

PERSPECTIVAS

Implantação de serviços integrados de cuidados paliativos no sistema público de saúde: marco conceitual, arquitetura assistencial e gestão de riscos

Implementation of integrated palliative care services in the public health system: conceptual framework, care architecture and risk management

Isis Aparecida Cunácia Massaro¹, Altair Massaro²

1. Médica especialista em Clínica Médica e Nefrologia. Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Município de Paulínia SP

2. Médico, mestre em Saúde Pública

RESUMO

A incorporação dos cuidados paliativos como linha de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) permanece desigual, apesar do envelhecimento populacional e do aumento das doenças crônicas avançadas. Este artigo de perspectiva propõe um guia teórico-operacional para a implantação de serviços integrados de cuidados paliativos no sistema público, construído a partir de revisão narrativa da literatura e de diretrizes clínicas. O modelo organiza-se em três eixos: marco conceitual, que articula integralidade, apoio matricial, projeto terapêutico singular e tecnologias do cuidado a instrumentos de elegibilidade, comunicação e planejamento antecipado de cuidados; arquitetura assistencial, com papéis por ponto de atenção, fluxos, prazos de resposta, governança clínica, equipe e indicadores; e gestão de riscos, com matriz de nove desafios e estratégias de mitigação. A proposta foi formulada sem considerar a Política Nacional de Cuidados Paliativos (Portaria GM/MS nº 3.681/2024) e a Resolução CIT nº 41/2018, que a antecedeu; seus parâmetros não foram

testados e devem ser alinhados a esses normativos e adaptados a cada rede. A integração efetiva dos cuidados paliativos ao SUS exige, além de recursos e protocolos, transformação cultural sustentada, governança clínica, educação permanente e monitoramento sistemático de resultados.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Implementação de Plano de Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Administração de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The incorporation of palliative care as a line of care in Brazil's Unified Health System (SUS) remains unequal, despite population aging and the rising burden of advanced chronic diseases. This perspective article proposes a theoretical-operational guide for implementing integrated palliative care services in the public system, built from a narrative review of the literature and clinical guidelines. The model is organized around three axes: a conceptual framework that links integrality, matrix support, singular therapeutic projects and care technologies with eligibility, communication and advance care planning tools; a care architecture, with roles by point of care, workflows, response times, clinical governance, staffing and indicators; and risk management, with a matrix of nine challenges and mitigation strategies. The proposal was formulated without considering the National Palliative Care Policy (Ordinance GM/MS No. 3,681/2024) or the preceding Tripartite Interagency Committee Resolution No. 41/2018; its parameters have not been tested and should be aligned with these regulations and adapted to each health network. Effective integration of palliative care into the SUS requires, beyond resources and protocols, sustained cultural change, clinical governance, continuing education and systematic monitoring of outcomes.

Keywords: Palliative Care; Health Plan Implementation; Unified Health System; Primary Health Care; Health Services Administration.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento acelerado da população brasileira e o aumento das doenças crônicas avançadas impõem ao sistema de saúde uma questão inadiável: como cuidar, com qualidade e dignidade, de quem não se curará. Segundo as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o número de pessoas com 60 anos ou mais deve passar de cerca de 33 milhões em 2023 para 75 milhões em 2070, quase 38% da população¹. Esse cenário contrasta com uma

rede pública organizada, em sua maior parte, sob a lógica da cura e da recuperação funcional.

Os cuidados paliativos (CP) inserem-se nessa lacuna, não como alternativa à medicina curativa, mas como seu complemento. Em ensaio clínico com pacientes com câncer de pulmão metastático, a integração precoce dos CP melhorou a qualidade de vida, reduziu sintomas depressivos e diminuiu o cuidado agressivo no fim da vida (33% vs. 54%)², e modelos de integração ao longo da trajetória da doença vêm sendo propostos desde então³.

No Brasil, a oferta de CP na rede pública ainda é fragmentada e geograficamente desigual. Esse quadro motivou a Comissão Intergestores Tripartite a publicar, em 2018, diretrizes para a organização dos CP à luz dos cuidados continuados integrados⁴ e, em 2024, o Ministério da Saúde a instituir a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), que prevê equipes matriciais de gestão estadual, equipes assistenciais de gestão municipal, parâmetros populacionais e de leitos e custeio federal⁵. Ressalta-se que a proposta apresentada neste artigo foi formulada sem considerar esses dois documentos, e que seu alinhamento a eles é discutido ao final.

