



PARECER CREMEB Nº 06/2025

(Aprovado em Sessão Plenária de 29/05/2025)

PROCESSO CONSULTA nº 000009.10/2024-BA

ASSUNTO: Cuidados Paliativos em Unidades de Pronto Atendimento.

RELATORA DE VISTAS: Consa. Maíra Pereira Dantas

EMENTA: O escopo de atuação do médico plantonista no âmbito de cuidados paliativos nas Unidades de Pronto Atendimento deve atender ao preconizado para a rede de atenção em saúde, conforme a Política Nacional de Cuidados Paliativos.

DA CONSULTA

“Temos percebido um aumento do número de pacientes em nossas unidades com perfil de cuidados paliativos; muitos deles em terminalidade ou com graves sequelas de doenças crônicas. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são unidades de pronto atendimento e não de cuidados definitivos, sendo assim, é permitido aos médicos das Unidades de Pronto Atendimento aplicar os princípios dos cuidados paliativos no que diz respeito a procedimentos invasivos e limitação de esforços terapêuticos quando estes forem fúteis, respeitando sempre os princípios da ética e bioética? Mesmo em setores em que não são de cuidados definitivos?”

DO PARECER

A [Resolução CFM nº 2.079/2014](#) “dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades”.

O intuito da norma é garantir o funcionamento adequado dessas unidades de saúde, sem distorção de sua atividade finalística primordial, propiciando a celeridade necessária ao atendimento inicial quando das urgências e emergências médicas, para o qual a equipe assistencial deve estar integralmente dedicada.



Os Protocolos Clínicos recomendados para boa parte das síndromes e doenças de atendimento emergencial são gerenciados por tempo, diante do conhecimento consolidado de que a presteza e resolutividade interferem no prognóstico e no desfecho.

Com fito de proporcionar o dinamismo correspondente a essa necessidade, a [PORTARIA GM/MS Nº10](#) de 03 de janeiro de 2017 redefiniu as “diretrizes do modelo assistencial de Unidade de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde”.

Na mesma esteira e para cumprimento do anteriormente exposto, o Artigo 13 da [Resolução nº 2.079/2014](#) diz: “Pacientes instáveis, portadores de doenças de complexidade maior que a capacidade resolutiva da UPA, em iminente risco de vida ou **sofrimento intenso**, devem ser imediatamente transferidos a serviço hospitalar após serem estabilizados”. Diz ainda que “Artigo 12 que o tempo máximo de permanência do paciente na UPA para elucidação diagnóstica e tratamento é de 24h, estando indicada internação após esse período, sendo de responsabilidade do gestor a garantia de referência a serviço hospitalar” e por fim no Artigo 15 que “é vedada a internação de pacientes em UPAs”.

É preciso ressaltar que embora os cuidados paliativos sejam um direito que deve ser assegurado ao enfermo, sua indicação requer preenchimento de critérios científicamente validados como qualquer outra prática médica, baseados em escalas como a *Palliative Care Screening Tool* (PCST), a *Palliative Performance Scale* (PPS), dentre outras que avaliam: doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente, condições pessoais do paciente e prognóstico, tendo ao final como resultado a necessidade ou não de cuidados paliativos.

Dito isso, fica subentendido que o planejamento terapêutico em cuidados paliativos desde a indicação acertada até a plena implantação, demanda tempo de avaliação e análise por equipe especializada, bem como dedicação da equipe de saúde para que o diálogo resulte na elaboração e entendimento psicoemocional das condutas por parte de todos os envolvidos, o que se faz incompatível com a realidade prática habitual do atendimento emergencial.

Ademais, o tempo recomendado para permanência de pacientes na UPA também é dissonante com a proposta de seguimento inerente aos cuidados paliativos, quando feitos com o zelo, empatia e seriedade necessárias.



A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) estabelece entre suas diretrizes a necessidade de ampliação dos cuidados paliativos e acesso universal em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde - RAS, com equidade, integralidade, qualidade assistencial e humanização no atendimento. Mas para que isso seja possível, é crucial que cada equipamento da rede de atenção tenha firme conhecimento do seu papel, dentro do programa recentemente estabelecido.

