



CAPÍTULO 1

ENVELHECIMENTO HUMANO E CUIDADOS PALIATIVOS: DESAFIOS, LIMITAÇÕES E ESTRATÉGIAS NO CUIDADO ÀS PESSOAS IDOSAS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.259142517071>

Matheus Correa Rodrigues

Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

Santa Maria, Rio Grande do Sul

<https://orcid.org/0009-0002-3208-0511>

Silomar Ilha

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul

<https://orcid.org/0000-0002-2132-9505>

Cleci Lourdes Schmidt Piovesan-Rosanelli

Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

Santa Maria, Rio Grande do Sul

<https://orcid.org/0000-0001-8080-6300>

Heiderson Franca Machado

Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Santa Maria, Rio Grande do Sul

<https://orcid.org/0009-0007-1360-0899>

Francine Casarin

Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)

Santa Maria, Rio Grande do Sul

<https://orcid.org/0000-0002-8917-3252>

RESUMO: O processo de envelhecimento é um fenômeno mundial, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida e declínio das taxas de natalidade, as quais estão levando ao rápido envelhecimento da população, com projeções de aproximadamente dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais até 2050. Diante desse processo, observa-se uma alteração nos padrões de saúde, com o aumento de doenças crônicas que demandam cuidados prolongados e humanizados. Nesse contexto, os cuidados paliativos emergem como resposta essencial, oferecendo suporte físico, psicológico

e espiritual, especialmente no cenário domiciliar e hospitalar. A enfermagem assume um papel central nesse processo, promovendo conforto e qualidade de vida, com base em escuta ativa, respeito à autonomia da pessoa idosa e apoio aos familiares. Nesse sentido, a contextualização teórica aqui apresentada, propõem ao leitor, a reflexão sobre aspectos relacionados Princípios dos Cuidados Paliativos, as Estratégias de cuidado na enfermagem paliativa e os desafios e limitações no cuidado paliativo a pessoa idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Cuidados Paliativos. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

HUMAN AGING AND PALLIATIVE CARE: CHALLENGES, LIMITATIONS AND STRATEGIES IN CARE FOR THE ELDERLY

ABSTRACT: The aging process is a global phenomenon characterized by increasing life expectancy and declining birth rates, leading to a rapid aging of the population, with projections of approximately two billion people aged 60 or older by 2050. This process is changing health patterns, with an increase in chronic diseases that require prolonged and humanized care. In this context, palliative care emerges as an essential response, offering physical, psychological, and spiritual support, especially in the home and hospital settings. Nursing plays a central role in this process, promoting comfort and quality of life, based on active listening, respect for the elderly's autonomy, and support for family members. In this sense, the theoretical context presented here invites the reader to reflect on aspects related to the Principles of Palliative Care, care strategies in palliative nursing, and the challenges and limitations of palliative care for the elderly.

KEYWORDS: Aged. Palliative Care. Nursing Care. Nursing.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O envelhecimento populacional representa uma tendência global marcante, especialmente em países como o Brasil, onde a proporção de idosos vem aumentando de forma expressiva. Esse incremento demográfico está associado a múltiplas comorbidades, fragilidade funcional, declínio cognitivo e outros fatores que impactam negativamente a qualidade de vida, exigindo abordagens de cuidado mais abrangentes e humanizadas (Roque *et al.*, 2022). Nesse cenário, os cuidados paliativos (CP) se afirmam como uma estratégia essencial para proporcionar suporte integral, alívio de sintomas e preservação da dignidade no processo de envelhecimento.

Apesar da relevância dos CP, sua implementação enfrenta barreiras significativas. Entre os maiores desafios estão a ausência de pesquisas robustas envolvendo pessoas idosas com multipatologias (Lunder *et al.*, 2018). Além disso, falhas na coordenação entre os diferentes setores do sistema de saúde resultam na fragmentação de serviços, uso excessivo de medicamentos (polifarmácia) e internações desnecessárias, sobretudo nos estágios finais da vida (Lunder *et al.*, 2018). No contexto brasileiro, estudos apontam para a carência de políticas públicas específicas, limitações na formação de profissionais e a insuficiente integração dos CP na atenção básica e domiciliar (Roque *et al.*, 2022).

Para enfrentar esses desafios, diversas estratégias têm sido sugeridas. A articulação de uma rede integrada de atenção, com valorização da atenção primária e do cuidado domiciliar, é fundamental para garantir um cuidado contínuo e centrado na pessoa idosa (Azevedo *et al.*, 2016). A capacitação contínua das equipes interprofissionais em CP, aliada à implementação de protocolos clínicos precoces e ao envolvimento ativo da família nos processos decisórios, também é amplamente preconizada (Lobato *et al.*, 2024). Adicionalmente, programas de CP ambulatoriais no Brasil têm demonstrado impacto positivo no aumento dos óbitos domiciliares, sinalizando maior alinhamento com as preferências do paciente e redução de hospitalizações evitáveis (Gomes *et al.*, 2024).

Em CP às pessoas idosas, a atuação da equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e capelães, dentre outros profissionais, é essencial para uma abordagem integral das necessidades da pessoa idosa (Roque *et al.*, 2022). Uma revisão internacional identificou que equipes interdisciplinares bem articuladas, com comunicação eficaz, liderança colaborativa e respeito mútuo, são mais eficientes na assistência paliativa (Krefting *et al.*, 2020).

