

RECONHECIMENTO PRECOCE DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS PELA ENFERMAGEM: SINAIS CLÍNICOS, JULGAMENTO PROFISSIONAL E OPORTUNIDADES PARA UM CUIDADO OPORTUNO

Michele Renata Zimolo Varasquim¹

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: michelevarasquim@ufpr.br. ORCID: 0009-0005-4343-6204.

RESUMO

Identificar precocemente necessidades de cuidados paliativos continua sendo um desafio quando a assistência se orienta pela expectativa de reconhecer com segurança que a morte está próxima. Este capítulo tem como objetivo discutir como a enfermagem pode reconhecer, antes de uma definição de terminalidade, mudanças clínicas e funcionais que indiquem necessidade de avaliação paliativa em adultos com doenças graves ou potencialmente limitantes da vida. Trata-se de estudo teórico-reflexivo, construído a partir de literatura científica e documentos clínicos selecionados por sua relação com enfermagem, avaliação de necessidades, instrumentos de identificação, comunicação, planejamento antecipado e integração precoce dos cuidados paliativos. A discussão mostra que declínio funcional, dependência crescente, sintomas persistentes, internações repetidas, sobrecarga familiar e mudanças nas preferências ganham significado quando são acompanhados ao longo do tempo e interpretados no contexto da pessoa. SPICT, SPICT-BR e Pergunta Surpresa podem organizar a atenção, mas não substituem julgamento clínico, investigação de causas reversíveis nem decisão multiprofissional. A contribuição da enfermagem está, sobretudo, em transformar observações do cotidiano em informação clínica compartilhável e capaz de mobilizar uma resposta. Reconhecer cedo não é antecipar uma conclusão sobre a morte; é criar tempo para controlar sintomas, conversar sobre prioridades e planejar um cuidado proporcional ao que a pessoa vive e valoriza.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Enfermagem; Julgamento Clínico; Avaliação de Necessidades; Planejamento Antecipado do Cuidado.

ABSTRACT

Early recognition of palliative care needs remains difficult when care is guided by the expectation that clinicians must first be certain that death is near. This chapter discusses how nurses can identify, before a formal determination of terminal status, clinical and functional changes that may indicate the need for palliative assessment in adults living with serious or potentially life-limiting illness. This is a theoretical-reflective study based on scientific literature and clinical documents selected for their relevance to nursing, needs assessment, identification tools, communication, advance care planning, and early palliative care integration. The discussion shows that functional decline, increasing dependence, persistent symptoms, repeated hospital use, caregiver burden, and changes in patient preferences become more meaningful when followed over time and interpreted within the person's context. SPICT, SPICT-BR, and the Surprise Question may help organize attention, but

they do not replace clinical judgment, assessment of reversible causes, or multidisciplinary decision-making. Nursing contributes particularly by turning everyday observations into clinical information that can be shared and acted upon. Early recognition does not mean anticipating a conclusion about dying; it means creating time to relieve symptoms, discuss priorities, and plan care that is proportionate to what the person is experiencing and values.

Keywords: Palliative Care; Nursing; Clinical Judgment; Needs Assessment; Advance Care Planning.

1 INTRODUÇÃO

Reconhecer que uma pessoa pode se beneficiar de cuidados paliativos não deveria depender de a morte parecer próxima. Ainda assim, em muitos serviços, essa abordagem só entra na conversa nos últimos dias de vida, quando tratamentos são suspensos ou quando a equipe entende que já não há possibilidade de modificar a doença. Nessa altura, sintomas podem ter permanecido tempo demais sem controle, a família teve pouco espaço para se preparar e decisões importantes acabam concentradas em situações de crise.

Essa compreensão é mais ampla. Em vez de tentar responder apenas quanto tempo resta, importa entender o que a pessoa está vivendo agora, o que lhe causa sofrimento e se o tratamento oferecido ainda corresponde aos seus objetivos e valores. Na oncologia, a diretriz atualizada da American Society of Clinical Oncology recomenda integrar precocemente cuidados paliativos especializados ao tratamento oncológico de pessoas com câncer avançado, sobretudo quando persistem sintomas ou necessidades psicossociais e espirituais não atendidas (SANDERS et al., 2024).

Para a enfermagem, isso aparece em situações muito concretas do dia a dia. O enfermeiro vê a pessoa que já não consegue ir sozinha ao banheiro, o banho que passa a exigir ajuda, a dispneia que interrompe uma conversa, a refeição quase intocada, a recuperação cada vez menor depois de uma internação, a família que começa a se esgotar ou o paciente que pergunta, com cuidado, se continuar determinado tratamento ainda faz sentido.

