



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA



protocolo@cremeb.org.br



71 3339-2800



www.cremeb.org.br

PARECER CREMEB Nº 01/2026

(Aprovado em Sessão Plenária de 27/01/2026)

PROCESSO CONSULTA nº 000006.10/2025-BA

ASSUNTO: Questionamentos sobre Parecer CREMEB Nº 06/2025.

RELATORA DE VISTAS: Consa. Maíra Pereira Dantas

EMENTA: Atendimento a paciente sob cuidados paliativos em unidades de urgência/emergência. Direito inalienável. Inexiste incompatibilidade normativa entre a [Resolução CFM No 1.805/2006](#), a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do SUS e o [Parecer Cremeb 06 de 2025](#). A RAS deve estar devidamente preparada para o acolhimento aos pacientes e seus familiares em todos os seus âmbitos de atenção.

DA CONSULTA

A consulente solicita esclarecimentos sobre dúvidas surgidas na interpretação do [Parecer CREMEB Nº 06/2025](#) e encaminha arquivo com considerações através de documento parcialmente transcrito abaixo, a que se seguem os respectivos posicionamentos:

“DOCUMENTO DE ESCLARECIMENTO E QUESTIONAMENTOS SOBRE O [PARECER CREMEB Nº 06/2025](#)

À luz do Parecer nº 06/2025 emitido por este Conselho, gostaríamos de apresentar alguns questionamentos e solicitações de esclarecimento, visando a adequada compreensão do texto e a segurança dos profissionais que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), especialmente diante da crescente demanda por Cuidados Paliativos nesse nível de atenção.

1. Sobre a expressão “condições mínimas para indicação, estratificação, implantação e aplicabilidade”: Quais seriam exatamente essas condições mínimas a que o parecer se refere? São critérios clínicos? Condições estruturais? Processos formais institucionais?





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA



protocolo@cremeb.org.br



71 3339-2800



www.cremeb.org.br

Infelizmente, o pleno exercício da atividade médica tem sido sistematicamente comprometido por falta de condições estruturais e organizacionais mínimas de funcionamento das unidades de saúde. Esses critérios estruturais e organizacionais são estabelecidos por normativas emitidas por entidades sanitárias e pelo sistema conselhal. Ainda que essa exigência não seja exclusiva à prática da Medicina Paliativa, a existência de condições estruturais e organizacionais normativamente exigíveis são condições “*sinequanon*” para a excelência do atendimento que se requer. A título de exemplo, a própria Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) determina a necessidade de Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos - EMCP e de Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos - EACP, responsável pela atuação em cuidados paliativos em todos os pontos de atenção da RAS.

2. O uso de escalas e ferramentas validadas, como PPS, SPPI e PICT, junto a documentação clara da condição clínica no prontuário não seriam suficientes para a indicação e início de cuidados paliativos, mesmo que não se possa garantir o seguimento longitudinal?

O [Parecer Cremeb 06 de 2025](#) reconhece a relevância das escalas e ferramentas validadas como critério preferencial objetivo de estabelecimento dos cuidados paliativos quando menciona:

“É preciso ressaltar que embora os cuidados paliativos sejam um direito que deve ser assegurado ao enfermo, sua indicação requer preenchimento de critérios cientificamente 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”.

O parecer ressalta que considerando a [Resolução CFM nº 2.079/14](#) que estabelece no seu Artigo 12 como prazo máximo de permanência dos pacientes nas UPAs o intervalo de 24h, a duração de tempo de interação médico paciente para construção da relação parece insuficiente para definição de um planejamento terapêutico plenamente ajustado, com toda a equipe interdisciplinar e rede de apoio do paciente. O assunto envolve duas causas primordiais de conflitos na relação médico paciente: a distorção da atividade finalística de unidades de pronto atendimento superlotadas pela carência de rede ambulatorial e o tempo insuficiente para construção da relação médico paciente antes do momento para tomada de decisão. Ressalte-se que a responsabilidade sobre toda a qualidade da assistência prestada





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA



protocolo@cremeb.org.br



71 3339-2800



www.cremeb.org.br

acaba recaindo predominantemente sobre o médico responsável pelo pronto atendimento. Veja o que alerta o parecer:

“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”.