Na equipe multidisciplinar de CP, o enfermeiro desempenha papel estratégico no cuidado às pessoas idosas, atuando como coordenador do cuidado, facilitador da comunicação entre a equipe, o paciente e sua família, além de ser responsável pela implementação de intervenções centradas nas necessidades individuais (Roque *et al.*, 2022). Pesquisas demonstram que os enfermeiros exercem função essencial no manejo de sintomas como dor, fadiga, dispneia e angústia emocional, especialmente em pacientes com doenças crônicas avançadas. Dessa forma, a atuação da enfermagem tem impacto positivo na qualidade de vida, contribuindo para o controle efetivo dos sintomas, promoção do conforto e fortalecimento da autonomia do paciente no processo de cuidar (Wang *et al.*, 2024; Jiang *et al.*, 2023).

Diante do cenário demográfico atual, torna-se imprescindível compreender não apenas os aspectos biológicos e sociais do envelhecimento, mas também aspectos relacionados aos CP, enquanto modelo de atenção que valoriza a qualidade de

vida e o alívio do sofrimento, oferecem um campo fundamental para a discussão e aprimoramento das intervenções voltadas para esse grupo vulnerável. Nesse contexto, refletir acerca dos princípios, obstáculos e estratégias do CP, especialmente na atuação da enfermagem, é essencial para fortalecer prática e promover um atendimento mais eficaz e sensível às necessidades das pessoas idosas. Assim, por meio desta análise teórica, propõe-se ao leitor uma reflexão sobre aspectos relacionados ao processo de envelhecimento humano, os princípios dos cuidados paliativos, os desafios e limitações no cuidado à pessoa idosa, e as estratégias de cuidado no contexto da enfermagem paliativa.

Processo de envelhecimento humano

O envelhecimento populacional é uma realidade a nível mundial que resulta, dentre outros fatores, da diminuição nas taxas de fecundidade assim como o aumento da expectativa de vida, conduzidos pela melhoria nos cuidados de saúde e no estado socioeconômico. O avanço da idade é um fenômeno fisiológico que afeta cada pessoa de forma única, ou seja, um processo natural no qual ocorre de maneira fluida, gradual e irreversível, estando diretamente relacionado a fatores biológicos, psicológicos e sociais de cada ser humano. Dessa maneira, a principal característica observada durante esse processo, deve-se a diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo, o que resulta na diminuição da funcionalidade de três sistemas orgânicos relevantes: o neurológico, o endócrino e o imunológico (Queiroga *et al.*, 2020).

Em nível global, a Década do Envelhecimento Saudável, estabelecida pela assembleia geral da Organização das Nações Unidas (ONU), surge como uma iniciativa inspiradora, iniciada em 2021 e com duração até 2030. Seu propósito é criar um mundo onde todas as pessoas possam envelhecer com dignidade e saúde. Esse esforço se baseia em quatro pilares fundamentais: transformar a maneira como o envelhecimento é visto na sociedade, construir comunidades que valorizem e apoiem as capacidades das pessoas idosas, garantir acesso a serviços de saúde integrados e oferecer cuidados de longo prazo de forma acessível e humana. É um chamado para que o envelhecimento seja vivido como uma etapa plena e significativa da vida (OPAS, 2024).

Organizada em três fases, cada uma com objetivos claros para transformar a vida das pessoas idosas ao redor do mundo. A primeira fase (2021-2023) trouxe avanços importantes, como leis para combater a discriminação por idade e políticas que ampliam o acesso a produtos e serviços, incentivando também a participação ativa das pessoas idosas na implementação dessas ações. Já a segunda fase (2024-2026) foca em aumentar os investimentos necessários para integrar o envelhecimento

saudável às políticas públicas, especialmente em países onde os recursos ainda são escassos. E por fim, a última fase (2027-2030) intensificará e ampliará os programas, com atenção especial aos países de baixa e média renda, que abrigarão a maioria da população idosa até 2050. O objetivo final é garantir que todas as metas sejam alcançadas, promovendo mais dignidade, saúde e qualidade de vida para as pessoas idosas em todo o mundo (Chiarelli; Batistoni, 2022; OPAS, 2024).

No Brasil, O processo de envelhecimento populacional acontece de forma desigual entre as regiões. Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2022, a equivalência de pessoas entre 60 e 64 anos se aproximava de 2,49% para mulheres e 2,19% para homens. Destaca-se que em 2060, esses percentuais serão de 3,44% para mulheres e 3,25% para homens (Silva; Galindo, 2023). Além disso, segundo a distribuição regional, o Sul e o Sudeste se destacam como as regiões mais envelhecidas, reflexo de uma maior expectativa de vida e de taxas de natalidade mais baixas, enquanto o Norte e o Nordeste têm populações mais jovens, marcadas por uma dinâmica demográfica ainda em transição (IBGE, 2022).

Essas diferenças estão ligadas a desigualdades no acesso a saúde, educação e condições socioeconômicas. Enquanto as regiões mais desenvolvidas enfrentam os desafios de uma população mais envelhecida, o Norte e o Nordeste precisam se preparar para lidar com o envelhecimento que, inevitavelmente, também chegará com o passar do tempo. Esse cenário exige atenção para que todas as regiões possam garantir qualidade de vida para suas populações em todas as fases da vida (IBGE, 2022).

A criação do Sistema Único de saúde (SUS) depois da constituição de 1988, determinou o direito a saúde e estimulou a formação de políticas específicas, entre elas a Política Nacional do Idoso (PNI) no ano de 1994, que têm como objetivo garantir os direitos sociais dos idosos e proporcionar integração social. A política nacional de saúde do idoso (PNSI), criada em 1999, a qual têm por objetivo confrontar a perda da capacidade funcional devido ao envelhecimento. A política nacional de saúde da pessoa idosa (PNSPI), de 2006, a qual deu início as diretrizes para atenção integral, promoção do envelhecimento ativo e participação social. Foi ressaltado também a importância da atenção primária nas ações para prevenção e promoção de saúde (Torres *et al.*, 2020).