Nenhum desses achados, sozinho, define terminalidade. Eles podem, porém, mostrar que a experiência de viver com a doença mudou e que o plano de cuidado talvez precise mudar também. Cabe ao julgamento clínico da enfermagem reconhecer se essas alterações se repetem, formam um padrão, têm causas reversíveis e estão aumentando o sofrimento. Revisão recente sobre integração precoce de cuidados paliativos em câncer avançado descreve funções de enfermagem que incluem avaliação e manejo de sintomas, coordenação, comunicação, planejamento e apoio a pacientes e cuidadores (ALQAISI et al., 2026).

A enfermagem ocupa uma posição singular nesse reconhecimento porque acompanha de perto mudanças na função, nos sintomas, na dependência, na resposta às intervenções e nas preocupações de pacientes e familiares. Essa proximidade, contudo, só se torna clinicamente útil quando é acompanhada de método, comunicação e articulação com a equipe. O desafio não é atribuir ao enfermeiro a tarefa de prognosticar ou declarar uma transição para o fim da vida, mas

compreender como o que ele observa e escuta pode ajudar a evitar que necessidades importantes sejam reconhecidas apenas em situação de crise.

Objetivo: discutir como a enfermagem pode reconhecer precocemente necessidades de cuidados paliativos em adultos com doenças graves ou potencialmente limitantes da vida, articulando observação longitudinal, julgamento clínico, instrumentos de apoio, comunicação e trabalho multiprofissional.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo teórico-reflexivo, de abordagem qualitativa, elaborado a partir de literatura técnico-científica e documentos clínicos sobre identificação precoce de necessidades paliativas em adultos com doenças graves. A seleção do material foi intencional e orientada pelo objetivo do capítulo. Foram priorizadas publicações de 2021 a 2026, em português e inglês, sobre papel da enfermagem, avaliação de necessidades, integração precoce dos cuidados paliativos, comunicação, planejamento antecipado e instrumentos de apoio, mantendo-se trabalhos anteriores quando necessários para compreender o desenvolvimento do SPICT. Foram considerados artigos originais, revisões sistemáticas e de escopo, diretriz profissional, documentos do programa SPICT e a dissertação brasileira de adaptação cultural do SPICT-BR. O conjunto final reuniu 16 referências. A análise foi construída por leitura crítica e síntese temática, procurando aproximar as evidências das situações encontradas na prática de enfermagem e explicitar os limites de cada instrumento e da própria atuação profissional. Por se tratar de reflexão teórico-prática, e não de revisão sistemática, não se pretende esgotar a literatura nem estimar efeito ou prevalência.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura examinada converge em um ponto: reconhecer necessidades paliativas é diferente de prever com exatidão quanto tempo uma pessoa viverá. A partir dessa distinção, a discussão foi organizada em cinco eixos que aproximam instrumentos, evidências e situações concretas do trabalho de enfermagem.

3.1 Reconhecer necessidades antes de nomear a terminalidade

Um dos motivos pelos quais os cuidados paliativos chegam tarde é a expectativa de que a equipe primeiro tenha certeza de que a morte está próxima. Essa certeza, muitas vezes, não existe. Trajetórias de câncer, insuficiências orgânicas, doenças neurológicas, fragilidade e multimorbidade podem alternar períodos de estabilidade, crises e recuperações parciais. A incerteza prognóstica, porém, não torna menos reais a dor, a falta de ar, a perda de autonomia, a angústia, a sobrecarga de quem cuida ou a necessidade de conversar sobre o que fazer se a saúde piorar.

Quando o raciocínio se desloca do tempo restante para as necessidades presentes, a avaliação se torna possível mesmo com prognóstico incerto. O SPICT foi criado para ajudar profissionais a reconhecer pessoas cuja saúde está em declínio e que podem se beneficiar de avaliação paliativa e planejamento de cuidados. O programa ressalta que a ferramenta não foi feita para prever a expectativa de vida de um indivíduo, mas para apoiar o reconhecimento da deterioração e a revisão do cuidado (HIGHET et al., 2014; UNIVERSITY OF ST ANDREWS, 2026).

Essa distinção importa porque instrumentos de identificação não funcionam como testes que definem quem 'é' ou 'não é' paliativo. Em revisão sistemática e meta-análise, Xie et al. (2024) identificaram sete instrumentos voltados ao reconhecimento precoce de necessidades paliativas. O desempenho variou entre estudos e cenários; o SPICT foi a ferramenta mais investigada, mas também apresentou heterogeneidade. Uma ferramenta pode organizar a atenção, mas não conhece a história da pessoa, não interpreta valores e não substitui avaliação clínica cuidadosa.

