REFLEXÃO · CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos: ampliar o cuidado, não abreviar a vida

Esse cuidado pode começar junto ao tratamento da doença, aliviar o sofrimento e ajudar pacientes e famílias a tomar decisões antes de uma crise.

Publicado em 29 de agosto de 2026 · Editorial



Cuidados paliativos também são escuta, presença e planejamento compartilhado. Imagem ilustrativa gerada por inteligência artificial.

Quem trabalha com cuidados paliativos não diz a um paciente ou a uma família que não há mais nada a fazer. Essa frase, uma das mais temidas dentro de um hospital, simplesmente não faz parte desse tipo de cuidado. O que muda é a abordagem, não o compromisso de cuidar. E mudar de abordagem é bem diferente de parar de tratar.

Esse mal-entendido custa caro. Faz famílias temerem uma palavra que deveria trazer alívio. Faz pacientes recusarem um cuidado que só teria a somar ao que já vem sendo feito. E, principalmente, empurra decisões importantes para o pior momento possível: o meio de uma crise, quando não sobra tempo nem serenidade para pensar no que realmente importa.

Mudar de abordagem não é parar de tratar

A Organização Mundial da Saúde define cuidados paliativos como uma abordagem voltada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e famílias diante de uma doença grave que ameaça a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual.

Essa definição não fala em abandonar o tratamento da doença. Na maior parte do tempo, cuidados paliativos caminham lado a lado com tratamentos voltados à cura ou ao controle da doença: quimioterapia, diálise, medicamentos para insuficiência cardíaca ou o que for necessário em cada caso.

Um ensaio clínico publicado em 2010 no New England Journal of Medicine ajuda a entender isso. O estudo acompanhou 151 pessoas com um tipo comum de câncer de pulmão já metastático. Todos receberam o tratamento oncológico habitual; metade também passou a receber cuidados paliativos desde o diagnóstico. Esse grupo apresentou melhor qualidade de vida e, de forma notável, maior sobrevida mediana: 11,6 meses, ante 8,9 meses no grupo que recebeu apenas o cuidado oncológico habitual.

É o resultado de um único estudo, em uma população específica, e não deve ser generalizado para todo câncer ou toda doença grave. Ainda assim, ele ajuda a desfazer a ideia de que cuidar mais abrevia a vida. Controlar sintomas, oferecer apoio e conduzir conversas difíceis não competiu com o tratamento da doença. Somou-se a ele. A mesma integração precoce pode beneficiar pessoas com insuficiência cardíaca avançada, doença renal crônica e doenças neurológicas progressivas.

No Brasil, essa visão ganhou respaldo institucional com a Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída pelo Ministério da Saúde em 2024 e atualizada em 2026 pela Portaria GM/MS nº 10.181. A proposta é ampliar o acesso e integrar esse cuidado aos diferentes pontos da rede do SUS, e não reservá-lo apenas às últimas semanas de vida.

Há, porém, situações em que o cuidado passa a ser exclusivamente paliativo: quando tratamentos capazes de modificar o curso da doença já não estão disponíveis, não oferecem benefício clínico relevante ou não estão alinhados aos valores e às escolhas do paciente. Nesse momento, o foco se concentra no conforto, na dignidade e na qualidade do tempo que vem pela frente. Isso também não é abandono. É o mesmo compromisso de cuidar, agora direcionado inteiramente ao que ainda pode ser feito por aquela pessoa. E não se confunde com eutanásia, que significa provocar deliberadamente a morte e não é permitida no Brasil.

O melhor momento para essa conversa

Há um padrão que se repete nos hospitais. Decisões importantes, como até onde ir com um tratamento, o que vale a pena tentar, o que a pessoa toleraria ou não, acabam sendo discutidas pela primeira vez no meio de uma emergência: uma piora súbita, uma internação na UTI, uma família reunida sob o peso do medo. Não é o melhor momento para pensar com clareza, e quase sempre não precisaria ser assim.



Conversas sobre valores e preferências costumam ser mais claras quando acontecem antes de uma urgência. Imagem ilustrativa gerada por inteligência artificial.

Essa conversa rende muito mais quando acontece com calma, longe da urgência de uma decisão que precisa ser tomada em minutos. Numa consulta de rotina ou numa tarde qualquer em família, é possível refletir sobre o que realmente importa sem a pressão que uma intercorrência impõe ao paciente, à família e também à equipe que cuida dele.

Ninguém está isento disso. Mais cedo ou mais tarde, cada um de nós vai enfrentar, na própria vida ou na de alguém que ama, uma doença grave ou um momento em que decisões desse tipo precisem ser tomadas. E cada pessoa carrega valores diferentes sobre o que faz a vida valer a pena.

É comum, na prática clínica, encontrar pacientes com um objetivo bem definido: viver até o casamento de um neto, o nascimento de um bisneto ou a conclusão de uma meta pessoal carregada havia anos. Muitas vezes, depois de alcançar aquilo que buscavam, surge um sentimento genuíno de missão cumprida. Isso não é resignação. É clareza sobre o que, para aquela pessoa, dá sentido a seguir em frente.

É justamente essa clareza que permite à equipe de saúde oferecer um cuidado alinhado ao que o paciente quer, e não apenas ao que a tecnologia médica permite fazer. Conversar sobre isso em família, sempre que possível, ajuda a garantir que ninguém precise adivinhar, mais tarde, o que essa pessoa gostaria.

Um instrumento para registrar essas escolhas

UM PASSO PRÁTICO: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Existe uma forma de registrar essas decisões para que elas não se percam no momento em que mais importam: as diretivas antecipadas de vontade, também conhecidas como testamento vital. Uma pessoa adulta, lúcida e capaz de decidir pode informar quais tratamentos aceitaria ou recusaria caso, no futuro, não pudesse mais se manifestar. Também pode indicar alguém de confiança para representá-la.

Pela Resolução CFM nº 1.995/2012, essas diretivas podem ser comunicadas ao médico e registradas no prontuário. O CFM não exige testemunhas nem registro em cartório para esse registro médico, embora a pessoa possa optar por formalização adicional. O mais útil é conversar com o médico e a família, guardar uma cópia acessível e revisar as escolhas se as circunstâncias ou os próprios valores mudarem.

Nenhuma diretiva consegue prever todas as situações. Por isso, ela funciona melhor como parte de uma conversa contínua, e não como um formulário preenchido e esquecido.

Registrar essas escolhas e apresentá-las à equipe de saúde não é uma sentença de morte. É uma mudança, ou uma adição, de abordagem: uma forma de preservar a autonomia e orientar o cuidado no momento em que a própria pessoa talvez não possa mais falar por si.

Cuidados paliativos não tiram nada de ninguém. Somam presença, alívio e clareza a um momento que, de outra forma, poderia ser enfrentado com pressa e sem direção. A melhor hora para pensar sobre isso não é durante uma internação. É agora, com calma, ao lado de quem você ama.

> Cuidados paliativos não abreviam a vida. Ampliam o cuidado que ela ainda tem. E essa conversa fica mais fácil quando começa antes de precisar dela.

Fontes consultadas

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Palliative care.
2. Temel JS et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. New England Journal of Medicine, 2010.
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995/2012.
4. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Cuidados paliativos.
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Cuidados Paliativos: legislação.

Dr. Caio Túlio Cordeiro Palheta

Médico especialista em Clínica Médica

CRM/SP 220148 · RQE 153629

Publicado em 29 de agosto de 2026

Conteúdo informativo. Não substitui avaliação médica individual.