faresin, 2009; Alves et al., 2023). Essa combinação de alta demanda, variabilidade estrutural e déficit formativo cria um campo de risco para iatrogenias, conflitos decisórios e sofrimento evitável.

Do ponto de vista das famílias, a literatura evidencia a valorização de medidas não invasivas, de alívio efetivo de sintomas e de presença afetiva durante a fase final da vida, elementos que nem sempre se convertem em rotinas institucionais de comunicação, registro de preferências e tomada de decisão compartilhada (Bombassaro, 2021). Quando a informação é fragmentada ou tardia, multiplicam-se mal-entendidos sobre o propósito dos cuidados paliativos e aumentam as chances de intervenções desproporcionais. Já em instituições com processos organizados, há relatos de maior coerência entre metas e práticas, com impacto positivo na experiência do residente e dos familiares (Clos, 2016). A distância entre expectativas e o que é ofertado aponta para a necessidade de alinhar competências técnicas, éticas e comunicacionais da equipe com diretrizes institucionais e mecanismos simples de monitoramento.

Essas exigências não se resolvem apenas com boa vontade. Estudos em ILPI brasileiras mostram relação direta entre qualidade do cuidado, disponibilidade de recursos e governança clínica, chamando atenção para a urgência de políticas que protejam os mais vulneráveis e para a adoção de referenciais éticos que orientem decisões em contextos de escassez (Clos, 2016). Em paralelo, levantamentos de conhecimentos da equipe sugerem que a educação permanente em serviço, o apoio matricial e a construção de materiais de uso rápido podem reduzir variabilidade entre plantões e fortalecer a autonomia técnica da enfermagem (Alves et al., 2023). Em suma, há um conjunto crescente de experiências e achados que precisam ser integrados de forma crítica para orientar a prática cotidiana.

Diante desse cenário, justifica-se realizar uma revisão integrativa que organize a produção nacional, identifique convergências e divergências, qualifique a consistência



das evidências e aponte lacunas de conhecimento. A ausência de sínteses abrangentes e operacionais dificulta que gestores desenhem protocolos, que serviços definam indicadores e que equipes incorporem rotinas de triagem, manejo de sintomas, comunicação e registro de metas alinhadas à dignidade e à proporcionalidade terapêutica (Grechi, 2017; Bombassaro, 2021). Uma síntese crítica pode ainda subsidiar a formação de profissionais, aproximando o que se ensina do que se pratica e apoiando a construção de fluxos institucionais mais seguros e humanizados (Alves et al., 2023; Faresin, 2009).

Com base nisso, este estudo tem como objetivo analisar a literatura brasileira sobre a assistência de enfermagem a idosos em cuidados paliativos em instituições de longa permanência, organizando as evidências em eixos temáticos que sustentem recomendações para a prática clínica, a educação permanente e a gestão do cuidado. Ao fazê-lo, pretende-se oferecer uma base útil para decisões no cotidiano institucional e para o aprimoramento de políticas e processos que garantam conforto, autonomia e respeito no final da vida, princípios que definem o núcleo ético dos cuidados paliativos e da própria enfermagem (Clos, 2016; Bombassaro, 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, elaborado para reunir e analisar a produção científica sobre a assistência de enfermagem em cuidados paliativos a idosos em instituições de longa permanência (ILPI) no Brasil.

- Desenho do estudo

A revisão integrativa da literatura é um método sistemático que permite reunir e sintetizar, em um único corpo de conhecimento, achados de investigações teóricas e empíricas sobre um fenômeno (Ercole; Melo; Alcoforado, 2014). A opção por essa abordagem decorre da necessidade de mapear, comparar e analisar criticamente as evidências sobre a assistência de enfermagem em cuidados paliativos a idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI), oferecendo subsídios para a prática clínica, o ensino e a formulação de políticas.



- Etapas da revisão

A condução deste estudo seguiu as seis fases propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010), refinadas por Ercole, Melo e Alcoforado (2014): (1) identificação do tema e formulação da questão; (2) definição de critérios; (3) busca/seleção; (4) avaliação crítica; (5) extração/síntese; (6) apresentação dos resultados.

- Questão de pesquisa

Pergunta norteadora: Quais são as evidências científicas disponíveis sobre a assistência de enfermagem em cuidados paliativos prestada a idosos em instituições de longa permanência?

