TEXTO EDUCATIVO · REVISÃO NARRATIVA E OPINIÃO DO AUTOR · ATUALIZADO EM 29/09/2026

Cuidados paliativos primários: o que todo médico precisa saber fazer

Competências essenciais, limites da atuação do não especialista e o contexto brasileiro

Caio Túlio Cordeiro Palheta
Médico especialista em Clínica Médica
CRM-SP 220148 | RQE 153629

Em síntese

- A necessidade de cuidados paliativos cresce mais rápido do que a formação de especialistas. Na maior parte dos casos, quem vai oferecer esse cuidado é o médico que já acompanha o paciente.
- Cuidado paliativo primário corresponde a competências clínicas observáveis, como reconhecer necessidades, comunicar prognóstico, aliviar sintomas, planejar e decidir com proporcionalidade. Elas fazem parte da boa prática em qualquer especialidade.
- Em outubro de 2025, o Brasil tinha 774 médicos com registro de especialista em Medicina Paliativa, metade deles no Sudeste. Em 2024, 70 médicos cursavam residência na área.
- As normas brasileiras respaldam a limitação de tratamentos desproporcionais. O Código de Ética Médica veda a obstinação terapêutica e a abreviação intencional da vida.
- A estrutura de competências proposta aqui foi construída a partir de referências internacionais e adaptada ao contexto brasileiro, sem status de consenso ou de diretriz validada.

1. Por que todo médico precisa de competências essenciais em cuidados paliativos

Pacientes com doenças graves e progressivas estão em todos os cenários de prática, da unidade básica à terapia intensiva, e esse número vai crescer. Projeções baseadas no conceito de sofrimento grave relacionado à saúde, proposto pela Comissão Lancet sobre acesso global a cuidados paliativos[1], indicam que o número de pessoas que morrem com esse tipo de sofrimento passará de 26 milhões em 2016 para 48 milhões em 2060[2]. No Brasil, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) estima que mais de 625 mil pessoas precisem de cuidados paliativos a cada ano[3].

Os médicos com formação específica na área são poucos e estão concentrados em algumas regiões, como mostra a seção 3, e nenhum sistema de saúde atenderia essa demanda apenas com equipes especializadas[4]. Na prática, a maior parte desse cuidado já é oferecida pelo médico que acompanha o paciente. Quando faltam competências básicas, dor e dispneia ficam subtratadas, a conversa sobre prognóstico fica para a crise e intervenções prolongam o processo de morrer sem atender aos objetivos de quem as recebe.

Este texto defende que um núcleo de competências em cuidados paliativos faça parte da prática de todo médico, qualquer que seja a especialidade, e discute como esse núcleo se traduz em condutas à beira-leito e quando o cuidado especializado é necessário.

2. Cuidados paliativos e cuidados paliativos primários

A definição de consenso publicada em 2020 pela International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) descreve cuidados paliativos como o cuidado ativo e integral de pessoas de todas as idades com

sofrimento grave relacionado à saúde decorrente de doença grave, especialmente daquelas próximas do fim da vida. O objetivo é melhorar a qualidade de vida de pacientes, famílias e cuidadores[5]. Pela definição, a indicação depende do sofrimento associado à doença grave, e não do diagnóstico ou do tempo estimado de vida. Como esse sofrimento tem dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, a avaliação precisa ir além da lista de sintomas.

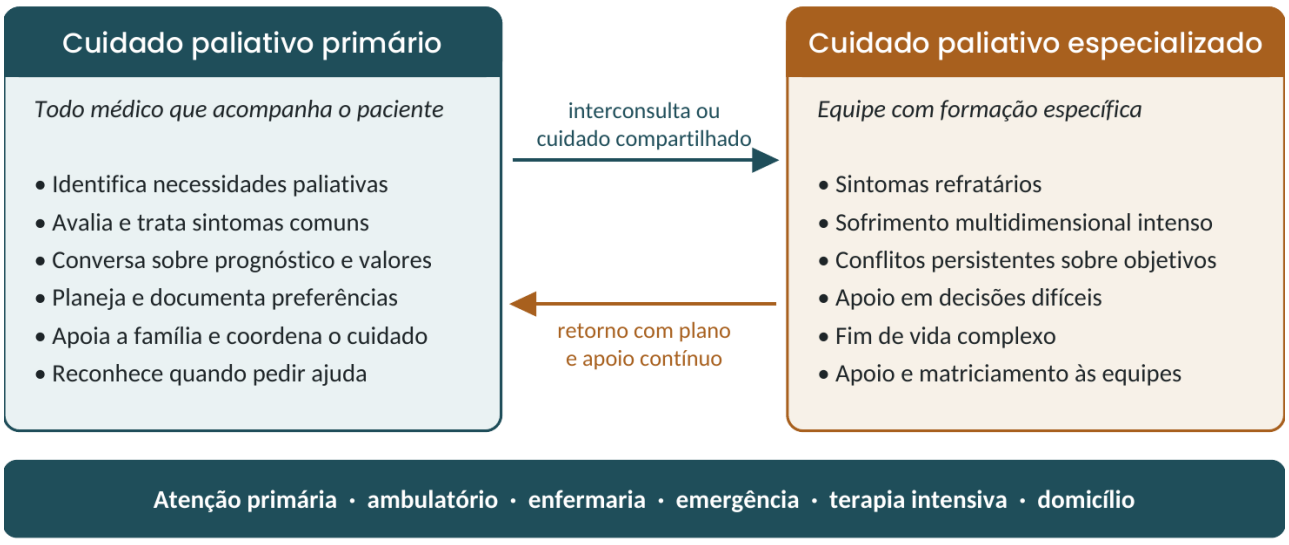
Integração precoce e evidência disponível