O objetivo deste artigo de perspectiva é oferecer um guia teórico-operacional para a implantação de serviços integrados de CP no sistema público de saúde, com três objetivos específicos: articular o referencial da Saúde Coletiva aos princípios e dispositivos dos CP; descrever a arquitetura assistencial de um serviço integrado em linguagem aplicável por gestores e equipes; e mapear os principais desafios de implantação, com estratégias de mitigação. A proposta foi construída a partir de revisão narrativa, não sistemática, da literatura nacional e internacional e de diretrizes clínicas de referência. O modelo não foi implantado nem avaliado, e seus parâmetros devem ser entendidos como ponto de partida a ser adaptado a cada rede.

MARCO CONCEITUAL

Fundamentos da Saúde Coletiva aplicados aos cuidados paliativos

A Saúde Coletiva constituiu-se no Brasil a partir da crítica ao modelo biomédico hegemônico, integrando epidemiologia, planejamento e clínica ampliada⁶. Quatro de seus conceitos têm aplicação direta na organização de serviços de CP: integralidade, apoio matricial, projeto terapêutico singular (PTS) e tecnologias do cuidado.

A integralidade não se reduz à articulação entre níveis assistenciais; abrange a escuta das necessidades dos usuários em suas dimensões física, psicológica, social e espiritual⁷. Nos CP, essa dimensão é estruturante, porque o sofrimento não se localiza apenas no corpo.

No apoio matricial, uma equipe especializada oferece suporte técnico-pedagógico às equipes de referência sem substituí-las^{8,9}. Aplicado aos CP, esse arranjo permite que equipes da atenção primária e de hospitais não especializados recebam retaguarda paliativista, ampliando a capacidade de

manejo sem deslocar o paciente de seu território, com responsabilização e continuidade do cuidado¹⁰.

O PTS é um plano construído pela equipe com o paciente e a família, que define objetivos e ações para situações de saúde complexas⁸. No campo paliativo, essa construção converge com o planejamento antecipado de cuidados (PAC)^{11,12}: ambos partem da premissa de que o cuidado deve ser pactuado, e não imposto.

As tecnologias do cuidado distribuem-se entre leves (relacionais, como acolhimento e vínculo), leve-duras (saberes estruturados, como protocolos) e duras (equipamentos)¹³. Nos CP, as tecnologias leves ocupam posição estratégica: a comunicação de notícias difíceis, a conferência familiar e a decisão compartilhada são procedimentos relacionais que exigem competência técnica e sensibilidade ética. O excesso de tecnologias duras, sem o lastro do vínculo, produz sofrimento que adquire peso particular no fim da vida¹³.

Conceitos-chave de cuidados paliativos

A Organização Mundial da Saúde define os CP como a abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doença ameaçadora da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce e do tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais¹⁴. Operacionalizar essa definição exige instrumentos de identificação e avaliação, como a Palliative Performance Scale (PPS), o Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), a Pergunta Surpresa e o SPICT-BR^{15,16}.

A Resolução CFM nº 1.995/2012 regula as diretivas antecipadas de vontade (DAV)¹⁷, entendidas como materialização jurídica do princípio da autonomia¹². O PAC vai além: é um processo comunicacional contínuo, fundamentado na tomada de decisão compartilhada entre profissional e paciente¹⁸. A conferência familiar, reunião estruturada entre equipe, paciente e familiares para alinhar informações sobre prognóstico, objetivos do cuidado e plano terapêutico¹⁹, e o protocolo SPIKES, que organiza em seis etapas a comunicação de notícias difíceis²⁰, completam o conjunto de dispositivos relacionais.

Modelo operacional: três eixos de integração

A articulação entre os dois campos requer que os dispositivos da Saúde Coletiva sejam ressignificados à luz dos CP e que as ferramentas paliativas sejam traduzidas para a lógica das redes de atenção. Propõem-se três eixos complementares.

O eixo da identificação e elegibilidade combina instrumentos padronizados (SPICT-BR e PPS) com a escuta qualificada. As equipes de referência são capacitadas a aplicá-los e a iniciar a abordagem paliativa precocemente, reduzindo o atraso no reconhecimento de pacientes elegíveis¹⁴.

O eixo do cuidado matriciado operacionaliza o apoio matricial de forma específica para os CP⁹. A equipe especializada oferece supervisão clínica,

discussão de casos e educação permanente às equipes de referência, de modo descentralizado e não substitutivo: o paciente permanece em seu território, e a expertise vai até ele.

O eixo do projeto terapêutico materializa a convergência entre o PTS e o PAC. Construído com paciente, família e equipe, o projeto reúne as DAV, os objetivos de cuidado, o plano de manejo de sintomas e o cronograma de reavaliações, orienta toda a rede e garante a transferência segura entre pontos de atenção^{9,21}.