Também é necessário separar necessidade paliativa de encaminhamento obrigatório para uma equipe especializada. Muitas demandas podem ser acolhidas pela própria equipe assistencial, desde que ela disponha de competências básicas em controle de sintomas, comunicação e planejamento. Situações de maior complexidade física, emocional, social, espiritual ou decisória podem exigir apoio especializado. Identificar cedo, portanto, significa reconhecer que há algo a ser cuidado e decidir qual resposta é adequada, e não aplicar uma classificação que encerre a discussão.

3.2 O que a enfermagem percebe quando acompanha a trajetória

A proximidade da enfermagem não é apenas uma questão de tempo ao lado do paciente. Ela produz um tipo particular de conhecimento clínico. Ao administrar medicamentos, auxiliar na mobilização, avaliar dor, acompanhar a alimentação, conversar com familiares, realizar uma consulta ou retornar uma ligação, o enfermeiro observa como a doença interfere na vida concreta. Muitas vezes, a mudança mais relevante não está em um único sinal vital ou exame, mas na distância entre aquilo que a pessoa conseguia fazer há algumas semanas e aquilo que consegue fazer hoje.

A deterioração progressiva costuma ser silenciosa. Em vez de um evento único e inequívoco, surgem pequenas perdas sucessivas: mais horas no leito, menor ingestão, necessidade de ajuda para tarefas antes independentes, menor tolerância ao esforço, intervalos cada vez menores entre crises e uma recuperação que já não devolve o paciente ao estado anterior. A continuidade do acompanhamento permite reconhecer esse movimento. É uma leitura temporal, construída pela comparação, e não apenas pela fotografia de um plantão.

Essa capacidade de perceber mudanças sutis foi observada em estudo qualitativo com trabalhadores de enfermagem de instituições de longa permanência. A familiaridade com o residente ajudava a identificar alterações, mas os participantes também descreviam dificuldades para interpretar e discutir o que percebiam, especialmente quando faltavam conhecimento, canais de comunicação ou reconhecimento da contribuição da enfermagem (BAGCHUS et al., 2024). O dado ajuda a entender uma diferença decisiva: perceber uma mudança não garante que ela se transforme em decisão clínica. Para isso, a observação precisa ser nomeada, contextualizada, registrada e compartilhada.

Em pessoas com demência ou limitação importante para o autorrelato, essa dimensão observacional se torna ainda mais relevante. Uma revisão de escopo encontrou que enfermeiros recorrem com frequência a alterações de comportamento, mudanças em relação ao padrão habitual e informações de familiares e colegas para reconhecer necessidades. Ao mesmo tempo, grande parte dos estudos se concentrava na dor, deixando menos desenvolvida a avaliação de outras dimensões

do sofrimento (DE WOLF-LINDER et al., 2022). Isso mostra que conhecer bem a pessoa ajuda, mas não dispensa uma avaliação deliberadamente ampla.

O valor da enfermagem, portanto, não está em uma suposta capacidade intuitiva de 'saber' quando alguém está no fim da vida. Está em acompanhar, comparar, perguntar e reunir informações que outros profissionais podem observar apenas de forma fragmentada. Quando esse conhecimento longitudinal se combina com avaliação sistemática e comunicação clara, a enfermagem pode tornar visível uma mudança de trajetória antes que ela apareça apenas como mais uma urgência.

Os sinais que justificam uma avaliação paliativa não pertencem a uma única doença. O SPICT reúne indicadores como piora funcional com reversibilidade limitada, dependência crescente, perda de peso, sintomas persistentes apesar de tratamento adequado, atendimentos urgentes ou internações não planejadas e desejo de reduzir tratamentos ou priorizar qualidade de vida (UNIVERSITY OF ST ANDREWS, 2026). Nenhum desses achados tem o mesmo significado em todas as pessoas; o valor está em observar como se combinam e o que revelam sobre a trajetória clínica.

Para a enfermagem, a tendência costuma dizer mais do que um dado isolado. Precisar de ajuda para caminhar hoje pode decorrer de infecção, dor, anemia, efeito medicamentoso ou outra condição potencialmente reversível. A preocupação muda quando essa perda se soma a emagrecimento, reinternações, falta de ar persistente e redução progressiva da autonomia. O raciocínio clínico consiste em entender se esses fatos apontam para uma mudança consistente na forma como a pessoa está vivendo e respondendo à doença.