- Critérios de elegibilidade

Inclusão: (a) artigos originais, brasileiros, com texto completo; (b) publicados entre 2009 e 2025; (c) em português ou inglês; (d) que abordem, como foco central, cuidados paliativos prestados por enfermeiros(as) ou equipes de enfermagem a idosos em ILPI.

Exclusão: (a) editoriais, cartas, revisões, dissertações, teses, resumos de congresso; (b) duplicatas; (c) estudos que não tratem do fenômeno; (d) publicações internacionais; (e) registros com apenas resumo disponível.

- Fontes de informação e estratégia de busca

As buscas foram realizadas nas bases Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO, por sua cobertura na área da saúde na América Latina. Empregaram-se descritores controlados (DeCS/MeSH) e palavras-chave combinadas com operadores booleanos: “Cuidados paliativos” OR “Assistência terminal” OR “Processo de morrer” AND “Enfermagem” OR “Assistência de enfermagem em cuidados paliativos” AND “Instituição de Longa Permanência para Idosos” OR “ILPI”. Foram aplicados filtros de período (2009–2025), idioma (pt/en) e Brasil no escopo quando disponível. As referências dos estudos incluídos foram inspecionadas para busca manual de títulos adicionais. Duplicatas foram removidas.



- Seleção dos estudos e avaliação crítica

Dois revisores, de forma independente e cega, realizaram triagem por título e resumo; divergências foram resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor. Textos potencialmente elegíveis foram lidos na íntegra para confirmar pertinência. A avaliação crítica considerou a clareza do objetivo, adequação do método, coerência entre resultados e conclusões, descrição do contexto/participantes e implicações para a prática de enfermagem. Estudos com descrição insuficiente do fenômeno de interesse foram excluídos.

- Extração dos dados e síntese

Foi utilizado um instrumento padronizado para extração: identificação bibliográfica, objetivo, delineamento, cenário/amostra, instrumentos/procedimentos, achados principais, implicações para a prática e lacunas. A síntese ocorreu por análise temática, com codificação dos achados, agrupamento em categorias e integração narrativa crítica, destacando convergências, divergências e consistência das evidências em relação ao objetivo da revisão. A partir dessa síntese foram derivadas cinco temáticas centrais, que estruturam a discussão do estudo.

- Apresentação dos resultados

Os resultados são apresentados em: (a) quadro-resumo com dados bibliográficos essenciais (autoria, título, sigla do periódico e ano), organizado do mais recente ao mais antigo; e (b) discussão ancorada nas cinco temáticas identificadas, articulando os achados com referenciais dos cuidados paliativos em ILPI e apontando lacunas de conhecimento e implicações para a enfermagem em gerontologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final contou com 11 estudos. O quadro 1 a seguir sintetiza os artigos brasileiros que fundamentam a análise sobre assistência de enfermagem em cuidados paliativos para idosos em Instituições de Longa Permanência (ILPI).



Quadro 1 – Caracterização geral dos estudos sobre os cuidados paliativos nas instituições de longa permanência para idosos.

Autoria	Título	Revista	Ano
Rodrigues et al.	Práticas de cuidados paliativos em instituição de longa permanência para idosos	ReBraM	2025
Alcantara et al.	Cuidados paliativos em instituições de longa permanência de idosos: desafio da integralidade	Rev. Stricto Sensu	2024
Alves et al.	O conhecimento de profissionais da saúde sobre cuidados paliativos em instituição de longa permanência para idosos	Revista Foco	2023
Sacioto et al.	Cuidados paliativos na instituição de longa permanência para idosos de belo horizonte: projeto pallium amor	Periódico do arquivo	2023
Bombassaro et al.	Os cuidados paliativos na visão dos familiares de idosos residentes em uma instituição de longa permanência	REAS	2021
Oliveira et al.	Cuidados paliativos: perspectiva de integralidade em instituição de longa permanência para idosos	Rev. Interdiscip. Ciênc. Médicas	2019
Grechi et al.	Assistência de enfermagem destinada a idosos institucionalizados em cuidados paliativos	Rev. Kairós-Gerontologia	2017
Carvalho et al.	O cuidado paliativo a idosos institucionalizados: vivência dos ajudantes de ação direta	RBGG	2016
Clos et al.	Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência	Rev. Bioética	2016
Faresin et al.	Cuidados paliativos e o modo de cuidar: até onde vai o envolvimento?	Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento	2009
Lucchetti et al.	Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência	Geriatrics, Gerontology and Aging	2009

Fonte: os autores.