Segundo a [PORTARIA GM/MS Nº 3.681](#), de 07 de maio de 2024 que Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) cabe às Urgências e especificamente às UPAs no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS):

“IV - serviço de urgência: prestar cuidados paliativos para alívio dos sintomas agudizados, garantindo o conforto e a dignidade da pessoa, assim como de seus familiares e cuidadores, nas suas diversas modalidades e considerando as particularidades de atendimentos da rede, conforme se segue (...) d) reconhecimento e tratamento de pessoas em situação de cuidados paliativos para alívio da dor e demais sintomas não controlados em domicílio ou ambulatório pelas Unidades de Pronto Atendimento -UPA 24h e Pronto Atendimento”.

Portanto, após explicitar o papel estabelecido para as UPA's no PNCP do Ministério da Saúde, de acordo com as normativas sanitárias vigentes, pode-se responder à pergunta “os médicos das Unidades de Pronto Atendimento podem aplicar os princípios dos cuidados paliativos no que diz respeito à procedimentos invasivos e limitação de esforços terapêuticos quando estes forem fúteis?”

Os princípios de cuidados paliativos são parte da assistência integral sendo, portanto, indissociáveis de toda atenção à saúde. A indicação de cuidados paliativos deve ser feita de forma objetiva e pautada na aplicação de escalas validadas e amplamente reconhecidas. A adequação de suporte avançado de vida conhecida por alguns como limitação de suporte de vida (LSV) é apenas a parte final de todo o planejamento assistencial em Medicina Paliativa e só deve ser realizada nos formatos devidamente regulamentados e explicitados, a saber:

1. Se o paciente já tiver manifestado suas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) tal qual descritas na [Resolução CFM nº 1995/2012](#).



Art.1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

2. Se o paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, optar pelo direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a [Resolução CFM nº 2232/2019](#), observadas as demais considerações da norma, de onde destaco:

Art.2º É assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente.

Parágrafo único. O médico, diante da recusa terapêutica do paciente, pode propor outro tratamento quando disponível.

Art.3º Em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros.



3. Se a condição clínica puder ser documentadamente enquadrada no previsto na [Resolução nº 1.805/06](#), do Conselho Federal de Medicina, a saber:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

DA CONCLUSÃO

Embora os cuidados paliativos sejam uma abordagem essencial da assistência integral em saúde, focada na qualidade de vida de pacientes com doenças graves, crônicas ou terminais, a aplicação de seus princípios exige toda a tecnicidade e especificidade que a disciplina requer. Ainda que a [Resolução CFM nº 1805/06](#) não limite local para aplicação, sua prática exige condições mínimas para indicação, estratificação, implantação e aplicabilidade que dificilmente serão plenamente alcançadas numa Unidade de Pronto Atendimento.

A adequação de suporte avançado de vida deve estar lastreada por planejamento antecipado de cuidados especializado, feito através da tomada de decisão compartilhada entre médico e paciente (ou de representante legal formalmente constituído).

Para que tenhamos êxito no cumprimento de todos os princípios, diretrizes e objetivos preconizados pela Política Nacional de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde no âmbito do SUS fazem-se necessárias sua implantação, organização e integração em todo o espectro da rede assistencial, tal qual preconizado pela Portaria que a normatiza.



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

✉ protocolo@cremeb.org.br
☎ 71 3339-2800
🌐 www.cremeb.org.br

Sendo assim, é permitido aos médicos das Unidades de Pronto Atendimento assistir aos pacientes em cuidados paliativos dentro do escopo de atuação preconizado para esse serviço desde que sob a estrita observância das normativas ético-profissionais vigentes, sobretudo aquelas anteriormente especificadas.

Esse é o parecer, S.M.J.

Salvador, 29 de maio de 2025.

MAÍRA PEREIRA DANTAS
Conselheira Relatora