Cuidados paliativos podem começar junto com o tratamento modificador da doença. Em ensaio clínico com pacientes com câncer de pulmão não pequenas células metastático, a integração precoce de uma equipe especializada ao tratamento oncológico padrão melhorou a qualidade de vida e o humor e se associou a menos cuidados agressivos no fim da vida. A sobrevida maior no grupo intervenção foi um achado secundário e não deve ser lida como efeito demonstrado[6]. Em metanálise de 43 ensaios clínicos, intervenções paliativas se associaram a melhora da qualidade de vida e da carga de sintomas, sem associação com sobrevida. Quando a análise se restringiu aos estudos com baixo risco de viés, o efeito sobre qualidade de vida diminuiu e o efeito sobre sintomas perdeu significância estatística[7].

Primário e especializado

Cuidados paliativos primários, também chamados de gerais, são os que o médico e a equipe que já acompanham o paciente oferecem. Os especializados ficam a cargo de profissionais com formação específica, em interconsulta, ambulatório, enfermaria dedicada, domicílio ou hospice. Os dois níveis se complementam. A equipe especializada apoia, orienta e assume os problemas mais complexos, e o paciente pode voltar ao médico assistente com um plano definido[4].

Figura 1. Modelo de cuidado paliativo primário com apoio especializado



Elaborado pelo autor a partir do modelo proposto por Quill e Abernethy[4] e da organização em rede prevista na Política Nacional de Cuidados Paliativos.

Tabela 1. Diferenças entre cuidado paliativo primário e especializado

Aspecto	Primário (todo médico)	Especializado
Quem oferece	Médico e equipe assistentes, em qualquer especialidade e cenário	Profissionais com formação específica, em geral em equipe multiprofissional dedicada
Sintomas	Avaliação e manejo inicial dos sintomas comuns, com reavaliação	Sintomas refratários, estratégias complexas e sedação paliativa
Comunicação	Explorar compreensão e valores, comunicar	Conflitos persistentes, famílias com visões

Aspecto	Primário (todo médico)	Especializado
	prognóstico e incerteza e alinhar objetivos	divergentes e situações de comunicação muito difícil
Decisões	Proporcionalidade terapêutica nas situações habituais, com registro	Apoio à equipe assistente em decisões difíceis e mediação de conflitos persistentes
Relação entre os níveis	Aciona a equipe especializada sem interromper o próprio cuidado	Apoia, matricia e devolve o paciente com plano quando possível

Elaborado pelo autor com base nas referências 4,8.

O que cuidados paliativos não são

Não são abandono. O paciente continua sendo acompanhado, examinado e tratado, com decisões orientadas pelos seus objetivos.

Não se restringem ao câncer. No levantamento nacional mais recente, 76% dos programas brasileiros atendem também pessoas com doenças cardiovasculares, neurológicas, respiratórias, renais e outras condições crônicas[9].

Não se restringem aos últimos dias. Podem começar no diagnóstico de uma doença grave e coexistir com o tratamento modificador da doença.

Não significam necessariamente limitar tratamento. Às vezes, a decisão alinhada aos objetivos do paciente é indicar uma intervenção, como drenar um derrame pleural sintomático ou tratar uma infecção.

Não se confundem com eutanásia. A intenção é aliviar o sofrimento, sem abreviar a vida.

3. A lacuna brasileira de formação e força de trabalho

A Medicina Paliativa é área de atuação desde 2011, com acesso a partir de seis especialidades de origem (Clínica Médica, Cancerologia, Geriatria e Gerontologia, Medicina de Família e Comunidade, Pediatria e Anestesiologia)[10]. Em 2024, a ANCP pediu ao CFM que a área fosse transformada em especialidade[11], mas a classificação não mudou. A Tabela 2 resume a força de trabalho e a oferta de serviços no país.

Tabela 2. Cuidados paliativos no Brasil em números

Indicador	Dado	Fonte
Médicos em atividade (2024)	Cerca de 597 mil	12
Médicos com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em Medicina Paliativa (out/2025)	774, pouco mais de 0,1% dos médicos em atividade	9
Distribuição regional dos RQE	Sudeste 50% (São Paulo, 30%), Sul 18%, Nordeste 18%, Centro-Oeste 10% e Norte 3%	9
Residentes em Medicina Paliativa (2024)	70 médicos, 3,1% dos residentes em áreas de atuação	12
Programas de cuidados paliativos identificados	423 programas em 2025 (234 serviços em 2022)	9
Distribuição regional dos programas	Sudeste 40,7%, Nordeste 26%, Sul 15,8%, Centro-Oeste 12,8% e Norte 4,7%	9
Programas por 100 mil habitantes	Cerca de 0,2 no país, de 0,12 (Norte) a 0,33 (Centro-Oeste). A referência da EAPC é de 2 serviços especializados	9
Programas localizados em capitais	65%	9
Nível de especialização dos programas	65% não especializados, 32% grau I, 2% grau II e 1% grau III	9
Hospices	15, com 444 leitos, nenhum na região Norte	9

Indicador	Dado	Fonte
Centros e unidades de alta complexidade em oncologia (CACON e UNACON)	337 identificados, 130 com programa de cuidados paliativos e nenhum com todos os fluxos exigidos	9
Primeiras equipes habilitadas na Política Nacional (2025)	14	13

Distribuição regional dos RQE calculada pelo autor a partir da tabela por unidade da federação do Atlas, baseada em consulta ao site do CFM. A unidade de análise mudou entre as edições do Atlas (serviço em 2022, programa institucional em 2025), o que limita a comparação direta.