A partir da análise integrativa dos estudos brasileiros sobre assistência de enfermagem em cuidados paliativos em ILPI, emergiram cinco temáticas centrais, que organizam os achados e orientam a discussão do trabalho. São elas: (1) Elegibilidade e avaliação inicial para cuidados paliativos na ILPI; (2) Manejo de sintomas e conforto conduzido pela enfermagem; (3) Comunicação terapêutica e tomada de decisão com a família; (4) Competências da enfermagem e educação permanente; e (5) Organização do cuidado: ética, dignidade, trabalho multiprofissional e indicadores.

Essas temáticas sintetizam o que a literatura mostra como essencial para transformar evidência em prática cotidiana nas instituições: identificar precocemente quem precisa de CP, planejar e reavaliar intervenções de conforto, comunicar metas de cuidado com clareza, sustentar a formação da equipe e organizar processos com base ética e monitoramento simples. A seguir, cada temática é apresentada e discutida com



base nos 11 artigos selecionados.

- Elegibilidade e avaliação inicial para cuidados paliativos na ILPI

A elegibilidade para cuidados paliativos (CP) em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) precisa ser entendida como um processo contínuo, e não um “carimbo” reservado aos últimos dias de vida. O estudo de Lucchetti et al. (2009), ao aplicar a Palliative Care Screening Tool (PCST) em uma ILPI paulista, mostrou que a maioria dos residentes atingia pontuações compatíveis com CP, sobretudo nos quadros de demência e sequelas cerebrovasculares. Esse achado desloca a discussão: a população de ILPI não é um grupo de “futuros elegíveis”, mas um contingente já elegível e subidentificado, que se beneficia quando a triagem é integrada à rotina assistencial desde a admissão e em reavaliações periódicas.

Do ponto de vista clínico-operacional, a triagem deve acoplar-se ao Processo de Enfermagem como gatilho para um plano de cuidado proporcional. A PCST ajuda a sinalizar complexidade e declínio, mas não substitui a avaliação ampliada que contempla funcionalidade, sintomatologia prevalente, comorbidades e riscos imediatos. As revisões e estudos qualitativos de Grechi; Rebouças; Dedicção (2017) e Oliveira; Tizzoni; Torres (2019) reforçam que a avaliação inicial eficaz é biopsicossocial e espiritual, partindo do conceito de sofrimento total, que a enfermagem capta de maneira privilegiada por estar na linha de frente, 24 horas ao lado do residente.

A dimensão organizacional é decisiva para que a triagem produza cuidado e não apenas “papel”. Em Rodrigues et al. (2025), a presença de visitas transdisciplinares e rotinas de discussão de casos aparece como estrutura que dá consequência à triagem: quem sinaliza, quem reavalia, quando escalar decisões, como registrar metas de cuidado e como comunicar à família. A triagem, sem esses encaixes, corre o risco de virar checklist descolado da decisão clínica e da execução do plano.

Há uma camada formativa que impacta diretamente a elegibilidade dos CP nas ILPI. Alves et al. (2023) identificam lacunas de conhecimento em CP entre profissionais de ILPI, o que pode atrasar a indicação, “medicalizar” sofrimento que pedia conforto e manter intervenções de baixo valor. A triagem, portanto, precisa vir acompanhada de formação clínica (dor, dispneia, delírio, nutrição/hidratação proporcional, prevenção de lesões) e formação conceitual (metas de cuidado, proporcionalidade terapêutica,



diretivas e preferências). Em alguns municípios, experiências de apoio matricial relatadas por Alcantara et al. (2024) mostram que oficinas in loco e pactuações de fluxo tornam a triagem homogênea e sustentável, reduzindo a dependência de “heróis” individuais.