O pacto pela saúde, de 2006, trouxe objetivos que estavam relacionados à saúde da pessoa idosa, entre eles, a redução da taxa de internação hospitalar em fraturas de fêmur. Apesar disso, desde 2012 há uma escassez de indicadores específicos e falta de intersetorialidade nos diferentes serviços e redes de apoio, o que dificulta a integralidade do cuidado as pessoas idosas (Torres *et al.*, 2020).

Já o estatuto do idoso, instituído pela lei nº 10.741/2003, serve como proteção dos direitos fundamentais das pessoas idosas no Brasil. O mesmo estabelece diretrizes para a preservação da dignidade, bem-estar e da qualidade de vida das pessoas idosas, baseando-se nos princípios da constituição federal de 1988. Essas leis garantem a igualdade de acesso aos direitos fundamentais, como saúde, educação e assistência social, assim como ações para combater a discriminação e garantir uma expectativa de vida desejada para maiores de 60 anos. O estatuto também mostra o papel do estado, da sociedade e da família no cuidado a pessoa idosa e fortalece a responsabilidade de todos sobre esta parte da população (Asfora; Asfora, 2015).

Mesmo com todo seu alcance, para implementar o estatuto da pessoa idosa é apresentado desafios relacionados a insuficiência dos recursos e transformação demográfica, gerando uma demanda por políticas públicas específicas. Os programas como Conselho do Idoso e a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) vão ao encontro as normas do Estatuto, que acaba favorecendo as diversas formas de participação, ocupação e interação com as pessoas idosas. Porém é importante a melhor colaboração entre diversos níveis governamentais e setor privado, assim como expansão de serviços que sejam especializados e atendam as necessidades das pessoas idosas no Brasil (Asfora; Asfora, 2015).

Outra questão que merece atenção nesse sentido, são as práticas de ensino que promovam a emancipação, como observado no estudo de Janini, Bessler e Vargas (2015), o qual demonstrou a importância da educação como um recurso eficaz para promover a saúde, independência e qualidade de vida das pessoas idosas. Além disso, a expansão de estratégias intersetoriais e a igualdade no acesso às informações são indispensáveis para superar barreiras e garantir que esse grupo etário possa exercer plenamente seu papel na sociedade, sem enfrentar exclusão por conta da sua idade etária.

O processo de envelhecimento envolve mudanças progressivas que frequentemente culminam em condições crônicas, múltiplas comorbidades e fragilidades que impactam significativamente a qualidade de vida da pessoa idosa. Nesse contexto, os cuidados paliativos emergem como uma abordagem essencial, focada não apenas no controle dos sintomas e no alívio do sofrimento, mas também na promoção da dignidade e do bem-estar integral ao longo das fases finais da vida. Compreender essa relação intrínseca entre o envelhecimento e os CP é fundamental para reconhecer a evolução histórica e o desenvolvimento das práticas que orientam a assistência paliativa, permitindo uma reflexão crítica sobre sua aplicação contemporânea e desafios futuros.

A jornada dos cuidados paliativos: do surgimento à prática contemporânea

O cuidado paliativo surgiu em 1950, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders. Ela desenvolveu conhecimento e práticas para fornecer melhor cuidado a pessoas em estágios finais de vida. No entanto, restringir CP a pacientes com doenças crônicas ou incuráveis, o que limitava sua aplicação e dificultava o reconhecimento total de seus benefícios em situações de prognóstico incerto (Souza *et al.*, 2022a).

A criação do *St. Christopher's Hospice* em Londres, em 1967, é vista como um ponto de virada nos CP e no atual movimento, já que foi a primeira instalação a combinar o gerenciamento da dor e do sofrimento com cuidados holísticos para pacientes terminais. Projetado por Dame Cicely Saunders, o *St. Christopher's Hospice* oferece uma abordagem inovadora para “dor total”, que leva em consideração os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do sofrimento, além da assistência médica básica para fornecer um cuidado abrangente e de suporte para aqueles que se aproximam do fim de suas vidas (Floriani; Schramm, 2010).

Além disso, Elisabeth Kübler-Ross, uma renomada psiquiatra suíço-americana, mundialmente reconhecida por seu trabalho pioneiro no estudo da morte, do morrer e dos CP, introduziu uma nova perspectiva sobre a morte e o morrer nos Estados Unidos na década de 1970, abordando assuntos que antes eram tabus na sociedade ocidental. Em seus escritos, particularmente *On Death and Dying* (1969), Kübler-Ross apresentou seu modelo dos cinco estágios da morte (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), que ajudou profissionais de saúde e familiares a compreender melhor o fim da vida e as emoções complexas envolvidas (Rego, 2019).

A primeira definição oficial de CP foi publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990, abrangendo 90 países e 15 idiomas. Este acontecimento simboliza um esforço de padronização e promoção mundial da estratégia, com o propósito de tornar os CP um componente crucial do atendimento a pacientes com enfermidades sérias e potencialmente mortais, particularmente em situações oncológicas naquele período (Gomes; Othero, 2016).