ARQUITETURA ASSISTENCIAL POR NÍVEL DE ATENÇÃO

A organização em rede, da atenção primária à hospitalar de alta complexidade, é requisito estrutural. Sem ela, o cuidado ao paciente em CP fragmenta-se em episódios desconexos, e cada unidade assume apenas o que considera seu^{15,22}.

Papéis por ponto de atenção

No modelo proposto, o serviço integrado opera em quatro pontos da rede. Os parâmetros de dedicação apresentados a seguir são propostas dos autores, ainda não testadas, e devem ser ajustados ao porte e à demanda de cada rede e aos parâmetros da PNCP⁵.

O hospital geral é a referência para estabilização de sintomas complexos, manejo de crises e planejamento de transição. A equipe de CP atua por interconsulta nas enfermarias, no pronto-socorro e na unidade de terapia intensiva (UTI), onde a integração precoce dos CP tem sido associada a menor permanência, maior satisfação familiar e menos procedimentos fúteis no fim da vida^{22,23}. Propõe-se dedicação médica de 40 a 52 horas semanais nesse ponto.

A unidade de cuidados prolongados, aqui denominada hospital de cuidados crônicos, destina-se ao acompanhamento longitudinal de pacientes com doenças de longa evolução, como demência avançada, insuficiência cardíaca refratária e doença pulmonar obstrutiva crônica grave, sem necessidade de alta complexidade tecnológica. Propõe-se atuação semanal na enfermaria e quinzenal no ambulatório, com 12 horas semanais.

O serviço de atenção domiciliar é peça central, pois o domicílio é frequentemente o local preferido de morte de pacientes com doença grave quando há apoio adequado^{14,23}. A equipe de CP realiza visitas conjuntas, apoia o PAC, orienta o cuidador e coordena com a rede hospitalar, com dedicação proposta de 6 horas semanais.

As unidades básicas de saúde (UBS) são o ponto de maior potencial para a transformação cultural, porque é na atenção primária que a identificação precoce deveria ocorrer. A equipe de CP atua por apoio matricial quinzenal, com discussão de casos, educação permanente e condução de conferências familiares quando necessário^{9,14}.

Cr terios de elegibilidade e triagem

O protocolo de elegibilidade combina dois instrumentos. O SPICT-BR avalia indicadores gerais de piora da sa de (decl nio funcional, internac es recorrentes, perda de peso, depend ncia crescente), indicadores cl nicos de condi  es avan adas (c ncer metast tico, insufici ncia card aca avan ada, doen a pulmonar grave, doen as neurol gicas progressivas, entre outras) e necessidades complexas¹⁶. A Pergunta Surpresa ("Voc  se surpreenderia se este paciente morresse nos pr ximos 6 a 12 meses?") complementa o protocolo por sua rapidez, mas tem acur cia limitada: em metan lise, a sensibilidade foi de 67,0%, a especificidade de 80,2% e o valor preditivo positivo de 37,1% para  bito em 6 a 18 meses²⁴. Por isso, deve funcionar como gatilho para avalia  o, e n o como crit rio isolado de elegibilidade.

Os pacientes eleg veis s o classificados em quatro fases cl nicas: est vel, inst vel, em deteriora  o e em  ltimos dias de vida. Casos priorit rios, como sintomas refrat rios, decl nio funcional r pido e sofrimento grave, t m prazo de avalia  o reduzido.

Fluxos e protocolos

As solicita  es chegam por formul rio eletr nico padronizado, com prazos de resposta pactuados: 24 horas para pronto-socorro e UTI, 48 horas para avalia  es de rotina e 72 horas para reavalia  es de pacientes internados. O cumprimento desses prazos   monitorado diariamente pela enfermeira da equipe.

A confer ncia familiar   o dispositivo central de alinhamento. Prop e-se protocolo em oito etapas: apresenta  o dos participantes; verifica  o do entendimento inicial; atualiza  o cl nica com acolhimento emocional; explora  o de valores e prioridades; alinhamento dos objetivos de cuidado; elabora  o das recomenda  es; verifica  o da compreens o final; e defini  o dos pr ximos passos, com registro em prontu rio^{15,19}. A express o "n o h  mais nada a fazer" deve ser substituída por "h  muito a fazer para garantir seu conforto e dignidade".

A transfer ncia respons vel entre pontos de aten  o utiliza formul rio padronizado com diagn stico, problemas ativos, plano terap utico, medica  es, sinais de alerta e plano de seguimento, com contato da equipe de origem em 48 horas e visita da equipe de destino em 72 horas. O formul rio de primeira avalia  o abrange elegibilidade, fase da doen a, sintomas (ESAS), funcionalidade (PPS), compreens o do progn stico, valores e prioridades, capacidade decis ria, DAV e plano terap utico imediato¹⁵. Todas as comunica  es de not cias dif ceis seguem o protocolo SPIKES²⁰.