A ética atravessa a decisão de elegibilidade para CP desde o primeiro contato. Clos; Grossi (2016) descrevem precariedade estrutural e pressões comerciais que podem deformar a oferta de conforto e, no limite, postergar a indicação de CP em nome de rotinas ou interesses não clínicos. A bioética de proteção e os princípios de justiça distributiva orientam a priorização do mais vulnerável e a transparência de critérios, reforçados por Carvalho; Martins (2016) quando discutem limites terapêuticos e dignidade em contexto institucional. Dessa perspectiva, decidir “quem é elegível” é também afirmar “o que a instituição considera cuidado digno”.

Além disso, uma triagem eficaz requer também escuta qualificada da família desde o início. Bombassaro et al. (2021) mostram que, quando a família compreende CP como cuidado ativo orientado à qualidade de vida, a adesão ao plano melhora e diminui a chance de conflito nas transições (p. ex., quando a via oral se perde, ou quando se discute sedação paliativa). Comunicar a elegibilidade não é mero informe; é um processo de negociação de metas, em linguagem acessível, com registro claro no prontuário para dar coerência interturnos.

Uma revisão integrativa deve também situar a triagem na curva de declínio do envelhecimento: além de diagnósticos, interessam os eventos sentinela (quedas, internações repetidas, úlceras novas, perda ponderal, delírio) que, somados, sinalizam necessidade de CP. Enquanto Lucchetti et al. (2009) oferece o número e o instrumento, Grechi; Rebouças; Dedicção (2017) e Oliveira; Tizzoni; Torres (2019) fornecem a textura clínica e relacional para que a triagem “faça sentido” e desencadeie planos factíveis no território institucional.

Por fim, é útil reconhecer que a triagem em ILPI lida com incerteza prognóstica: o tempo de sobrevivência é variável, e a finalidade do CP é a proporcionalidade entre intervenção e sofrimento. O caminho indicado pela literatura brasileira é claro: triagem estruturada (PCST), avaliação ampliada (clínica, funcional e psicossocial), fluxos decisórios transdisciplinares e plano terapêutico singular, capacitação permanente e



comunicação ativa com família.

- Manejo de sintomas e conforto conduzido pela enfermagem

A literatura nacional converge ao situar o controle de sintomas como o núcleo do trabalho de enfermagem em CP na ILPI. Grechi; Rebouças; Dedicção (2017) sintetizam alvos frequentes (dor, dispneia, delírio, constipação, lesões por pressão, insônia, ansiedade), ressaltando que o Processo de Enfermagem permite transformar achados em diagnósticos operacionais e intervenções proporcionais ao estágio de doença e às metas de cuidado. Isso exige rotinas claras: avaliação diária com instrumento simples, execução de medidas farmacológicas e não farmacológicas, e reavaliação com registro que permita continuidade entre plantões.

No cotidiano do cuidado, Faresin; Portella (2009) mostram o desafio emocional da equipe ao lidar com sofrimento e morte, risco de defesas (evitação, endurecimento) e impactos sobre a qualidade do cuidado. A resposta encontrada nos estudos brasileiros é pragmática: protocolos enxutos e checklists de conforto (higiene com privacidade, reposicionamento, manejo ambiental do sono, prevenção de úlceras, hidratação/nutrição proporcionais) reduzem variabilidade, dão rumo técnico e aliviam o peso de decisões repetitivas durante o plantão.

A engrenagem do trabalho transdisciplinar sustenta o manejo de sintomas. Em Rodrigues et al. (2025), visitas clínicas e discussão de casos funcionam como “centrais” onde a enfermagem apresenta achados, pactua condutas, antecipa riscos e agenda reavaliações. Esse arranjo evita a clínica solitária e aumenta a segurança, especialmente em decisões sensíveis (p. ex., delírio hipotivo, dispneia refratária, dor total).

A percepção da família opera como indicador qualitativo. Bombassaro et al. (2021) encontraram que, quando a família entende CP como foco na qualidade de vida, reconhece valor em medidas que muitas vezes parecem “pequenas” (banho confortável, alívio da dor, silêncio no quarto, controle ambiental). Onde CP não está claro, a família tende a enxergar omissão em vez de proporcionalidade. Conversas breves e regulares, com devolutivas sobre sintomas e próximos passos, melhoram adesão e diminuem contestações.