O declínio funcional merece atenção especial porque traduz, de maneira muito direta, o impacto da doença no cotidiano. Em estudo brasileiro com 203 pacientes hospitalizados, 69,4% apresentavam Palliative Performance Scale abaixo de 70% e 51,2% preenchiam ao menos um critério do SPICT-BR (BORGES; DIAS, 2024). Esses números não podem ser generalizados para todos os hospitais, mas mostram como alterações funcionais e outros indicadores de necessidade paliativa podem estar presentes em pacientes que ainda circulam por setores não especializados e nem sempre foram formalmente reconhecidos como necessitando dessa abordagem.

Sintomas persistentes também exigem cuidado na interpretação. Dor, dispneia, fadiga, náusea, delirium, ansiedade, anorexia, constipação e insônia podem surgir em diferentes fases da doença e não indicam terminalidade por si mesmos. O que pede revisão é o sofrimento que persiste apesar de medidas adequadas, interfere cada vez mais na vida diária ou exige intervenções sucessivas com pouco alívio. Nesses casos, não basta procurar o próximo medicamento: é preciso entender o que mantém o sofrimento, o que ainda pode ser revertido, o que a pessoa considera tolerável e o que espera do tratamento.

A repetição de idas à urgência e internações não planejadas também pode revelar uma trajetória que não está sendo suficientemente compreendida. Uma nova hospitalização pode ser necessária e apropriada; o problema é tratar cada episódio como se não tivesse relação com os anteriores. Quando as crises se repetem, vale investigar controle de sintomas, capacidade de cuidado no domicílio, compreensão do plano terapêutico, disponibilidade de suporte, progressão da doença e preferências diante de novas deteriorações.

A mudança na dependência familiar precisa ser observada com a mesma seriedade. À medida que a pessoa passa a necessitar de ajuda para se alimentar, tomar banho, se mobilizar, administrar medicamentos ou tomar decisões, o cuidado se expande para quem sustenta essas tarefas. Exaustão, medo de não reconhecer uma piora e insegurança sobre quando procurar ajuda não são aspectos periféricos. São parte da situação clínica e podem influenciar diretamente a segurança, a permanência no domicílio e a experiência de sofrimento de toda a família.

Algumas falas também merecem ser tratadas como informação clínica. Quando um paciente diz 'não quero voltar para o hospital', 'tenho medo de sofrer' ou pergunta se vale a pena continuar, pode estar expressando cansaço, prioridades, dúvidas sobre benefício ou necessidade de informação. O enfermeiro não precisa decidir sozinho sobre prognóstico ou continuidade de tratamento, mas precisa explorar o que a pessoa quis dizer, reconhecer a relevância daquela fala e garantir que a questão seja discutida pela equipe.

3.3 Instrumentos de apoio: SPICT, SPICT-BR e Pergunta Surpresa

Instrumentos de identificação ajudam quando reduzem esquecimentos e organizam dados que poderiam ficar dispersos. Perdem valor quando passam a funcionar como resposta pronta. Um escore ou conjunto de indicadores deve abrir uma avaliação e orientar uma revisão, não decidir sozinho os objetivos do cuidado.

O SPICT combina indicadores gerais de deterioração com indicadores relacionados a diferentes condições que encurtam a vida. Seu desenvolvimento buscou oferecer às equipes multiprofissionais uma forma prática de reconhecer pacientes em risco de piora e morte e considerar necessidades de cuidado paliativo e de suporte (HIGHET et al., 2014). A versão atual reforça que o foco está no declínio da saúde, na avaliação holística e no planejamento do cuidado presente e futuro, e não na previsão individual do tempo de vida (UNIVERSITY OF ST ANDREWS, 2026).

Muitos de seus indicadores dialogam diretamente com o trabalho de enfermagem: atendimentos urgentes recorrentes, piora funcional, maior dependência, perda de peso, sintomas que permanecem problemáticos e mudanças no que a pessoa deseja em relação ao tratamento. Isso favorece sua utilização como apoio para organizar dados que, de outro modo, poderiam ficar dispersos entre registros, plantões e diferentes pontos da rede assistencial.

A revisão de Xie et al. (2024), no entanto, encontrou heterogeneidade relevante entre os estudos que avaliaram instrumentos de rastreamento. Esse dado é importante para evitar uma falsa sensação de precisão. A presença de poucos indicadores não exclui sofrimento significativo, assim como muitos indicadores não significam que todas as alterações sejam irreversíveis. O resultado do instrumento deve conduzir a uma avaliação mais atenta, e não abreviar o raciocínio.

Em cuidados agudos, Paulik et al. (2024) avaliaram a implementação do SPICT em um serviço hospitalar e acompanharam, entre outros aspectos, mortalidade e documentação de planejamento antecipado. Estudos desse tipo ajudam a mostrar que a utilidade de uma ferramenta depende do que acontece depois de sua aplicação. Identificar sem definir quem reavalia, quem conversa, quem registra e quem acompanha tende a acrescentar mais um formulário à rotina, sem necessariamente melhorar o cuidado.