O aumento de 234 serviços em 2022 para 423 programas em 2025 coincide com uma mudança de método, e os autores do Atlas o atribuem a crescimento real, formalização de iniciativas que já existiam e melhora na identificação[9]. Dos programas identificados, 65% não atingem os critérios mínimos para serem classificados como especializados. A escassez é mais acentuada na região Norte. O Acre não tinha nenhum médico com RQE em Medicina Paliativa, Amapá, Rondônia e Roraima tinham um cada, e o Amapá não tinha nenhum programa identificado[9].

Na formação, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina passaram a incluir competências em cuidados paliativos em 2022[14] e as mantiveram na revisão de 2025, que deu às escolas um ano para se adequar[15]. No sistema de saúde, a Política Nacional de Cuidados Paliativos, de 2024, prevê cuidados paliativos em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde[16], com meta inicial de 485 equipes matriciais e 836 assistenciais[17]. As primeiras foram habilitadas no segundo semestre de 2025[13], e uma portaria de janeiro de 2026 condicionou novas habilitações à disponibilidade de recursos do Ministério da Saúde[18]. O desenho da política pressupõe que as equipes assistenciais de cada ponto da rede ofereçam cuidado paliativo, com apoio das equipes especializadas[16]. Sua execução depende, portanto, das competências discutidas na próxima seção.

4. Competências essenciais para todo médico

A estrutura a seguir é uma síntese narrativa e não resulta de revisão sistemática nem de consenso formal. Ela parte das dez competências centrais propostas pela European Association for Palliative Care (EAPC)[8], do modelo de cuidado primário com apoio especializado[4] e das diretrizes brasileiras de formação[14,15], e organiza esse conteúdo em domínios descritos por comportamentos clínicos observáveis. Descrever competência pelo que o médico faz diante do paciente facilita o ensino e a avaliação, porque o conhecimento teórico, sozinho, não mostra se a conduta acontece na prática.

Tabela 3. Domínios de competência essencial e comportamentos observáveis

Domínio	O médico deve ser capaz de...
Identificação e avaliação integral	Reconhecer, em qualquer cenário, o paciente com necessidades paliativas. Avaliar sintomas, funcionalidade e sofrimento psicológico, social e espiritual, de preferência com instrumento simples e reprodutível.
Comunicação e prognóstico	Explorar o que o paciente sabe e quer saber. Comunicar notícias difíceis e incerteza prognóstica com clareza. Reconhecer e responder a emoções.
Controle de sintomas comuns	Avaliar e iniciar o manejo de dor, dispneia, náusea, delirium, constipação e secreções. Reavaliar a resposta em prazo definido e reconhecer refratariedade.
Decisão compartilhada e proporcionalidade	Recomendar tratamentos com base nos objetivos do paciente, no benefício esperado e no ônus. Propor, limitar ou suspender intervenções de forma fundamentada.
Planejamento antecipado de cuidados	Conduzir e registrar conversas sobre valores, preferências, representante e diretivas antecipadas. Revisar o plano quando a situação clínica muda.
Família e cuidadores	Incluir a família na avaliação, reconhecer sobrecarga do cuidador e orientar sobre a evolução

Domínio	O médico deve ser capaz de...
	esperada.
Trabalho em equipe e coordenação	Trabalhar com enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia e outros profissionais. Garantir que o plano acompanhe o paciente entre os pontos da rede.
Últimos dias de vida	Reconhecer a fase final, ajustar prescrição e monitorização ao conforto, orientar a família e conduzir a comunicação do óbito.
Ética e marco normativo	Aplicar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Conhecer as normas brasileiras sobre limitação de tratamento e diretivas antecipadas.
Autocuidado e reflexão	Reconhecer o próprio desgaste e o sofrimento moral e buscar supervisão e apoio.
Encaminhamento	Identificar quando acionar a equipe especializada, mantendo o cuidado básico enquanto a interconsulta não acontece.

Proposta do autor, adaptada das competências centrais da EAPC[8] e do modelo de Quill e Abernethy[4]. Não constitui estrutura validada.

A diferença entre o essencial e o especializado está na complexidade do problema. O médico assistente e o paliativista tratam dor. Do primeiro se espera que avalie, inicie e ajuste o tratamento nas situações habituais, e o segundo assume a dor que não responde às estratégias usuais. Com a conversa sobre prognóstico acontece o mesmo. O médico assistente deve conduzi-la como rotina, e o paliativista entra quando há conflito persistente ou sofrimento que uma conversa bem conduzida não resolve.

Para o contexto brasileiro, a estrutura precisa levar em conta a oferta desigual de equipes especializadas, as falhas de acesso a opioides (o Atlas encontrou 42 programas com atendimento ambulatorial sem acesso regular a esses medicamentos[9]), a variabilidade da formação e o marco normativo nacional.

5. Das competências à prática à beira-leito

5.1 Reconhecer necessidades paliativas

O primeiro passo é perceber que o paciente tem necessidades paliativas. Ferramentas de identificação ajudam, embora tenham desempenho limitado. Em metanálise, a pergunta surpresa (“eu ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos 12 meses?”) teve sensibilidade de 67%, especificidade de 80% e valor preditivo positivo de 37% para morte em 6 a 18 meses, com desempenho pior em doenças não oncológicas[19]. Uma revisão sistemática de instrumentos de identificação em ambiente hospitalar encontrou qualidade psicométrica insuficiente em todos os instrumentos avaliados[20]. No Brasil, o NECPAL passou por adaptação transcultural e validação semântica (NECPAL-BR), o que não equivale a validação de acurácia[21].