Com essa definição, os CP ganharam destaque em todo o mundo como um dos principais alicerces de assistência aos pacientes, com orientações focadas no manejo completo, que englobava a redução da dor e dos sintomas, bem como o suporte psicológico e social para os pacientes e seus familiares. O conceito foi atualizado e expandido em 2002, incorporando o suporte a outras enfermidades, tais como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e enfermidades neurológicas (Gomes; Othero, 2016).

A Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018, publicada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é considerada pioneira na organização dos CP no Brasil. A mesma estabelece diretrizes específicas para a prestação de CP em todos os níveis de atenção, incluindo cuidados básicos, domiciliares, ambulatoriais e hospitalares. A importância dessa regulamentação está em sua abordagem inovadora, que visa garantir um cuidado humanizado e focado na qualidade de vida de pacientes com doenças que afetam suas vidas e os causam sofrimento (Nogario *et al.*, 2020). Essa resolução estabelece uma base para a criação de políticas estaduais e programas de formação contínua, essenciais para os profissionais de saúde. Oferece uma abordagem mais compassiva e informada, superando estigmas e resistências culturais que ainda permeiam o tema dos cuidados paliativos (Nogario *et al.*, 2020).

Através de estudos, foram identificadas as principais dificuldades que os países devem superar para fornecer CP de forma competente: a aplicação de políticas de saúde que incluam este tipo de cuidados; o tipo de financiamento; a existência de programas que formem e capacitem o profissional; a preservação de acesso a medicamentos, em particular à morfina, e o tipo de tratamento (Barbosa *et al.*, 2011).

Após análise desses estudos, foi desenvolvida uma tipologia classificatória que categoriza os países em quatro níveis, conforme o avanço em um conjunto de critérios. No nível 1, nenhuma atividade de cuidados paliativos foi identificada, reconhecendo-se que, mesmo com os esforços dos autores, iniciativas podem não ter sido mapeadas. O nível 2, inclui países em processo de capacitação inicial, cujas atividades consistem em participação ou organização de conferências, articulação política junto a ministros da saúde e desenvolvimento incipiente de serviços, geralmente por meio de programas de assistência domiciliar (Barbosa *et al.*, 2011).

No nível 3, estão os países onde há identificação de unidades de cuidados paliativos disponíveis, apoiadas por uma massa crítica de ativistas, fontes de financiamento, expansão do apoio local, maior flexibilidade no uso de morfina e formação de mão de obra especializada. Por fim, no nível 4, encontram-se países com maior grau de integração dos CP nos sistemas de saúde, destacando-se pela presença de diversos prestadores de serviços, fácil acesso a medicamentos para controle da dor, influência política do tema, criação de centros de formação, vínculo com universidades e existência de uma associação nacional voltada para a área (Barbosa *et al.*, 2011).

A Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, é precursora ao instituir diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no SUS e serve como base para a criação das políticas estaduais e programas de educação continuada que capacitem os profissionais de saúde de modo que ofereçam uma abordagem mais compassiva. O Ministério da Saúde instituiu através da Portaria GM/MS nº 3.681,

de 7 de maio de 2024, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), a qual visa melhorar a assistência humanizada, pensando na implementação de 1,3 mil equipes especializadas no país, onde o foco é aliviar a dor, controlar sintomas e apoiar emocionalmente pacientes, familiares e cuidadores. A PNCP está organizada em três pilares: criação de equipes multiprofissionais para espalhar práticas na Rede de Atenção à saúde, promoção de informação e educação qualificada em cuidados paliativos; e garantia de acesso aos medicamentos e suprimentos necessários. Com investimento anual estimado de R\$ 887 milhões, a política visa superar barreiras regionais e culturais, estendendo serviços para áreas até então desamparadas, incluindo as regiões norte e nordeste do país (Brasil, 2024a, 2018).

Os fundamentos dos CP, de acordo com a OMS, concentram-se em oferecer uma abordagem que eleve a qualidade de vida de indivíduos com condições graves e de seus entes queridos. Entre esses fundamentos estão o controle da dor e de outros sintomas; a valorização da vida, entendendo a morte como um aspecto natural da existência; e o suporte psicológico e espiritual aos pacientes. Além disso, destacam a importância de garantir que o paciente desfrute do máximo bem-estar até o final de sua jornada e de fornecer assistência à família durante o período de luto. Assim, esses fundamentos buscam promover um cuidado abrangente que respeite a dignidade humana e minimize o sofrimento em suas diversas formas (Alves et al., 2019).

Os CP também adotam uma atitude sobre a vida e a morte que considera a morte como um processo natural, sem tentar antecipá-la ou adiá-la. A comunicação é crucial, sendo essencial para garantir a qualidade dos CP. Isso inclui não apenas a interação entre os profissionais de saúde e os diversos serviços envolvidos, mas também a comunicação entre pacientes, familiares e a equipe de cuidado (Capelas et al., 2016).

Dessa forma, o CP surgiu com uma abordagem muito importante ao atender os pacientes com doenças graves e progressivas, se consolidando ao longo dos anos sendo um modelo humanizado e integral. Após ser criado o *St. Christopher's Hospice* por Cicely Saunders até o conceito atual definido pela OMS, os CP cresceram e são oferecidos não apenas aos pacientes terminais, mas para todos que precisem de suporte para controle de dor e melhoria na qualidade de vida, frente a uma doença ameaçadora da vida.

A aplicação dessa abordagem no SUS avançou significativamente na assistência à população idosa e em pacientes com doenças crônicas, o que nos permite um cuidado mais amplo e interdisciplinar. Porém ainda é possível encontrar desafios, como a necessidade de maior capacitação dos profissionais e o aumento dos serviços ofertados.