Destaco trecho do entendimento firmado pela Câmara Técnica de Medicina Paliativa do Cremeb em resposta ao mesmo questionamento sobre as condições mínimas exigíveis na UPA:

“Equipe mínima conforme Política Nacional de Cuidados Paliativos e suas atualizações. Ainda de acordo com a Portaria GM/MS 3861/2024, deve haver equipes assistenciais de cuidados paliativos atuando de forma integrada com os serviços de urgência”.

3. O parecer afirma que a [Resolução CFM nº 1805/06](#) “não limita local de aplicação”, mas que sua prática dificilmente seria plenamente viável na UPA. Nesse sentido isso significa que não se pode aplicar essa resolução nas UPAs, mesmo quando há registro clínico do estado terminal e concordância do paciente ou família? Em situações em que o paciente se encontra em fase final da vida, sem perspectiva de transferência em tempo hábil, como deve o médico agir de forma ética e tecnicamente adequada? A decisão de não iniciar ventilação mecânica ou RCP em paciente elegível para cuidados paliativos exclusivos, por exemplo, pode ser tomada e registrada pelo médico plantonista, se estiver bem fundamentada no quadro clínico e nas normativas éticas, com uso de ferramentas validadas?

Vejamos trechos do que responde a Câmara Técnica de Medicina Paliativa a esse respeito:

“Os cuidados paliativos podem e devem ser implantados em todas as etapas da jornada do paciente. No entanto, cada estrutura dentro da jornada possui especificidades que devem ser respeitadas e serão mais úteis em determinadas etapas da jornada do paciente. (...) A UPA não é o local mais adequado para funcionamento no modelo *hospice* (hospital de cuidados paliativos), em que o paciente pode evoluir para um fim de vida mais prolongado, podendo permanecer internado por dias, semanas ou até poucos meses. Nesses casos, a internação hospitalar clínica,





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA



protocolo@cremeb.org.br



71 3339-2800



www.cremeb.org.br

preferencialmente em hospitais especializados ou atenção domiciliar/primária são os locais de preferência de cuidado”.

Infelizmente, o que vemos com reiterada frequência, até mesmo por profissionais especializados é a atitude inadequada e reducionista de confundir toda a prática da assistência paliativa à fase avançada irreversível da doença grave conhecida como terminal. Equívoco pior pode ser consignado quando todo o arsenal terapêutico da Medicina Paliativa atualmente disponível para alívio de sintomas e melhoria da qualidade de vida fica suprimido à discussão sobre limitação ou não de suporte avançado de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Cuidados Paliativos Precoces são uma abordagem essencial que deve começar **desde o diagnóstico de uma doença grave** (não apenas no fim da vida) para melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares, focando na **prevenção e alívio do sofrimento** (físico, social, psicológico e espiritual) através de equipe interdisciplinar, oferecendo suporte integral durante todo o curso da doença, e não apenas no seu final. Assim, reafirma-se que os conceitos de cuidados paliativos e de cuidados terminais são absolutamente diversos e sua indicação detém temporalidade distintas. Condena-se veementemente qualquer intervenção cujo rótulo de cuidados paliativos sirva como estratégia de cerceamento de acesso ou economicidade em saúde. Devem ser igualmente proscritos etiquetas ou carimbos com codinome de paliativos que possam se caracterizar como rótulos estigmatizantes. As Diretivas Antecipadas de Vontade expressas pelo paciente diante de quadro clínico terminal podem e devem ser plenamente respeitadas, desde que obedecido o previsto na [Resolução CFM nº 1995 de 2012](#).