Na prática, essas ferramentas e os gatilhos clínicos da Tabela 4 servem para baixar o limiar de atenção, sem decidir por si só. Um gatilho positivo pede avaliação e conversa, sem indicar encaminhamento automático nem limitação de tratamento.

Tabela 4. Gatilhos clínicos que devem motivar uma avaliação de necessidades paliativas

Categoria	Exemplos
Indicadores gerais	Declínio funcional progressivo, perda de peso não intencional, internações não programadas repetidas, dependência crescente para atividades básicas, sintomas persistentes apesar de tratamento otimizado e pedido do paciente ou da família para conversar sobre o futuro.
Câncer	Doença metastática ou localmente avançada, progressão após linhas de tratamento e queda de funcionalidade que limita o tratamento.
Insuficiência cardíaca	Sintomas em repouso ou aos mínimos esforços, internações recorrentes e intolerância à terapia otimizada.
Doença pulmonar avançada	Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços, exacerbações frequentes e oxigenoterapia

Categoria	Exemplos
	domiciliar.
Doença renal crônica avançada	Declínio clínico e decisão sobre iniciar, manter ou não iniciar diálise.
Hepatopatia avançada	Cirrose descompensada sem perspectiva de transplante.
Doenças neurológicas e demência	Demência avançada com dependência total, disfagia ou infecções de repetição, acidente vascular cerebral grave e doenças neurodegenerativas progressivas.
Fragilidade	Fragilidade grave com múltiplas doenças crônicas e quedas ou internações repetidas.
Hospital e terapia intensiva	Indicação de traqueostomia, gastrostomia, diálise ou dispositivos de suporte, internação prolongada em UTI, falência de múltiplos órgãos e readmissões.

Adaptado de critérios de consenso e de indicadores usados em ferramentas de identificação[20-22]. Lista ilustrativa, não exaustiva.

5.2 Comunicar prognóstico, explorar valores e alinhar objetivos

Conversas sobre objetivos de cuidado costumam acontecer tarde, muitas vezes durante crises e com médicos que não conhecem o paciente[23]. O ideal é que façam parte da rotina, em momentos de estabilidade e nos marcos da doença, como diagnóstico, progressão, internação e perda funcional. Um roteiro estruturado ajuda. Em ensaio clínico randomizado por conglomerados em oncologia ambulatorial, um programa de conversas estruturadas não alterou os desfechos coprimários (cuidado concordante com os objetivos e tranquilidade no fim da vida), mas reduziu sintomas moderados a graves de ansiedade e depressão[24]. O resultado sugere benefício e também mostra como é difícil medir o efeito da comunicação sobre desfechos de fim de vida.

A conversa costuma seguir uma sequência. O médico se prepara, explora o que o paciente entende e quanto quer saber, compartilha a informação com a incerteza que ela carrega e responde à emoção antes de seguir adiante. Depois, explora valores, medos e limites e, ao final, faz uma recomendação coerente com o que ouviu. O prognóstico deve ser apresentado em faixas amplas (dias a semanas, semanas a meses, meses a poucos anos), deixando claro o que é provável e o que é incerto. Trabalhar com a ideia de esperar pelo melhor e se preparar para o pior ajuda a manter a esperança sem negar a gravidade.

> **Perguntas que abrem a conversa**
>
> “O que o(a) senhor(a) entende sobre a sua doença neste momento?”
>
> “Quanto o(a) senhor(a) gostaria de saber sobre o que pode acontecer daqui para a frente?”
>
> “Se a sua saúde piorar, o que é mais importante para o(a) senhor(a)?”
>
> “O que mais preocupa o(a) senhor(a)?”
>
> “Existe alguma situação que o(a) senhor(a) não aceitaria passar, mesmo que fosse para ganhar mais tempo?”
>
> “Quem deve participar das decisões se o(a) senhor(a) não puder falar por si?”

5.3 Manejo inicial de sintomas

O manejo detalhado de cada sintoma ocupa capítulos inteiros e está fora do objetivo deste texto. Do médico não especialista se espera o domínio de alguns princípios comuns. Antes de tratar, ele avalia intensidade, mecanismo provável e impacto do sintoma, e trata a causa reversível quando isso é coerente com os objetivos do paciente e o ônus é aceitável. Prescreve horário fixo para sintoma contínuo e dose de resgate para as exacerbações e escolhe a via menos invasiva que funcione, com a subcutânea como alternativa quando a oral não é possível. Também antecipa efeitos adversos, reavalia em prazo definido e revisa a prescrição, suspendendo o que não traz benefício.