As lacunas de conhecimento mapeadas por Alves et al. (2023) afetam diretamente o manejo: analgesia escalonada, uso de opioides em idosos, tratamento de



dispneia e ansiedade, manejo de delírio, indicação de hidratação/nutrição proporcionais, prevenção de lesões e critérios para sedação paliativa. O estudo de Alcantara et al. (2024) mostra que apoio matricial e oficinas em serviço, pactuando protocolos, são vias efetivas e viáveis para transformar lacuna em rotina, sobretudo em ILPI com alta rotatividade de profissionais.

O conforto em CP é integral. Oliveira; Tizzoni; Torres (2019) destacam a inserção de dimensões psicoespirituais: reconhecer sofrimento existencial, viabilizar rituais, proteger a intimidade, permitir despedidas. A enfermagem tem papel concreto nessa dimensão, articulando horários de visita, mediando rituais simples, reduzindo ruído e garantindo privacidade, medidas com impacto direto na percepção de dignidade.

A organização do serviço e a ética modulam o manejo. Clos; Grossi (2016) alertam para o efeito corrosivo da precariedade estrutural e das pressões econômicas sobre o cuidado de fim de vida. Carvalho; Martins (2016) reforçam que diretrizes de proporcionalidade, privacidade e limites terapêuticos são escudos para o residente e bússola para a equipe. Sem esse enquadramento ético-organizacional, o manejo de sintomas se torna reativo, fragmentado e, muitas vezes, iatrogênico.

No ciclo avaliar-intervir-reavaliar, os indicadores fecham a volta e orientam melhoria contínua: dor controlada, incidência de úlceras, quedas, uso de contenção, satisfação familiar e registro de metas de cuidado. Integrar a PCST como indicador de processo (proporção triada e reavaliada) cria um painel simples e auditável (Lucchetti et al., 2009; Grechi; Rebouças; Dedicação, 2017; Rodrigues et al., 2025). A mensagem central é que conforto não “acontece”; ele é planejado, registrado e monitorado.

- Comunicação terapêutica e tomada de decisão com a família

Comunicar em CP é uma intervenção clínica com efeitos mensuráveis sobre ansiedade, adesão e coerência terapêutica. As evidências qualitativas brasileiras de Oliveira; Tizzoni; Torres (2019) e Bombassaro et al. (2021) mostram que escuta ativa, linguagem simples e previsibilidade de contatos transformam a relação com familiares, especialmente quando existe o equívoco de associar CP a “abandono”. Ao reorganizar a conversa em torno de metas de cuidado e do que importa à pessoa idosa, a enfermagem reforça o caráter ativo do CP.



A experiência de Rodrigues et al. (2025) ilustra como reuniões periódicas com registro formal de preferências e objetivos clínicos diminuem conflitividade em momentos críticos (p. ex., perda da via oral, decisão sobre hidratação proporcional, discussão de sedação paliativa). Na prática, a enfermagem, por viver as microdecisões diárias, é o elo entre aquilo que se pactua nos com a equipe transdisciplinar e o que de fato acontece no quarto.

Dilemas previsíveis em ILPI, contenção, privacidade, limites terapêuticos, rituais de fim de vida, pedem diretrizes locais para que a comunicação não dependa do acaso. Os estudos de Carvalho; Martins (2016) e Clos; Grossi (2016) sinalizam que explicitar princípios (proporcionalidade, autonomia, beneficência e justiça) e limites de procedimento protege o residente e dá segurança à equipe, reduzindo decisões arbitrárias.

Com frequência, a comunicação falha não por falta de boa vontade, mas por desalinhamento conceitual entre profissionais. Alves et al. (2023) evidenciam variações no entendimento de CP, o que muda a mensagem conforme o plantão. A solução pode ser simples: glossário mínimo, roteiros de conversa e pactos de linguagem (“cuidado ativo e proporcional”, “metas de conforto”) trabalhados em educação permanente.

O componente emocional é incontornável. Faresin; Portella (2009) descrevem o peso de lidar com morte e sofrimento e o risco de defesas (evitar conversa, endurecer afetos). Programas de capacitação citados por Alcantara et al. (2024) e Sacioto et al. (2023) (este último como base para conteúdos práticos quando pertinente) mostram que simulações breves, conversas sobre uma intervenção e supervisão em serviço aumentam fluência para perguntar o que importa, explicar limites e acolher lutos.