4. Sobre o papel das UPAs na PNCP. A [Portaria GM/MS nº 3681/2024](#), que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos, atribui explicitamente às UPAs a função de reconhecer e tratar sintomas agudos de pacientes em cuidados paliativos, incluindo controle de dor e desconforto. Essa diretriz não deveria ser destacada como fundamento legal para a atuação paliativa nas UPAs, inclusive quando envolva decisões sobre limitação de suporte? Seria possível reforçar no parecer que o início de abordagem paliativa, ainda que parcial e temporária, é compatível com o tempo de permanência de até 24h, desde que esteja bem documentada?





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA



protocolo@cremeb.org.br



71 3339-2800



www.cremeb.org.br

A Política Nacional de Cuidados Paliativos foi construída pelo Ministério da Saúde após discussão ampla e aprofundada do tema com especialistas e representantes dos pacientes, familiares e profissionais dos diversos segmentos da saúde. Para alcance dos princípios e objetivos estabelecidos na PNCP, as competências e atribuições dos pontos da Rede de Atenção em Saúde (RAS) foram objetivamente estabelecidos. Assim se encontra definido o papel dos Serviços de Urgência:

“IV - Serviço de urgência: prestará 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:

- a) disponibilização de transporte sanitário para garantir cuidado digno e deslocamento adequado, em tempo oportuno;
- b) atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 nos casos de remoção da pessoa de um ponto de atenção, domicílio ou via pública para outro ponto de atenção da RAS, considerando a regulação médica e com foco na promoção do conforto, desde que decidido em conjunto com a pessoa e/ou família;
- c) realização de atendimentos de intercorrências de agravamento de sintomas, processo ativo de morte e óbito domiciliar pelo SAMU 192 visando ao controle de sintomas, conforto da pessoa e apoio ao processo de morte e luto familiar, em especial no período noturno e finais de semana, garantindo a atestação do óbito em documentação regulamentada; e
- 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 PA”;

Reitero que o estabelecimento definitivo do diagnóstico de doença avançada em condição terminal e decisões sobre limitação de suporte terapêutico não estão elencados pelo Ministério da Saúde nesse rol de competências. De acordo com a PNCP cabe a UPA integrar a continuidade do cuidado paliativo ofertado pela RAS, mantendo a ênfase na atenção primária, onde idealmente deve ser iniciado.

5. Sobre a limitação de suporte e decisão clínica:

Em pacientes com doença grave e avançada, sem possibilidade de reversão, com declínio funcional importante ou em situação de fim de vida identificada com clareza, a decisão clínica de não ofertar medidas fúteis ou desproporcionais pode ser considerada ética e segura mesmo na ausência de diretivas antecipadas formalizadas? Quando não há representante legal, mas há





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

protocolo@cremeb.org.br

71 3339-2800

www.cremeb.org.br

consenso clínico e familiar sobre a terminalidade do quadro, o médico da UPA pode registrar adequadamente a decisão de limitação de suporte, com base nas diretrizes da Resolução CFM nº 1805/06? A limitação de suporte em pacientes em fase final da vida (como não intubação, não reanimação ou não transferência para UTI) pode ser eticamente sustentada de sobre a interpretação da “incompatibilidade com a realidade da UPA”. É importante ter em conta que, embora a legislação afirme que o tempo de permanência na UPA não deve ser superior a 24h, essa é a realidade da quase totalidade das unidades do país, e não é incomum que o paciente complete seu ciclo de cuidado ainda neste local. Afirmar que os cuidados paliativos “demandam tempo e dedicação incompatíveis com a realidade da UPA” pode induzir à falsa impressão de que esses cuidados não são possíveis nesse cenário. Seria possível esclarecer que a abordagem paliativa na UPA deve focar no alívio de sintomas, avaliação inicial e definição de conduta ética proporcional à condição do paciente, conforme definido na própria PNCP? Isso incluiria a não realização de medidas desproporcionais ou fúteis, o encaminhamento para retaguarda quando possível e a comunicação clara com familiares, mesmo que não haja seguimento prolongado? Ferramentas validadas e diálogo com a família, mesmo sem acesso imediato a um Comitê de Bioética?”