Desafios e limitações no cuidado paliativo à pessoa idosa

Os principais desafios estão relacionados a formação dos profissionais de saúde, principalmente no que se refere à capacitação contínua, que garanta uma assistência de qualidade. Há uma falta de diretrizes próprias que ajudem os profissionais no CP, juntamente com a necessidade de uma aproximação mais integrada que contenha aspectos emocionais, físicos, sociais e espirituais. Desafios importantes também incluem a falta de compreensão de conceitos fundamentais como ortotanásia, distanásia, eutanásia, processo final e terminalidade de vida, além da comunicação ineficaz entre profissionais e pacientes (Couto; Rodrigues, 2020).

A ortotanásia é a morte natural, sem impor procedimentos médicos, que prolongam artificialmente a vida de um paciente em estágio terminal. Diferentemente da distanásia, que envolve o uso de tratamentos invasivos e prolongados mesmo na ausência de perspectiva de cura, a ortotanásia respeita o processo da morte, evitando o sofrimento desnecessário. Já a eutanásia envolve a antecipação da morte de um paciente, geralmente a pedido dele próprio, e tem o objetivo de parar o sofrimento. Enquanto a ortotanásia é conhecida eticamente como uma prática que valoriza a dignidade do paciente, a eutanásia ainda gera muitos debates éticos e jurídicos (Cano *et al.*, 2020).

A terminalidade da vida é o período final da existência de um indivíduo, caracterizado pela condição clínica irreversível do paciente, onde a progressão da doença leva ao óbito. Esse conceito está relacionado à necessidade de cuidados que priorizam o conforto, a dignidade e a qualidade de vida do paciente, em detrimento de intervenções curativas que possam prolongar o sofrimento (Martin *et al.*, 2006).

O processo final da vida refere-se à fase de terminalidade da existência humana, caracterizada pela iminência da morte e pela manifestação de questões físicas, emocionais, sociais e espirituais complexas que afetam tanto o paciente quanto seus familiares. Em contrapartida, os CP configuram-se como uma abordagem ativa, integral e compassiva, destinada a pessoas com doenças ameaçadoras da vida, com o objetivo de promover a qualidade de vida e aliviar o sofrimento durante esse período. Segundo Paiva, Almeida Júnior e Damásio (2014), enquanto o processo de morrer envolve aspectos naturais, subjetivos e sociais, os CP representam uma resposta ética e humanizada aos excessos da medicalização da morte, proporcionando suporte físico, emocional e espiritual que valoriza a dignidade do paciente até seus momentos finais.

Compreende-se, ainda, ser fundamental a distinção conceitual entre terminalidade da vida e fase final de vida. A terminalidade refere-se à identificação de uma condição clínica irreversível, em que a expectativa de vida é limitada, mas não necessariamente iminente. Já a fase final de vida diz respeito aos últimos dias ou horas de vida, quando a morte é reconhecida como iminente e inevitável.

A terminalidade da vida refere-se ao momento em que um paciente é diagnosticado com uma condição irreversível, em que, independentemente das intervenções terapêuticas, a evolução natural da doença inevitavelmente levará à morte. Conforme apontado por Moritz *et al.* (2008), esse diagnóstico deve ser consensual entre a equipe médica, utilizando critérios objetivos e subjetivos para definir a irreversibilidade do quadro clínico. A partir dessa constatação, os cuidados paliativos passam a ser o foco principal da assistência ao paciente, substituindo abordagens curativas que, nesse contexto, se tornam inadequadas.

Já a fase final de vida, segundo o mesmo estudo, é caracterizada como o período agudo de sofrimento intenso que precede a morte, podendo durar algumas horas ou dias. Nesse estágio, o objetivo da equipe de saúde é proporcionar conforto, aliviar a dor e controlar outros sintomas, respeitando a autonomia do paciente e priorizando a qualidade do processo de morrer. A atenção volta-se também ao suporte emocional dos familiares, reconhecendo que o processo do morrer envolve dimensões psicológicas e sociais relevantes, que não podem ser negligenciadas.

Segundo Cecconello, Erbs e Geisler (2022), o processo ativo de morte corresponde ao período final da vida, geralmente caracterizado por horas ou poucos dias marcados por agonia, alterações fisiológicas significativas e intensos sofrimentos de ordem psicossocial e espiritual. Esse estágio exige da equipe de saúde uma abordagem focada no alívio do sofrimento, com ênfase em medidas de conforto, analgesia e promoção da dignidade. A distinção clara desse momento permite a adequação das condutas assistenciais de acordo com o prognóstico e as necessidades imediatas do paciente, favorecendo uma prática ética, sensível e humanizada.

Dessa forma, Moritz *et al.* (2008) reforçam que a distinção conceitual entre a terminalidade e a fase final da vida é essencial para subsidiar a tomada de decisões clínicas, orientar a adequação das intervenções terapêuticas e garantir uma morte digna e respeitosa. Tal diferenciação contribui para que os cuidados sejam alinhados às reais necessidades do paciente, evitando condutas fúteis e promovendo uma assistência centrada na dignidade humana.

Nesse sentido, a escuta qualificada emerge como uma ferramenta fundamental no contexto dos CP, permitindo que o profissional de enfermagem compreenda as necessidades subjetivas do paciente e de sua família. Mais do que ouvir, trata-se de acolher expressões de sofrimento, desejos e temores, muitas vezes não verbalizados, mas presentes em gestos, olhares e silêncios. A comunicação entre os profissionais de saúde, especialmente no âmbito da enfermagem, assume um papel central para garantir um cuidado ético e humanizado. A comunicação ineficaz dentro da equipe de enfermagem é uma limitação que compromete a continuidade e a qualidade da assistência, dificultando a interação entre profissionais e pacientes (Broca; Ferreira, 2015).