A comunicação demanda tempo e lugar. Oliveira; Tizzoni; Torres (2019) relatam que rotinas rígidas, ruído ambiental e falta de espaço minam a qualidade da conversa. Estabelecer horários protegidos, sinalizar responsáveis por devolutivas e padronizar registros no prontuário (metas, preferências, pessoas de referência) cria continuidade entre turnos e dá previsibilidade à família.

O apoio matricial descrito por Alcantara et al. (2024) mostra que, quando a rede externa e a ILPI pactuam fluxos e linguagem, a comunicação fica mais consistente e encaminhamentos tornam-se naturais (ex.: dor refratária, suporte espiritual, dúvidas



jurídicas). Com a rede falando a mesma língua, a família percebe coerência e tende a confiar mais no plano.

Em síntese, a comunicação é determinante de adesão ao CP: onde há escuta, linguagem comum, diretrizes e registro, a família legitima o foco no conforto; onde isso falha, surgem acusações de omissão e pedidos de intervenções desproporcionais que impactam negativamente no cuidado aos residentes.

- Competências da enfermagem e educação permanente na ILPI

A partir dos estudos, é possível delinear um núcleo de competências para a enfermagem em CP na ILPI: (a) avaliação clínica e funcional centrada em sintomas prevalentes; (b) implementação de medidas de conforto com privacidade e segurança; (c) prevenção de lesões e eventos adversos; (d) comunicação terapêutica com família e equipe; (e) atenção a dimensões psicossociais e espirituais; (f) ética clínica aplicada a decisões proporcionais; e (g) uso de instrumentos e indicadores para guiar e monitorar a prática (Grechi; Rebouças; Dedicção, 2017; Oliveira; Tizzoni; Torres, 2019; Clos; Grossi, 2016; Carvalho; Martins, 2016; Rodrigues et al., 2025).

Alves et al. (2023) evidenciam lacunas de conhecimento em domínios centrais (dor, dispneia, delírio, nutrição/hidratação proporcional, sedação paliativa), o que justifica programas estruturados de educação permanente. A ênfase deve ser em conteúdo prático (protocolos, checklists, simulação de conversa) e treinamentos no próprio, pois é na rotina que o conhecimento “pega”. O estudo de Alcantara et al. (2024) demonstra que oficinas em serviço e pactuações interinstitucionais criam lastro para a mudança.

A dimensão emocional pertence ao cuidado de quem cuida. Faresin; Portella (2009) descrevem a tensão entre vínculo e técnica no fim de vida, sugerindo que grupos de apoio, e conversas e orientações pós-evento e supervisão clínica sejam parte do programa formativo. Isso reduz adoecimento, rotatividade e endurecimento afetivo, todos inimigos do cuidado paliativo de qualidade.

Ferramentas como a PCST deveriam constar do repertório da enfermagem, não apenas como técnica de triagem, mas como linguagem comum que organiza o diálogo com a equipe e alimenta indicadores de processo (proporção triada, tempo até plano de



conforto). Lucchetti et al. (2009) fornecem a evidência de factibilidade em ILPI brasileira; a literatura restante sugere como conectá-la a fluxos assistenciais (Rodrigues et al., 2025; Alcantara et al., 2024).

As diretrizes éticas são competência, não acessório. Clos; Grossi (2016) e Carvalho; Martins (2016) mostram que proporcionalidade terapêutica, privacidade, contenção e justiça distributiva precisam sair do plano abstrato e entrar nos protocolos locais e nos treinos. Dominar o “porquê” das decisões fortalece o “como” no calor do plantão.

Aprendizagem situada acelera a incorporação das competências. Rodrigues et al. (2025) relatam que a atenção transdisciplinares e Plano Terapêutico Singular como motores de formação: cada caso vira sala de aula; a enfermagem, eixo da continuidade, consolida habilidades ao mesmo tempo em que melhora o cuidado. Materiais simples, fichas de sintomas, plano de conforto padrão, roteiros de conversa, ajudam a transferir a aprendizagem para a prática (Oliveira; Tizzoni; Torres, 2019; Alcantara et al., 2024).

Finalmente, em serviços com alta rotatividade, a educação permanente precisa de memória organizacional: manuais curtos, fluxos visuais, tutoria de novos membros, reuniões breves de alinhamento. Quando a formação depende só de pessoas, ela “evapora”; quando depende de artefatos e rotinas, ela permanece (Alcantara et al., 2024; Alves et al., 2023). Sacioto et al. (2023) pode ser mobilizado como fonte nacional para conteúdos estruturantes de capacitação quando o delineamento do artigo o permitir (ex.: guias, trilhas formativas, competências-chave).