SPICT-BR: uma ferramenta mais próxima do contexto brasileiro

A adaptação cultural do SPICT para o português brasileiro tornou a ferramenta mais próxima da prática nacional. Em dissertação defendida na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Bento (2025) adaptou a versão 2022, avaliou validade de face e conteúdo e analisou concordância interobservador. O SPICT-BR resultou em 29 itens - seis indicadores gerais e 23 clínicos - com índices globais de validade de conteúdo elevados e concordância interobservador classificada como quase perfeita para todos os itens.

Os resultados são promissores, mas não encerram a validação do instrumento. A etapa de concordância interobservador envolveu dois profissionais e 30 pacientes, e a própria autora recomenda novas avaliações em outros contextos assistenciais (BENTO, 2025). A página oficial do programa mantém o SPICT-BR disponível para diferentes cenários e explicita que ele não tem finalidade prognóstica (UNIVERSITY OF ST ANDREWS, [s.d.]). Seu lugar, portanto, é o de apoio ao raciocínio clínico, não o de resposta definitiva sobre uma trajetória de vida.

Para a enfermagem, uma contribuição prática do SPICT-BR é oferecer linguagem compartilhável. Dizer apenas que 'o paciente está piorando' pode produzir pouca resposta; descrever perda recente de autonomia, duas internações no último mês, queda persistente da ingestão e sintomas ainda limitantes torna a preocupação compreensível para outros profissionais e facilita a continuidade entre turnos e serviços.

O instrumento também pode dialogar com o Processo de Enfermagem sem virar uma tarefa burocrática à parte. Seus indicadores podem qualificar a coleta de dados, ajudar a definir prioridades e orientar reavaliações. O rastreamento só faz sentido, porém, se gerar alguma resposta: melhor controle de sintomas, apoio ao cuidador, conversa sobre prioridades, revisão terapêutica, planejamento de alta ou discussão com equipe especializada.

A Pergunta Surpresa e seus limites

A chamada Pergunta Surpresa, 'Eu ficaria surpreso se esta pessoa morresse nos próximos 12 meses?', tornou-se popular por ser simples e rápida. Ela pode funcionar como um convite para o profissional refletir sobre prognóstico, mas sua simplicidade também é sua principal limitação. Uma resposta subjetiva não descreve quais necessidades estão presentes nem substitui uma avaliação paliativa.

Em revisão sistemática e meta-análise com 56 coortes e 68.829 pacientes, Gupta et al. (2025) encontraram sensibilidade e especificidade agrupadas de 0,69 e acurácia de 0,71, com elevada heterogeneidade. O desempenho variou conforme população, horizonte temporal e experiência do avaliador. A Pergunta Surpresa pode chamar atenção para quem merece avaliação mais cuidadosa, mas não tem precisão suficiente para decidir, sozinha, quem deve ou não receber cuidados paliativos.

No estudo brasileiro de Borges e Dias (2024), as respostas à Pergunta Surpresa se associaram ao PPS e aos critérios do SPICT-BR em pacientes hospitalizados. Isso sugere utilidade como estratégia de sensibilização quando combinada a outras informações. Trata-la como teste

binário, porém, empobrece seu uso: o principal ganho é fazer o profissional interromper o automatismo da rotina e voltar a examinar a trajetória daquela pessoa.

Para a enfermagem, pode ser mais útil associar a reflexão prognóstica a uma pergunta de necessidade: mesmo sem saber quanto tempo esta pessoa viverá, existe sofrimento, declínio ou dificuldade de cuidado suficiente para justificar uma avaliação paliativa agora? Essa formulação não elimina a incerteza. Ela evita que a incerteza se transforme em motivo para adiar o cuidado.

3.4 Julgamento clínico e comunicação: quando reconhecer precisa mudar o cuidado

Julgamento clínico e instrumentos não competem entre si. Uma impressão como 'ele não está como antes' pode ter valor, especialmente quando vem de quem acompanha o paciente há tempo, mas precisa ser examinada. O passo seguinte é perguntar o que mudou, quando começou, se existem causas reversíveis, qual é a intensidade da mudança e como ela afeta sintomas, funcionalidade, autonomia, prioridades e capacidade de cuidado da família.