Tabela 5. Princípios e armadilhas frequentes no manejo inicial de sintomas

Sintoma	O que avaliar primeiro	Princípio de manejo	Armadilha frequente
Dor	Intensidade, mecanismo (nociceptiva ou neuropática), impacto funcional e causa tratável	Tratar conforme intensidade e mecanismo. Opioide é a base para dor moderada a intensa em doença grave, com horário fixo, resgate e escolha e dose ajustadas à função renal.	Subtratar por receio de opioide, prescrever apenas "se necessário" para dor contínua e esquecer o laxante
Dispneia	Causas reversíveis e proporcionalidade da investigação	Tratar a causa quando coerente com os objetivos. Opioide em dose baixa é a principal opção farmacológica para dispneia refratária, com evidência de benefício variável entre populações, associado a medidas não farmacológicas. Oxigênio se houver hipoxemia.	Guiar-se pela saturação em vez do desconforto e usar oxigênio sem hipoxemia como única medida
Náusea e vômitos	Mecanismo provável, como medicamentos, constipação, obstrução intestinal, alterações metabólicas ou hipertensão intracraniana	Escolher o antiemético pelo mecanismo, tratar a causa e usar via alternativa quando a oral falha	Antiemético empírico sem considerar obstrução ou constipação
Delirium	Fatores precipitantes (medicamentos, infecção, retenção urinária, dor, distúrbios metabólicos) e fase da doença	Corrigir causas reversíveis quando proporcional e usar medidas não farmacológicas. Antipsicótico fica reservado para sofrimento ou risco. No fim da vida, a prioridade é o conforto.	Benzodiazepínico isolado como primeira escolha, que pode piorar o quadro, e não reconhecer a forma hipoativa
Constipação	Hábito intestinal, medicamentos, impactação e sinais de obstrução	Prevenção ativa ao iniciar opioide e tratamento da impactação quando presente	Interpretar diarreia por transbordamento como melhora
Secreções no fim da vida	Fase da doença, desconforto do paciente e angústia da família	Posicionamento e explicação à família. Anticolinérgico pode ser considerado, com evidência limitada.	Aspiração traqueal repetida e hidratação excessiva

Síntese de princípios gerais elaborada pelo autor. Doses, ajustes e esquemas específicos devem seguir referências de manejo de sintomas e protocolos institucionais.

5.4 Decisão compartilhada, proporcionalidade e registro

Proporcionalidade terapêutica é pesar o benefício esperado de uma intervenção, a chance de que ela ajude o paciente a alcançar o que ele valoriza e o ônus que ela impõe. A decisão raramente se resume a tratar ou não tratar e envolve escolher quais tratamentos servem ao objetivo acordado. Um bom plano define os objetivos, o que será feito, o que não será feito e por quê, as preferências sobre local de cuidado e de morte e quem representa o paciente. Ele precisa estar registrado de forma acessível a quem atender o paciente no próximo plantão, na próxima internação ou na emergência.

Sobre as expressões "cuidados paliativos proporcionais" e "exclusivos"

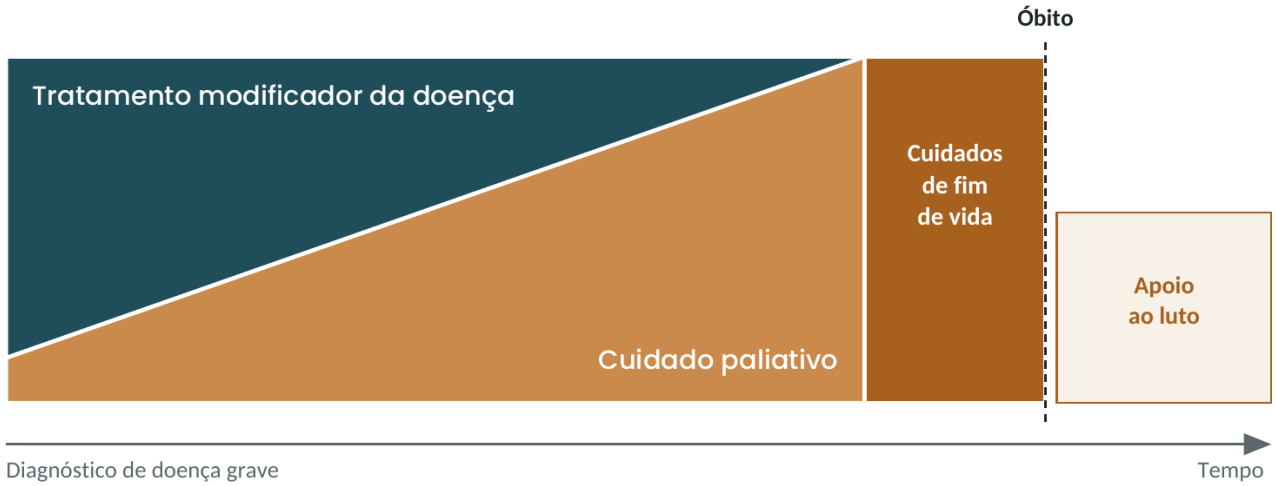
A expressão "cuidados paliativos proporcionais" aparece com frequência em prontuários e passagens de plantão, em geral para indicar que parte das intervenções foi limitada. Como todo cuidado paliativo já é orientado pela proporcionalidade, o termo não corresponde a uma categoria de cuidado e é criticado por especialistas da área. Na prática, funciona como um rótulo que sugere limitação sem dizer qual, permite leituras diferentes entre plantonistas e pode ser entendido como redução do cuidado.

Já a expressão "cuidados paliativos exclusivos" costuma remeter a um esquema clássico da integração entre tratamento modificador da doença e cuidado paliativo, descrito por Lynn e Adamson[25]. Nele, o tratamento modificador diminui ao longo da evolução da doença, o cuidado paliativo ganha espaço e, perto do fim da vida, passa a ser o único componente, seguido pelo apoio ao luto. Em muitas versões usadas no Brasil, essa fase final aparece rotulada como cuidados paliativos exclusivos. O esquema representa bem a mudança de ênfase ao

longo do tempo, mas, transformado em rótulo, o termo tende a ser lido como suspensão de tudo o que não seja medida de conforto, mesmo quando ainda há intervenções proporcionais indicadas, como tratar uma infecção sintomática ou drenar um derrame pleural que causa dispneia.