Além disso, o excesso de dependência da comunicação verbal, sem a valorização de outros elementos, reduz a efetividade do processo comunicativo, podendo gerar falhas na troca de informações e impactar negativamente o cuidado prestado. Contudo, fatores como hierarquia, poder e status podem influenciar a comunicação, criando barreiras que prejudicam a compreensão entre os membros da equipe. A comunicação, sendo essencial para o cuidado humanizado, deve abranger tanto os aspectos verbais quanto não verbais, favorecendo uma interação mais eficiente e segura dentro do ambiente de trabalho (Broca; Ferreira, 2015).

Contudo, para que a comunicação e a humanização em CP sejam efetivos, é imprescindível a formação adequada dos profissionais de saúde. Um dos principais desafios nos CP para as pessoas idosas refere-se a necessidade de formação especializada dos profissionais de saúde. Mesmo que tenha um aumento na procura por esse tipo de serviço, a formação continua restrita na maioria dos cursos de graduação na área da saúde. Após estudos em 2018, apenas 14 cursos de Medicina no Brasil ofertavam disciplinas sobre cuidados paliativos, e em 2020, apenas 37,2% dos serviços de cuidados paliativos estavam envolvidos no ensino acadêmico sobre o tema (Salman *et al.*, 2024).

Essa deficiência compromete a qualidade do atendimento prestado aos pacientes em estágios avançados de doenças ameaçadoras de vida, considerando que a comunicação eficaz, o apoio emocional e manejo adequado da dor são habilidades essenciais para garantir um atendimento humanizado. Ademais, observa-se a carência de programas de educação permanente que mantenham os profissionais que atuam nessa área atualizados frente às novas práticas e evidências científicas (Salman *et al.*, 2024).

Além disso, a formação acadêmica em enfermagem ainda apresenta lacunas significativas no que diz respeito ao preparo dos profissionais para a atuação em cuidados paliativos. Apesar do aumento da demanda por esse tipo de assistência, o tema permanece pouco explorado na graduação, sendo frequentemente abordado de forma superficial ou restrito a disciplinas optativas. Essa fragilidade no processo formativo compromete a qualidade do cuidado prestado a pacientes em situações de terminalidade e a seus familiares, uma vez que muitos profissionais não se sentem adequadamente preparados para lidar com os múltiplos aspectos envolvidos no processo de morrer, incluindo dimensões físicas, emocionais e espirituais (Sarmento *et al.*, 2021).

Na ausência de protocolos de comunicação claros e treinamento específico, é difícil estabelecer um diálogo aberto e acolhedor em um ambiente paliativo. A comunicação ineficaz também pode resultar em interpretação incorreta dos tratamentos, aumentar a ansiedade da família e dificultar as decisões compartilhadas, o que compromete a qualidade da assistência prestada (Cunha; Soeiro; Campos, 2023).

A comunicação paliativa eficaz deve ser contínua, envolvendo informações técnicas, aspectos emocionais, sociais e espirituais do paciente. Investir em programas de comunicação e capacitação dos profissionais de enfermagem contribui para melhorar a assistência e promover um cuidado mais humanizado e centrado no paciente (Cunha; Soeiro; Campos, 2023).

Outro desafio em CP é a dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde em lidar com a morte e a perda dos seus pacientes. A formação acadêmica frequentemente prioriza a preservação da vida e a busca pela cura, dedicando pouco espaço à preparação para lidar com a morte. Esse enfoque faz com que a morte seja percebida como um fracasso, resultando em sentimento de impotência e angústia emocional entre os profissionais que atuam em CP.

O impacto desse espaço na formação, acaba se refletindo na prática, onde os profissionais desenvolvem defesas para evitar o envolvimento emocional com pacientes terminais. Negar a morte e o distanciamento emocional são estratégias adotadas para autoproteção. Porém, pode acabar prejudicando a qualidade da assistência, sabendo que a humanização do cuidado necessita de uma abordagem empática e acolhedora, especialmente diante o sofrimento do paciente e de seus familiares (Borges; Mendes, 2012).

Dessa forma, percebe-se que existem obstáculos para a implementação dos CP no Brasil, e um dos principais desafios é a falta de recursos. Visto o crescente número de pessoas idosas e o consequente aumento da prevalência de DCNT, é necessário um sistema de saúde mais preparado e estruturado. Porém, a disponibilidade desses serviços é limitada pela alocação inadequada de recursos financeiros e materiais. Em muitas regiões, especialmente nas mais afastadas dos grandes centros urbanos, a qualidade do atendimento prestado a pacientes em estágios avançados de doenças graves é comprometida pela falta de equipamentos especializados e medicamentos necessários (Floriani; Schramm, 2007).

Além da falta de recursos, a infraestrutura inadequada é outra grande barreira. O acesso a unidades de saúde com apoio paliativo é restrito, e a maioria das unidades básicas de saúde e hospitais da região não possuem leitos específicos para esses pacientes. A ausência de estrutura organizacional para suporte contínuo e eficaz dificulta o atendimento domiciliar, que poderia ser uma alternativa viável. Como resultado, muitos pacientes sofrem sem suporte adequado, sobrepondo suas famílias e o sistema de saúde (Floriani; Schramm, 2007).