Esse cuidado com a interpretação protege de dois erros opostos. Um é normalizar perdas sucessivas até que somente uma grande crise pareça digna de revisão. O outro é concluir cedo demais que todo declínio é irreversível e, com isso, deixar de investigar ou tratar condições potencialmente benéficas. Cuidados paliativos não pedem abandono do raciocínio diagnóstico. Pedem que benefício, carga do tratamento, reversibilidade e desejos da pessoa sejam considerados ao mesmo tempo.

Na prática, o raciocínio pode seguir um percurso simples: reconhecer a diferença em relação ao padrão habitual, reunir dados que sustentem essa percepção, compreender o impacto da mudança na vida da pessoa e comunicar a preocupação com uma proposta de revisão. O valor dessa sequência está em transformar uma sensação vaga em uma contribuição clínica verificável, sem apagar a experiência acumulada do profissional que percebeu a mudança primeiro.

A evidência sobre avaliações paliativas conduzidas por enfermeiros ainda é limitada. A revisão sistemática de Singh et al. (2025) encontrou poucos estudos e resultados heterogêneos para qualidade de vida e carga de sintomas. Uma avaliação bem feita, portanto, não basta: ela precisa estar ligada a intervenções, capacidade de resposta do serviço e acompanhamento.

O ensaio CONNECT mostra essa complexidade. A intervenção de cuidados paliativos primários conduzida por enfermeiros de oncologia não melhorou significativamente a qualidade de vida na análise principal (SCHENKER et al., 2021). O resultado desloca a discussão para as condições em que esse trabalho é realizado: ampliar responsabilidades sem assegurar treinamento, tempo, integração com a equipe e continuidade pode produzir pouco efeito, mesmo quando a proposta clínica é pertinente.

O reconhecimento precoce só tem valor se mudar alguma coisa na assistência. Parte da resposta pertence ao cotidiano da enfermagem: reavaliar sintomas, identificar fatores que pioram o desconforto, oferecer medidas de conforto, orientar paciente e família, observar a resposta às intervenções e comunicar mudanças que exigem revisão do plano.

Outras necessidades exigem articulação multiprofissional: investigar causas reversíveis, ajustar medicamentos, discutir proporcionalidade de intervenções, organizar alta, planejar cuidados

futuros ou envolver psicologia, serviço social, fisioterapia, assistência espiritual e equipe especializada. Reconhecer limites de atuação não diminui a autonomia do enfermeiro; permite que sua avaliação mobilize os profissionais e recursos necessários para responder ao problema identificado.

A forma de comunicar a preocupação faz diferença. Dizer 'acho que ele está paliativo' é vago e pode soar como conclusão prognóstica. É mais útil descrever o que mudou: 'Nas últimas três semanas, ela foi duas vezes à emergência, passou a precisar de ajuda para banho e transferência, está comendo muito menos, mantém dor apesar dos ajustes e disse que não gostaria de ser internada novamente. Podemos rever os objetivos de cuidado e avaliar necessidades paliativas?'. Os fatos sustentam a preocupação sem transformar uma impressão em sentença.

A enfermagem também pode contribuir para o planejamento antecipado do cuidado. Revisão sistemática de ensaios com pessoas com câncer avançado mostrou que intervenções conduzidas por enfermeiros aumentaram a formalização de diretivas e a frequência de conversas sobre o fim da vida, enquanto os efeitos sobre qualidade de vida foram menos consistentes (WU et al., 2026). O objetivo, porém, não é produzir um documento, e sim criar espaço para que a pessoa expresse o que deseja preservar, quem deve participar das decisões e que situações futuras considera aceitáveis ou não.

Essas conversas não precisam começar pela morte. Podem começar pelo presente: 'O que tem sido mais difícil?', 'O que você espera que este tratamento consiga fazer?', 'Se sua saúde piorar, o que você gostaria de preservar?'. Perguntas abertas não substituem informação clínica, mas revelam prioridades que não aparecem em exames ou escalas e que podem mudar o sentido de uma intervenção tecnicamente possível.

3.5 Barreiras, organização do serviço e implicações para a prática

A demora na oferta de cuidados paliativos não pode ser explicada apenas por falhas individuais. Revisão sistemática de métodos mistos identificou barreiras relacionadas a crenças sobre cuidados paliativos, foco hospitalar na cura, comunicação inadequada, dificuldades de cooperação, escassez de recursos, desconforto emocional e incerteza prognóstica (PITZER et al., 2024). São obstáculos que se reforçam mutuamente e ajudam a entender por que necessidades evidentes podem permanecer sem resposta.

Um enfermeiro pode perceber a deterioração e ainda assim não encontrar espaço para discuti-la. Em equipes muito hierarquizadas, sua leitura pode receber menos atenção do que merece. Em serviços sem fluxo definido, a preocupação circula sem que ninguém assuma a continuidade. Quando 'paliativo' é entendido como desistência, profissionais e famílias podem evitar a conversa mesmo diante de sofrimento importante. Sem formação adequada, o próprio enfermeiro pode perceber que algo mudou sem conseguir traduzir essa percepção em uma necessidade paliativa discutível com a equipe.