Nos dois casos, o registro deve descrever o plano de forma explícita, com os objetivos acordados, as intervenções indicadas, as que não serão feitas e a justificativa de cada decisão.

Figura 2. Integração do cuidado paliativo ao tratamento modificador da doença ao longo do tempo



Adaptado de Lynn e Adamson[25]. Representação esquemática, sem escala. A fase final aparece como "cuidados de fim de vida", e não como "cuidados paliativos exclusivos". As trajetórias reais variam conforme a doença, e o tratamento modificador pode ser mantido até perto do fim quando continua servindo aos objetivos do paciente.

A insegurança jurídica afasta muitos médicos não especialistas dessas decisões, embora o marco normativo brasileiro, resumido na Tabela 6, ofereça respaldo mais sólido do que se costuma imaginar.

Tabela 6. Marco ético-legal brasileiro relevante para decisões em cuidados paliativos

Norma	O que estabelece	Relevância para o médico assistente
Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018)[26]	O princípio XXII orienta evitar procedimentos desnecessários e oferecer cuidados paliativos em situações irreversíveis e terminais. O art. 36, § 2º, proíbe abandonar o paciente com doença crônica ou incurável. O art. 41 veda abreviar a vida, e seu parágrafo único determina oferecer cuidados paliativos sem ações inúteis ou obstinadas, considerando a vontade do paciente ou de seu representante.	O Código trata como infração a obstinação terapêutica e a abreviação intencional da vida. Limitar tratamento desproporcional não se enquadra em nenhuma das duas.
Resolução CFM nº 1.805/2006[27]	Permite limitar ou suspender tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade do paciente ou representante e garantidos os cuidados para alívio do sofrimento. Exige esclarecimento, fundamentação e registro em prontuário e assegura o direito a segunda opinião.	É a base da ortotanásia no Brasil. Foi questionada em ação civil pública e teve a validade reconhecida pela Justiça Federal em 2010.
Resolução CFM nº 1.995/2012[28]	Define diretivas antecipadas de vontade, prevê seu registro pelo médico no prontuário e sua prevalência sobre os desejos de familiares, salvo se contrariarem o Código de Ética Médica.	Perguntar sobre diretivas e registrá-las é tarefa do médico assistente.
Resolução CFM nº 2.156/2016[29]	Define critérios de admissão em UTI. Pacientes em fase de terminalidade, sem possibilidade de recuperação, são classificados como prioridade 5, em geral não apropriados para UTI e com indicação	Respalda a decisão de não admitir em UTI quando o suporte intensivo é desproporcional.

Norma	O que estabelece	Relevância para o médico assistente
	preferencial de unidades de cuidados paliativos.	
Código Civil, art. 15[30]	Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou cirurgia.	É o fundamento legal do direito de recusa.
Código Penal[31]	Eutanásia configura homicídio, e induzir, instigar ou auxiliar suicídio é crime.	Separa ortotanásia e sedação paliativa, que são lícitas, de eutanásia e suicídio assistido.
Lei estadual paulista nº 17.832/2023, art. 199	Assegura ao usuário o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida e de optar pelo local de morte.	Exemplo de legislação estadual, com alcance restrito a São Paulo.

Não há lei federal específica sobre limitação de suporte ou diretivas antecipadas. As resoluções do CFM são normas deontológicas, que vinculam o médico sem ter força de lei, e a segurança jurídica decorre de sua combinação com a Constituição, o Código Civil e a jurisprudência. Até onde foi possível verificar, não há resolução do CFM específica sobre sedação paliativa.

5.5 Procedimentos em cuidados paliativos

A ideia de que o "paciente paliativo" não faz procedimentos confunde o objetivo do cuidado com o tipo de intervenção. Um procedimento que alivia sofrimento ou preserva função de modo coerente com o que o paciente valoriza costuma estar indicado, desde que o benefício chegue a tempo, ou seja, que o tempo até o alívio seja compatível com o prognóstico, e que o ônus de dor, internação, recuperação e complicações seja pequeno diante do ganho e aceitável para o paciente. Quando uma alternativa menos invasiva oferece resultado semelhante, ela tende a ser preferível. O mesmo critério afasta procedimentos que corrigem um número ou prolongam a vida sem aliviar sofrimento, como a gastrostomia para alimentação na demência avançada, que a American Geriatrics Society não recomenda[33]. A Tabela 7 reúne exemplos de procedimentos que podem estar indicados.

Tabela 7. Exemplos de procedimentos que podem estar indicados em cuidados paliativos

Procedimento	Objetivo principal	Situação típica
Paracentese de alívio ou cateter peritoneal de longa permanência	Aliviar dispneia e desconforto abdominal	Ascite volumosa recorrente em câncer avançado ou cirrose sem perspectiva de transplante
Toracocentese, pleurodese ou cateter pleural de longa permanência	Aliviar dispneia e reduzir retornos ao hospital	Derrame pleural recorrente e sintomático
Radioterapia paliativa	Controlar dor, sangramento ou compressão	Metástase óssea dolorosa, compressão medular ou sangramento tumoral
Próteses endoscópicas e drenagem biliar	Restaurar a passagem ou a drenagem	Disfagia por obstrução esofágica, obstrução biliar com prurido ou colangite, obstrução duodenal ou colônica
Gastrostomia descompressiva	Aliviar vômitos e dispensar a sonda nasogástrica	Obstrução intestinal maligna sem opção cirúrgica
Fixação de fratura patológica	Controlar dor e preservar mobilidade	Fratura ou risco iminente de fratura em osso longo
Bloqueios e outros procedimentos para dor	Controlar dor refratária	Dor abdominal por câncer de pâncreas, com bloqueio do plexo celíaco
Transfusão	Aliviar sintomas de anemia	Anemia com dispneia ou fadiga que limita a função, quando o efeito compensa a logística

Exemplos ilustrativos elaborados pelo autor. A indicação depende do prognóstico, da condição clínica, da disponibilidade local e das preferências do paciente.