Assim, a implementação dos CP enfrenta desafios estruturais, culturais e operacionais que impactam na qualidade da assistência prestada as pessoas idosas. A escassez de recursos financeiros e humanos, a infraestrutura inadequada e a falta de capacitação dos profissionais acabam dificultando o aumento e a solidificação

desses serviços. A predominância do modelo curativista na saúde e as barreiras culturais contribuem para a resistência da adoção das práticas paliativas desde os estágios iniciais das doenças.

Frente a isso, é essencial o fortalecimento de políticas públicas apontadas para a ampliação da capacitação profissional e a conscientização da sociedade sobre a importância desse modelo. Somente por meio da integração e também da abordagem multidisciplinar torna-se possível garantir um atendimento digno e humanizado as pessoas idosas que necessitam desse cuidado. Ao ver toda a trajetória de evolução, é de grande importância entender a atuação da enfermagem em consonância aos princípios dos CP, por meio do planejamento de cuidados que garantam assistência humanizada e respeito à autonomia, dignidade e conforto do paciente e de sua família.

O cuidar da enfermagem: estratégias no atendimento à pessoa idosa em cuidados paliativos

As estratégias de cuidado no contexto dos CP, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), envolvem múltiplos aspectos que vão desde a qualificação profissional até o suporte integral ao paciente e sua família. Um dos principais desafios identificados é a formação incipiente dos profissionais de enfermagem em relação ao tema, o que demanda ações contínuas de educação permanente como estratégia fundamental para aprimorar a assistência prestada.

Nesse sentido, o estudo de Fonseca *et al.* (2022) destaca a relevância da capacitação dos enfermeiros como meio de garantir cuidados mais eficazes e humanizados. A pesquisa teve como objetivo, analisar e sintetizar a produção científica relacionada à atuação do enfermeiro junto a pessoas em CP na APS, revelando que, ao desenvolverem habilidades específicas de observação e comunicação, os enfermeiros conseguem adaptar seus cuidados às necessidades individuais dos pacientes. Entretanto, o estudo também evidenciou obstáculos persistentes, como a falta de confiança e o escasso apoio no trabalho em equipe multidisciplinar.

O papel do enfermeiro em CP é importante para garantir o bem-estar do paciente e proporcionar um sistema de apoio integrado envolvendo mais que somente o controle de sintomas físicos. Uma das principais responsabilidades da enfermagem é o gerenciamento e o controle da dor, é um dos pilares desse tipo de cuidado. O enfermeiro tem papel fundamental no planejamento do plano de cuidados quando, com base nas necessidades de cada paciente, usando instrumentos de avaliação que permitam se adaptar as intervenções, o que resulta no alívio de sofrimento e garante maior nível de conforto. Da mesma forma, tratar os sintomas como a náusea, vômitos e dificuldades respiratórias ajuda a melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa durante esse momento (Santos; Sousa; Ornellas, 2023).

O apoio psicológico que a família e também os pacientes recebem é outro pilar importante do trabalho do enfermeiro em CP. Construir um relacionamento de confiança que se baseie em empatia e na escuta ativa é essencial para entender demandas emocionais e dar apoio diante dos desafios. Além de criar um ambiente que seja acolhedor, que estimule a conversa e o manejo das situações de terminalidade de forma mais humanizada e respeitosa, o profissional tem um papel educativo ao orientar a família sobre todo o processo de cuidado e tratamentos paliativos (Santos; Sousa; Ornellas, 2023).

Ao ver toda a complexidade dos cuidados paliativos, a enfermagem tem papel essencial na promoção do conforto e qualidade de vida dos pacientes em estágio bem avançado de doenças crônicas. A aceitação de estratégias começa desde o controle de dor até o suporte emocional e educacional às famílias contribuindo em um atendimento mais humanizado e eficiente. A qualificação contínua do profissional de enfermagem e o trabalho com a equipe multiprofissional são fatores de suma importância para a efetividade desse cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre as questões relacionadas a saúde da pessoa idosa, em especial, no tocante aos CP é necessário, com vistas à importância de uma assistência humanizada, integral e centrada nas necessidades singulares de cada paciente. Assim, ao apresentar uma contextualização teórica acerca da temática, alicerçada ao cuidar da enfermagem, bem como sobre os desafios e limitações no cuidado paliativo à pessoa idosa, esse estudo contribui com subsídios para reflexão, aprofundamento, ampliação e continuidade das discussões acerca da temática em tela.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. L. et al. Fundamentos dos cuidados paliativos: uma abordagem integral. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 101-110, 2019.

ASFORA, V. J.; ASFORA, R. G. Estatuto do Idoso: uma análise crítica da sua implementação no Brasil. **Revista de Direito da Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 100-113, 2015.

AZEVEDO, C. et al. Perspectivas para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 15, n. 4, p. 629–637, 2016. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5370>. Acesso em: 17 jul. 2025.

BARBOSA, A. L. R. et al. Estado atual dos cuidados paliativos no mundo: uma tipologia classificatória. **Journal of Pain & Symptom Management**, v. 41, n. 6, p. 1140-1152, 2011.

BORGES, M. R.; MENDES, E. A. Aspectos emocionais e a formação dos profissionais em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 605-612, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Política Nacional de Cuidados Paliativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Diretrizes para organização dos cuidados paliativos no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2018.

BROCA, P. S.; FERREIRA, S. M. Comunicação em equipes de enfermagem e sua influência no cuidado humanizado. **Revista de Enfermagem Atual**, v. 40, n. 1, p. 56-64, 2015.