- Organização do cuidado: ética, dignidade, trabalho multiprofissional e indicadores

A organização institucional é a “ecologia” onde a enfermagem atua. Clos; Grossi (2016) descrevem cenários de precariedade e pressões econômicas que ameaçam a dignidade e podem capturar decisões clínicas. A resposta proposta nos estudos brasileiros combina bioética de proteção e protocolos mínimos: proteger os mais vulneráveis, tornar critérios explícitos e assegurar que o discurso de proporcionalidade se traduza em prática cotidiana (Carvalho; Martins, 2016).

No plano operacional, serviços que escrevem protocolos enxutos, elegibilidade (triagem + reavaliações), manejo de sintomas (checklists), comunicação (metas



registradas), encaminhamentos e contrarreferência, conseguem reduzir variabilidade perigosa entre plantões. Alcantara et al. (2024) mostram que pactuar esses fluxos com a rede e garantir apoio matricial sustenta rotinas mesmo com trocas de equipe, ao mesmo tempo em que aproxima a ILPI de retaguardas clínicas e pedagógicas.

O trabalho transdisciplinar é a infraestrutura invisível do CP. Em Rodrigues et al. (2025), atenção transdisciplinar, discussão de casos e Plano Terapêutico Singular alinham decisões, dão previsibilidade à família e empoderam a enfermagem como eixo da continuidade do cuidado. O efeito é a queda de decisões solitárias e o aumento da segurança clínica, com impactos diretos no conforto e na satisfação familiar.

Questões sensíveis, contenções, visitas, privacidade, rituais, sedação paliativa, exigem diretrizes locais e formação continuada para não depender de interpretações individuais. Carvalho; Martins (2016) e Clos; Grossi (2016) defendem explicitar limites terapêuticos e princípios de decisão como forma de proteger residentes e profissionais. A enfermagem, por sua capilaridade, é chave para implementar e revisar essas diretrizes.

Sem indicadores, a melhoria vira opinião. A literatura sugere um painel simples e clínico: dor controlada, lesões por pressão, quedas, uso de contenção, satisfação familiar, registro de metas de cuidado e proporção de residentes triados/reavaliados com PCST (Lucchetti et al., 2009; Grechi; Rebouças; Dedicção, 2017; Rodrigues et al., 2025). O objetivo não é punir, mas retroalimentar a prática e justificar ajustes de processo.

A educação permanente e a organização caminham juntas. Onde há capacitação (conteúdo técnico, ético e comunicacional), artefatos (checklists, roteiros, manuais curtos) e rituais (atenção transdisciplinar, Plano Terapêutico Singular, orientações e conversas sobre as intervenções), o CP se torna rotina e não exceção (Alves et al., 2023; Alcantara et al., 2024; Rodrigues et al., 2025). Onde isso falta, o cuidado oscila conforme plantões e pessoas.

A família, por fim, é parceira e indicador vivo de qualidade. Registros consistentes de metas, conversas previsíveis e convites à participação se associam, na percepção de Bombassaro et al. (2021), a experiências de fim de vida mais dignas e compreendidas. Incorporar sistematicamente esse feedback ao gerenciamento local



fecha o ciclo entre clínica, gestão e ética.

CONCLUSÃO

A literatura indica que, nas ILPI, muitos residentes são elegíveis a cuidados paliativos por multimorbidade, declínio funcional e comprometimento cognitivo, o que exige triagem sistemática desde a admissão e reavaliações periódicas articuladas ao Processo de Enfermagem e à participação da família.

O cuidado conduzido pela enfermagem se organiza em torno do manejo de dor, dispneia e delírio, da prevenção de lesões e do uso de intervenções não farmacológicas, apoiado por protocolos simples, checklists de conforto e reavaliações registradas para reduzir a variabilidade entre plantões e preservar a dignidade no fim de vida.