5.6 Família, equipe e cenários de prática

A família fornece informação, participa das decisões e também precisa de cuidado. Reconhecer a sobrecarga do cuidador, explicar o que esperar e preparar para a fase final fazem parte do cuidado paliativo primário. Grande parte do sofrimento social, psicológico e espiritual não se resolve numa consulta médica, o que torna o trabalho multiprofissional indispensável. As competências são as mesmas em qualquer cenário, com ênfases diferentes (Tabela 8).

Tabela 8. Ênfase em cada cenário de prática

Cenário	Ênfase
Atenção primária	Identificação precoce, longitudinalidade, planejamento antecipado em momentos de estabilidade, visita domiciliar e apoio ao cuidador.
Ambulatório de especialidades	Conversa sobre prognóstico nos marcos da doença, antes da internação, e integração do cuidado paliativo ao tratamento modificador.
Enfermaria	Rastreamento de gatilhos na admissão, revisão da prescrição e plano de alta com objetivos claros e registrados.
Emergência	Busca de preferências e diretivas já registradas, controle de sintomas e cautela com decisões irreversíveis baseadas apenas no momento agudo quando houver tempo para conversar.
Terapia intensiva	Reuniões familiares estruturadas, ensaio terapêutico com prazo e critérios definidos e limitação ou retirada de suporte com controle de sintomas e presença da família.

6. Quando o cuidado paliativo especializado é necessário

O cuidado especializado entra quando o problema ultrapassa o que o médico assistente resolve com as competências essenciais. O fato de o paciente ter uma doença incurável, por si só, não basta para o encaminhamento. A Tabela 9 reúne as situações que justificam acionar a equipe.

Tabela 9. Situações que justificam acionar a equipe especializada

Situação	Exemplos
Sintomas refratários ou de difícil controle	Dor que não responde aos ajustes habituais, necessidade de estratégias complexas com opioides ou de técnicas intervencionistas, dispneia ou delirium refratários e avaliação de sedação paliativa.
Sofrimento multidimensional intenso	Sofrimento existencial, espiritual ou psicológico grave, desejo persistente de antecipar a morte e sofrimento familiar desproporcional.
Conflito ou divergência sobre objetivos	Discordância persistente entre equipe, paciente e família, pedido de intervenção considerada desproporcional e conflito entre diretivas e desejos da família.
Dúvida ética persistente	Situações em que a equipe assistente, mesmo seguindo as normas, não chega a uma decisão segura. O apoio especializado pode ser somado ao da comissão de bioética, quando houver.
Comunicação especialmente difícil	Várias tentativas sem alinhamento, famílias com visões muito divergentes e pacientes jovens com filhos pequenos.
Fim de vida complexo	Processo de morte com sintomas intensos, desejo de morrer em casa sem estrutura disponível e retirada de suporte com sofrimento familiar intenso.
Risco de luto complicado	Morte súbita ou traumática, cuidador isolado, perdas múltiplas e sofrimento psíquico prévio do cuidador.

Vale encaminhar cedo, porque a equipe especializada ajuda mais quando é chamada antes da crise. Enquanto a interconsulta não acontece, o médico assistente continua responsável pelo controle de sintomas, pela comunicação e pelo plano. Em regiões sem equipe especializada presencial, o apoio matricial previsto na política nacional e a teleconsultoria, onde disponível, podem cobrir os casos complexos.

7. Conclusão

Cuidados paliativos primários são uma competência transversal da prática médica. Reconhecer necessidades paliativas, comunicar prognóstico e incerteza, aliviar sintomas comuns, decidir com proporcionalidade, planejar e registrar preferências, apoiar a família e saber quando pedir ajuda cabem a todo médico que cuida de pessoas com doenças graves. A equipe especializada é indispensável nos problemas complexos, mas não substitui esse núcleo, e no Brasil nem existe em número suficiente para isso.

A estrutura proposta aqui pode orientar a prática clínica e a organização dos serviços. Ela se apoia em evidências e documentos de referência, mas ainda precisa ser validada formalmente, e o benefício do cuidado paliativo oferecido por médicos não especialistas ainda foi pouco estudado de forma direta.

> **Mensagens práticas**
>
> - Diante de todo paciente com doença grave e progressiva, pergunte-se se há sofrimento ainda não reconhecido.
> - Converse sobre prognóstico e valores nos momentos de estabilidade, antes da crise.
> - Trate os sintomas comuns com princípios claros e reavalie em prazo definido.
> - Decida a partir dos objetivos do paciente e registre o plano, incluindo o que não será feito e por quê.
> - Indique procedimentos que aliviem sintomas ou preservem função quando o benefício chegar a tempo e fizer sentido para o paciente.
> - Lembre que limitar tratamento desproporcional tem respaldo nas normas brasileiras, ao contrário da obstinação terapêutica.
> - Acione a equipe especializada cedo nos casos complexos e mantenha o seu próprio cuidado enquanto isso.