Educação individual é necessária, mas insuficiente. O serviço precisa permitir que a identificação gere resposta: definir gatilhos de avaliação, registrar tendências, criar espaços de discussão interdisciplinar, garantir apoio especializado quando necessário e estabelecer quem

acompanha o caso depois. Bagchus et al. (2024) mostraram como hierarquia e organização do trabalho interferem na discussão das mudanças percebidas pela enfermagem. A qualidade do reconhecimento depende também de como o trabalho está organizado.

Outro obstáculo persistente é a ideia de que tratamento ativo e cuidados paliativos ocupam lados opostos. Uma pessoa pode receber quimioterapia, imunoterapia ou terapia-alvo e, ao mesmo tempo, precisar de alívio intensivo de sintomas, apoio emocional e conversa sobre prioridades. A diretriz da ASCO recomenda que pacientes com câncer avançado tenham acesso precoce a cuidados paliativos especializados paralelamente ao tratamento oncológico (SANDERS et al., 2024). Quando essa coexistência é compreendida, o cuidado paliativo deixa de ser reservado ao momento em que todas as outras possibilidades terminaram.

A comunicação profissional também precisa ser ensinada e apoiada. É possível expressar preocupação sem ultrapassar limites de competência. 'Identifiquei mudanças que sugerem necessidades paliativas e gostaria de discutir o plano' apresenta uma avaliação e convida à análise coletiva; anunciar que o paciente 'entrou em fase terminal' transforma uma impressão em conclusão. Descrever mudanças observáveis torna a discussão mais clara e mais segura.

O vínculo acrescenta uma dimensão que nenhuma ferramenta substitui. Muitas vezes, é ao enfermeiro que o paciente dirige uma dúvida que não conseguiu levar à consulta médica ou à família. Ao ouvir essa pergunta, o profissional precisa entender o que está sendo pedido, reconhecer sofrimento ou risco quando presentes, encaminhar o que exige decisão compartilhada e acompanhar se houve resposta. A escuta só se completa quando a dúvida da pessoa encontra algum destino dentro do cuidado.

Mesmo onde não existe equipe especializada, a enfermagem pode incorporar princípios paliativos ao cuidado habitual. Alqaisi et al. (2026) descrevem participação de enfermeiros na avaliação de sintomas, coordenação, planejamento, acompanhamento e apoio a cuidadores em câncer avançado. Isso, porém, não deve ser romantizado: atribuir mais responsabilidade sem tempo, formação, apoio institucional e possibilidade de encaminhamento apenas desloca para o profissional uma insuficiência do próprio sistema.

Na prática, a preocupação clínica precisa ser formulada de modo que sobreviva à troca de plantão e possa ser discutida por toda a equipe. Em vez de registrar apenas que a pessoa "está pior", é mais útil tornar visível a trajetória: o que fazia antes, o que deixou de fazer, quais sintomas persistem, quantas crises ocorreram, como respondeu às intervenções e o que paciente e família vêm dizendo sobre o tratamento. A documentação deixa, assim, de ser uma sequência de fotografias de cada turno e passa a mostrar a direção das mudanças.

Um caminho simples para o cotidiano é manter algumas perguntas abertas: o que mudou em relação ao padrão habitual; o que pode ser reversível e precisa ser tratado; o que continua causando sofrimento enquanto a investigação ocorre; o que a pessoa compreendeu; o que deseja preservar; quem precisa ser envolvido; e como garantir continuidade depois da alta ou da mudança de serviço. Esse percurso não cria um novo escore. Ele organiza um raciocínio que combina observação longitudinal, prudência diante da incerteza e responsabilidade compartilhada.

Ferramentas como o SPICT-BR podem dar estrutura a esse processo, mas a decisão clínica continua dependente de contexto, conversa e acompanhamento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecer precocemente necessidades de cuidados paliativos não exige certeza de que uma pessoa está morrendo. Exige perceber que viver com aquela doença mudou: há mais sofrimento, menos autonomia, crises mais frequentes, recuperação mais limitada ou dúvidas novas sobre o sentido e a carga do tratamento. A enfermagem tem condições de perceber essas mudanças porque acompanha aspectos da vida diária que muitas vezes não aparecem em avaliações pontuais.