Não cabe ao Conselho normalizar eventuais distorções de funcionamento do Sistema de Saúde. Ao contrário, constitui nosso dever sinalizar e buscar melhorias assistenciais até que todo nosso Sistema Único de Saúde (SUS) alcance a plenitude de funcionamento que a população brasileira merece.

O respeito à autonomia do paciente diante do processo de adoecimento e os limites da atuação médica ético profissional estão especificados em normas próprias que respondem o questionado pela consulente. A saber: [Resolução CFM 2.232/2019](#) que estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente, na [Resolução CFM nº 1.995/2012](#) que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes e a [Resolução CFM Nº 2.156/2016](#) que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva.

Assim responde a CT de Medicina Paliativa a respeito do questionamento apresentado:





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA



protocolo@cremeb.org.br



71 3339-2800



www.cremeb.org.br

“As UPAs são serviços de urgência, parte da Rede de Atenção à Saúde. Dentro da estratégia de cuidados paliativos, o serviço de urgência “prestará 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”. Especificamente, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) deverão garantir o “reconhecimento e tratamento de pessoas em situação de cuidados paliativos para alívio da dor e demais sintomas não controlados em domicílio ou ambulatório”. Dessa forma, a despeito da sua natureza transitória, a UPA faz parte da RAS, exercendo papel específico e relevante no manejo agudo do paciente em cuidados paliativos durante a sua trajetória de doença, garantindo as condições para que esse cuidado seja realizado”.

DO PARECER

Ressalte-se de início que os pareceres emanados pelo Sistema Conselhal constituem documentos opinativos que merecem ser observados, ainda que não tenham poder coercitivo.

Os cuidados paliativos são uma abordagem ampla e relevante da assistência em saúde, predominantemente voltada ao alívio do sofrimento de pacientes vitimados por doença grave, devendo ser ofertado precocemente e podendo se estender durante todo o curso da doença.

Nem todo paciente em cuidado paliativo está em estágio terminal, porém todos os pacientes em estágio terminal deveriam receber cuidados paliativos para enfrentamento da fase ativa de morte, com todo o suporte e dignidade.

Para tanto, a Política Nacional de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde, cuja construção foi formalmente apoiada pelo Conselho Federal de Medicina deve ser implantada em sua totalidade, respeitando-se os conceitos, princípios, diretrizes, competências e atribuições da Rede de Atenção em Saúde, incluindo os Serviços de Urgência.

Os aspectos ético-profissionais de exercício da autonomia do paciente nos processos de tomadas de decisões compartilhadas com o médico plantonista devem obedecer às respectivas normativas vigentes.





CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA



protocolo@cremeb.org.br



71 3339-2800



www.cremeb.org.br

DA CONCLUSÃO

Conclui-se que é direito do paciente em cuidados paliativos ser atendido nas unidades de urgência/emergência quando o quadro clínico justificar o seu atendimento, conforme estabelecido pela Política Nacional de Cuidados Paliativos.

Para tanto, faz-se necessário que a Rede de Atenção em Saúde (RAS) esteja devidamente organizada e integrada em todos os seus âmbitos de atenção, para que o acolhimento e atendimento do paciente e de seus familiares se dê com a qualidade, segurança e eticidade necessárias. Ressalte-se que tão logo seja cessado o agravo que o fez necessitar de atendimento emergencial, o paciente deve ser conduzido ao local ideal para seguimento do tratamento. A consulta revela a necessidade imperiosa de treinamento das equipes de saúde para o atendimento em cuidados paliativos, consideradas as peculiaridades, nuances e complexidade exigidas para a atividade profissional nessa área de atuação.

Esse é o parecer, S.M.J.

Salvador, 27 de janeiro de 2026.

MAÍRA PEREIRA DANTAS

Conselheira Relatora