A comunicação terapêutica com a família é tratada como intervenção clínica essencial: escuta ativa, linguagem clara e registro de metas de cuidado ajudam a prevenir conflitos e a orientar decisões proporcionais sobre nutrição, hidratação, limites terapêuticos e sedação paliativa. Para sustentar essa prática, destacam-se competências clínicas, habilidades de comunicação em situações difíceis, ética aplicada e uso de instrumentos e indicadores, desenvolvidos por meio de capacitações em serviço, supervisão clínica e apoio matricial, inclusive em cenários com alta rotatividade.

A organização do cuidado, por sua vez, condiciona os resultados: atenção transdisciplinar, Plano Terapêutico Singular, fluxos pactuados e diretrizes éticas dão coerência ao plano assistencial, enquanto um painel enxuto de indicadores, como dor controlada, lesões por pressão, quedas, uso de contenção, satisfação familiar e proporção de residentes triados e reavaliados, fecha o ciclo de melhoria.

Como limites, predominam estudos qualitativos, amostras pequenas e concentração regional, com pouca mensuração de desfechos clínicos. Desse modo, recomenda-se que pesquisas futuras testem pacotes de implementação que combinem triagem, protocolos, educação e indicadores, medindo resultados centrados na pessoa e na família.

Em síntese, a enfermagem dispõe de base técnica e ética suficiente para operacionalizar cuidados paliativos nas ILPI; a prioridade é institucionalizar o que a evidência já recomenda: triagem precoce, conforto planejado, comunicação estruturada, formação contínua e gestão com indicadores, assegurando cuidado



proporcional, digno e centrado na pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, V. C. da S.; ZAMPAR, P.; PETRILLO, L.; MELCHIOR, R. Cuidados paliativos em instituições de longa permanência de idosos: desafio da integralidade. *Revista Stricto Sensu*, 2024. Disponível em: <https://revistastrictosensu.com.br/ojs/index.php/rss/article/view/163>

ALVES, M. B. et al. O conhecimento de profissionais da saúde sobre cuidados paliativos em instituição de longa permanência para idosos. *Revista Foco*, v. 16, n. 9, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-093>

BOMBASSARO, G. et al. Os cuidados paliativos na visão dos familiares de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 11, e8969, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e8969.2021>

CARVALHO, M. S.; MARTINS, J. C. A. O cuidado paliativo a idosos institucionalizados: vivência dos ajudantes de ação direta. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 5, p. 745–758, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150178>

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. *Revista Bioética*, v. 24, n. 2, p. 395–406, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242140>

FARESIN, C.; PORTELLA, M. R. Cuidados paliativos e o modo de cuidar: até onde vai o envolvimento? *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 14, n. 2, p. 249–264, 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/6190>

GRECHI, A. G. S.; REBOUÇAS, D. A. S.; DEDICAÇÃO, A. C. Assistência de enfermagem destinada a idosos institucionalizados em cuidados paliativos. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 20, n. 4, p. 431–442, 2017. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p431-442>

LUCCHETTI, G.; BADAN NETO, A. M.; RAMOS, S. A. C.; FARIA, L. F. C.; GRANERO, A. L.; PIRES, S. L.; GORZONI, M. L. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 3, n. 3, p. 104–108, 2009. Disponível em: <https://www.ggaging.com/details/299/pt-BR/use-of-a-palliative-care-screening-tool-in-elderly-from-a-nursing-home>

OLIVEIRA, J. R.; TIZZONI, J. S.; TORRES, L. M. Cuidados paliativos: perspectiva de integralidade em instituição de longa permanência para idosos. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, v. 3, n. 2, p. 10–15, 2019. Disponível em: <https://revista.fcmmg.br/index.php/RICM/article/download/80/66>

RODRIGUES, F.; VELLOSO, I.; CARAM, C.; MALAGOLI, L.; MIRANDA, A. Práticas de cuidados paliativos em instituição de longa permanência para idosos. *ReBraM – Revista Brasileira Multidisciplinar*, v. 28, n. 2, 2025. DOI: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2025.v28i2.2239>

SACIOTO, M. F.; SILVA, B. G.; VALADARES, G. M. M.; OLIVEIRA, J. F.; HANDERI, A. M.; MARQUES, L. M.; ZAVAGLIA, L. C.; JESUS, V. E. A. Cuidados paliativos na instituição de longa permanência para idosos de Belo Horizonte: projeto Pallium Amor. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE)*, v. 9, n. 7, 2023. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i7.10283>