Declínio funcional, maior dependência, sintomas persistentes, perda de peso, hospitalizações repetidas, sofrimento emocional, exaustão familiar e mudanças nas preferências não são provas isoladas de proximidade da morte. São informações que precisam ser entendidas no contexto da pessoa. SPICT, SPICT-BR e Pergunta Surpresa podem organizar essa atenção, desde que não substituam conversa, julgamento clínico ou avaliação multiprofissional.

A contribuição da enfermagem se torna mais consistente quando proximidade e continuidade vêm acompanhadas de método. Observar é o começo; depois é preciso comparar com o padrão anterior, buscar causas reversíveis, avaliar o impacto na vida diária, registrar tendências e comunicar a preocupação de forma capaz de produzir resposta. Isso reduz tanto o atraso do cuidado quanto interpretações precipitadas sobre terminalidade.

Reconhecer cedo amplia o tempo disponível para decidir sem que tudo aconteça sob a pressão de uma emergência. Há mais espaço para aliviar sintomas, apoiar quem cuida, esclarecer o que a pessoa compreendeu, conhecer suas prioridades e planejar cenários futuros. O objetivo não é antecipar a morte, mas evitar que necessidades previsíveis só sejam percebidas quando quase não resta tempo para conversar sobre elas.

REFERÊNCIAS

- ALQAISI, O. et al. Nursing roles in early integration of palliative and supportive care for adults with advanced cancer: a scoping review. *Current Oncology*, v. 33, n. 6, art. 312, 2026. DOI: 10.3390/curroncol33060312.
- BAGCHUS, C. et al. Challenges in recognizing and discussing changes in a resident's condition in the palliative phase: focus group discussions with nursing staff working in nursing homes about their experiences. *BMC Palliative Care*, v. 23, art. 144, 2024. DOI: 10.1186/s12904-024-01479-3.
- BENTO, D. Y. K. Adaptação cultural, validação de face, conteúdo e concordância interobservador do Supportive and Palliative Care Indicators Tool versão 2022 para o Brasil. 2025. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2025. DOI: 10.11606/D.22.2025.tde-01072025-084139.
- BORGES, G. B. F. L.; DIAS, C. B. Evaluating the utility of the Surprise Question among general physicians for appropriate palliative care indication in Brazil. *Palliative Medicine Reports*, v. 5, n. 1, p. 261-268, 2024. DOI: 10.1089/pmr.2024.0003.
- DE WOLF-LINDER, S. et al. Are nurse's needs assessment methods robust enough to recognise palliative care needs in people with dementia? A scoping review. *BMC Nursing*, v. 21, art. 194, 2022. DOI: 10.1186/s12912-022-00947-6.

- GUPTA, A. et al. The Surprise Question and clinician-predicted prognosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 15, n. 1, p. 12-35, 2025. DOI: 10.1136/spcare-2024-004879.
- HIGHET, G.; CRAWFORD, D.; MURRAY, S. A.; BOYD, K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 4, n. 3, p. 285-290, 2014. DOI: 10.1136/bmjspcare-2013-000488.
- PAULIK, O. et al. Implementation and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) in acute care. *Australasian Journal on Ageing*, v. 43, n. 3, p. 591-599, 2024. DOI: 10.1111/ajag.13308.
- PITZER, S. et al. Barriers for adult patients to access palliative care in hospitals: a mixed methods systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 67, n. 1, p. e16-e33, 2024. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2023.09.012.
- 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: 10.1200/JCO.24.00542.
- SCHENKER, Y. et al. Effect of an oncology nurse-led primary palliative care intervention on patients with advanced cancer: the CONNECT cluster randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, v. 181, n. 11, p. 1451-1460, 2021. DOI: 10.1001/jamainternmed.2021.5185.
- SINGH, G. K. et al. The effectiveness of nurse-led palliative care needs assessment on patients' quality of life and symptom burden: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, v. 8, art. 100343, 2025. DOI: 10.1016/j.ijnasa.2025.100343.
- UNIVERSITY OF ST ANDREWS. The SPICT. St Andrews: SPICT International Programme, [2026]. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/>. Acesso em: 5 set. 2026.
- UNIVERSITY OF ST ANDREWS. Brazil: SPICT-BR. St Andrews: SPICT International Programme, [s.d.]. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/brazil/>. Acesso em: 5 set. 2026.
- WU, S.; ZHU, Z.; LI, C.; XING, L. Nurse-led advance care planning interventions for patients with advanced cancer: a systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, publicação on-line antecipada, 2026. DOI: 10.1177/10499091261464945.
- XIE, Z.; DING, J.; JIAO, J.; TANG, S.; HUANG, C. Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 14, n. 3, p. 256-268, 2024. DOI: 10.1136/spcare-2023-004465.