Referências

1. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: an imperative of universal health coverage. The Lancet Commission report. Lancet. 2018;391(10128):1391-1454. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8
2. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. Lancet Glob Health. 2019;7(7):e883-e892. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X
3. Medicina S/A. Cuidados paliativos crescem no Brasil, mas distribuição ainda é desigual. 27 ago 2026. Dados atribuídos à Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: Acessar fonte
4. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care: creating a more sustainable model. N Engl J Med. 2013;368(13):1173-1175. Disponível em: https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620
5. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, et al. Redefining palliative care: a new consensus-based definition. J Pain Symptom Manage. 2020;60(4):754-764. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027
6. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733-742. Disponível em: https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678
7. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2016;316(20):2104-2114. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840
8. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education, part 1. Eur J Palliat Care. 2013;20(2):86-91.
9. Castilho RK, Aceti D, Crispim DH, Garcia JBS, Lucena NC, Rodrigues TCAG, Guirro UBP. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2026. ISBN 978-65-81360-08-5.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.973/2011 (áreas de atuação; cria a área de atuação em Medicina Paliativa). Diário Oficial da União, 1º ago 2011. Disponível em: Acessar fonte
11. Conselho Federal de Medicina. ANCP entrega ao CFM pedido para transformar medicina paliativa em especialidade médica. Portal Médico, 4 mar 2024. Disponível em: Acessar fonte
12. Scheffer M (coord.). Demografia Médica no Brasil 2025. Brasília: Ministério da Saúde; Faculdade de Medicina da USP; Associação Médica Brasileira; 2025. Disponível em: Acessar fonte

13. Weise A. Oferta de cuidados paliativos cresce 88%, mas 65% dos serviços não atendem critérios mínimos. Futuro da Saúde, 18 mar 2026. Disponível em: Acessar fonte
14. Brasil. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n° 3, de 3 de novembro de 2022. Altera os arts. 6°, 12 e 23 da Resolução CNE/CES n° 3/2014. Disponível em: Acessar fonte
15. Brasil. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n° 3, de 30 de setembro de 2025. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. DOU, 1° out 2025. Disponível em: Acessar fonte
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. DOU, 22 mai 2024. Disponível em: Acessar fonte
17. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança Política Nacional de Cuidados Paliativos. Biblioteca Virtual em Saúde, 2024. Disponível em: Acessar fonte
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 10.181, de 26 de janeiro de 2026. Revoga parcialmente e altera dispositivos da Política Nacional de Cuidados Paliativos. DOU, 26 jan 2026. Disponível em: Acessar fonte
19. Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NKJ. The “surprise question” for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2017;189(13):E484-E493. Disponível em: https://doi.org/10.1503/cmaj.160775
20. Teike Lüthi F, MacDonald I, Rosselet Amoussou J, et al. Instruments for the identification of patients in need of palliative care in the hospital setting: a systematic review of measurement properties. JBI Evid Synth. 2022;20(3):761-787. Disponível em: https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00555
21. Santana MTEA, Gómez-Batiste X, Silva LMG, Gutiérrez MGR. Cross-cultural adaptation and semantic validation of an instrument to identify palliative requirements in Portuguese. Einstein (São Paulo). 2020;18:eAO5539. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5539
22. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. J Palliat Med. 2011;14(1):17-23. Disponível em: https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0347
23. Bernacki RE, Block SD. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. JAMA Intern Med. 2014;174(12):1994-2003. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.5271
24. Bernacki R, Paladino J, Neville BA, et al. Effect of the Serious Illness Care Program in outpatient oncology: a cluster randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2019;179(6):751-759. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.0077
25. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. Santa Monica: RAND Corporation; 2003. ISBN 0-8330-3455-3. Disponível em: Acessar fonte
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 2.217/2018. Código de Ética Médica. Disponível em: Acessar fonte
27. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 1.805/2006. DOU, 28 nov 2006. Validade reconhecida em sentença da 14ª Vara Federal do Distrito Federal (Ação Civil Pública n° 2007.34.00.014809-3), dez 2010. Disponível em: Acessar fonte
28. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: Acessar fonte
29. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 2.156/2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. DOU, 17 nov 2016. Disponível em: Acessar fonte
30. Brasil. Lei n° 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil, art. 15. Disponível em: Acessar fonte
31. Brasil. Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal, arts. 121 e 122. Disponível em: Acessar fonte
32. São Paulo (Estado). Lei n° 17.832, de 1° de novembro de 2023. Consolidação das Leis em Defesa do Consumidor do Estado de São Paulo, art. 199, incisos XXI e XXII. A norma consolidou, sem interrupção da força normativa, os direitos antes previstos na Lei n° 10.241/1999. Disponível em: Acessar fonte
33. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. J Am Geriatr Soc. 2014;62(8):1590-1593. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jgs.12924

Sobre este texto

Este é um texto educativo, de caráter de revisão narrativa e opinião do autor, baseado na literatura citada. Não foi submetido a revisão por pares e não constitui diretriz, consenso ou posicionamento de sociedade médica. As opiniões expressas são do autor e não representam a posição das instituições às quais ele está vinculado. O conteúdo não substitui o julgamento clínico individualizado, as diretrizes vigentes nem os protocolos institucionais. Dados e normas refletem as fontes disponíveis na data de atualização.

Conflitos de interesse: o autor declara não haver conflitos de interesse.

Última atualização: 29 de setembro de 2026.

Caio Túlio Cordeiro Palheta
Médico especialista em Clínica Médica
CRM-SP 220148 | RQE 153629