CANO, A. M. et al. Aspectos éticos da ortotanásia, distanásia e eutanásia. **Revista de Bioética e Humanidades**, v. 12, n. 3, p. 101-108, 2020.

CAPELAS, M. et al. Comunicação em cuidados paliativos: desafios e estratégias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 1-9, 2016.

CECONELO, M.; ERBS, L. H.; GEISLER, S. Processo ativo de morte e cuidados paliativos: abordagem humanizada. **Jornal de Cuidados Paliativos**, v. 8, n. 2, p. 110-118, 2022.

CHIARELLI, P.; BATISTONI, S. A Década do Envelhecimento Saudável da ONU: avanços e desafios no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-12, 2022.

COUTO, T. C.; RODRIGUES, A. S. Formação e desafios dos profissionais em cuidados paliativos. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 45, 2020.

CUNHA, A. B.; SOEIRO, A. M.; CAMPOS, M. L. Comunicação paliativa eficaz: estratégias e desafios. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 10, n. 2, p. 120-130, 2023.

FLORIANI, C. R.; SCHRAMM, F. R. Barreiras e desafios na implementação dos cuidados paliativos no Brasil. **Revista de Medicina**, v. 86, n. 2, p. 135-140, 2007.

FLORIANI, C. R.; SCHRAMM, F. R. História dos cuidados paliativos: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, n. 1, p. 45-50, 2010.

FONSECA, L. M. et al. Atuação do enfermeiro em cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, e20220025, 2022.

GOMES, B.; OTHERO, J. Evolução do conceito de cuidados paliativos: da OMS à prática contemporânea. **Jornal de Cuidados Paliativos**, v. 5, n. 1, p. 20-29, 2016.

GOMES, S. A. et al. Outpatient Palliative Care Program: Impact on Home Death Rate in Brazil. **Cancers**, Basel, v. 16, n. 7, p. 1380, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6694/16/7/1380>. Acesso em: 17 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da população por sexo e idade, 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 17 jul. 2025.

JANINI, A. C. A.; BESSLER, M. A.; VARGAS, R. P. Educação em saúde para o envelhecimento saudável: análise das práticas educativas voltadas à pessoa idosa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1-12, 2015.

JIANG, Y. et al. Impact of nurse-led palliative care on symptom management and quality of life outcomes in elderly cancer patients: a retrospective study. **BMC Palliative Care**, [S. I.], v. 22, n. 1, 2023. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-023-01259-1>. Acesso em: 17 jul. 2025.

KREFTING, L. et al. Team approaches in palliative care: a review of the literature. **Journal of Palliative Medicine**, New York, v. 23, n. 5, p. 650–656, 2020.

LOBATO, J. F. et al. Nurses' role in palliative care for the elderly population: challenges and contributions to comprehensive care. **Research, Society and Development**, [S. I.], v. 13, n. 3, p. 1–10, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/48371>. Acesso em: 17 jul. 2025.

UNDER, U. et al. Barriers and strategies in implementing palliative care for older patients with multimorbidity: a narrative literature review. **BMC Geriatrics**, London, v. 18, n. 1, 2018. Disponível em: <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0914-0>. Acesso em: 17 jul. 2025.

MARTIN, S. A. et al. Terminalidade da vida: aspectos clínicos e éticos. **Revista de Bioética**, v. 14, n. 1, p. 22-30, 2006.

MORITZ, R. et al. Definição e distinção entre terminalidade da vida e fase final. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 13, n. 3, p. 150-157, 2008.

NOGARIO, M. C. et al. Implementação e impacto da Resolução nº 41/2018 no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 456-466, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030. Washington, D.C.: OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel>. Acesso em: 17 jul. 2025.

PAIVA, B. S.; ALMEIDA JÚNIOR, A. M.; DAMÁSIO, B. A. Cuidados paliativos e o processo do morrer: perspectivas éticas e humanizadas. **Revista de Ética em Saúde**, v. 9, n. 1, p. 75-85, 2014.

QUEIROGA, M. M. et al. Fisiologia do envelhecimento: uma revisão atualizada. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-10, 2020.

REGO, S. O que a enfermagem pode aprender com uma apreciação adequada dos cinco estágios. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, 2019.

ROQUE, T. S. et al. Palliative care in elderly people: a literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. e930941019, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3010>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SALMAN, R. et al. Ensino dos cuidados paliativos nos cursos de Medicina no Brasil: panorama e desafios. **Revista Médica Brasileira**, v. 90, n. 1, p. 10-18, 2024.

SARMENTO, I. T. et al. Formação acadêmica em enfermagem e desafios para cuidados paliativos. **Revista Enfermagem Atual**, v. 17, n. 1, p. 45-53, 2021.

SANTOS, M. A.; SOUSA, R. F.; ORNELLAS, A. P. Estratégias de cuidado e o papel do enfermeiro em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem Atual**, v. 41, n. 2, p. 112-120, 2023.

SILVA, R. R.; GALINDO, C. M. Análise da dinâmica demográfica do envelhecimento populacional no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, p. 1-9, 2023.

SOUZA, R. P. et al. Limitações e avanços nos cuidados paliativos para pacientes com prognóstico incerto. **Revista de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 301-310, 2022a.

TORRES, L. O. et al. Políticas públicas para o envelhecimento no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 128, p. 213-224, 2020.

WANG, T. et al. Enhancing nursing's role in community-based palliative care: closing gaps to improve patient outcomes. **BMC Nursing**, [S. l.], v. 23, n. 1, 2024. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-00959-4>. Acesso em: 17 jul. 2025.