Governan a cl nica e equipe

A coordena  o t cnica cabe a um m dico paliativista, apoiado por tr s inst ncias: reuni o semanal de coordena  o, reuni o multiprofissional semanal

e comitê mensal de governança clínica, com representantes das direções assistenciais de todas as unidades. As rotinas incluem triagem diária das solicitações, discussões multiprofissionais, debriefing após casos complexos, auditoria amostral mensal de 10% dos prontuários e atividade educativa mensal.

A configuração mínima proposta para iniciar o serviço é de médico e enfermeiro paliativistas, sendo o enfermeiro, com 30 horas semanais, o profissional responsável pela triagem, pelo monitoramento dos prazos e pela coordenação entre equipes. A configuração ideal incorpora fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico clínico, nutricionista e odontólogo com formação em CP^{15,23}. Ressalta-se que essa configuração mínima é inferior à composição exigida pela PNCP para habilitação de equipes, que inclui também assistente social e psicólogo⁵. O plano anual de educação organiza-se em cinco módulos: fundamentos dos CP; comunicação e conferência familiar; manejo de sintomas; aspectos psicossociais e espirituais; e cuidados no fim da vida.

Indicadores e cronograma

O Quadro 2 apresenta os indicadores propostos para monitoramento. As metas não definidas pelos autores devem ser estabelecidas localmente, a partir de linha de base medida antes da implantação.

Quadro 2 – Indicadores propostos para o monitoramento do serviço de cuidados paliativos

Indicador	Tipo	Cálculo	Meta proposta
Tempo até a primeira avaliação	Processo	Mediana de horas entre a solicitação e a primeira avaliação	≤ 48 h (≤ 24 h em pronto-socorro e UTI)
Conferências familiares realizadas	Processo	Pacientes com conferência familiar registrada ÷ pacientes acompanhados × 100	A definir localmente
Planejamento antecipado registrado	Processo	Pacientes com planejamento antecipado de cuidados ou diretivas antecipadas registrados ÷ pacientes acompanhados × 100	A definir localmente
Adesão às escalas ESAS e PPS	Processo	Pacientes com ESAS e PPS registrados na primeira avaliação ÷ pacientes avaliados × 100	≥ 90%
Reinternação em 30 dias	Resultado	Reinternações em até 30 dias após a alta ÷ altas de pacientes acompanhados × 100	Redução em relação à linha de base
Internação em UTI no fim da vida	Resultado	Óbitos com internação em UTI nos 30 dias anteriores ÷ óbitos de pacientes acompanhados × 100	Redução em relação à linha de base
Óbito no local preferido	Resultado	Óbitos no local de preferência registrado ÷ óbitos com preferência registrada × 100	Aumento em relação à linha de base
Satisfação de familiares e da equipe	Resultado	Escore médio em instrumento padronizado	A definir localmente

Fonte: Elaborado pelos autores.

A implantação proposta segue três fases: estruturação, constituição do comitê de governança e início no hospital geral e no hospital de cuidados crônicos (0 a 3 meses); operação plena das rotinas, início na atenção domiciliar e matriciamento nas UBS prioritárias (3 a 6 meses); e expansão do matriciamento, análise dos indicadores e divulgação dos resultados (6 a 12 meses)^{14,15}.

DESAFIOS DE IMPLANTAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE MITIGAÇÃO

A distância entre um modelo bem concebido e um serviço que funciona depende menos de recursos que de governança. A literatura identifica obstáculos recorrentes que, quando não antecipados, comprometem até projetos bem estruturados^{14,22,23}. O Quadro 1 sintetiza nove desafios, sua natureza, o impacto estimado pelos autores e as estratégias de mitigação.

Quadro 1 – Matriz de riscos e estratégias de mitigação na implantação de serviços de cuidados paliativos

Risco ou desafio	Natureza	Impacto*	Estratégias de mitigação
Resistência cultural de profissionais, pacientes e familiares	Cultural e simbólica	Alto	Plano anual de educação; engajamento de lideranças; divulgação de indicadores de resultado; revisão da linguagem clínica
Sobrecarga da equipe, burnout e fadiga de compaixão	Humana e organizacional	Alto	Dimensionamento progressivo; supervisão clínica; grupos de apoio; debriefing após casos complexos; rodízio de tarefas; fóruns de ética
Falhas de fluxo e de comunicação nas transições de cuidado	Operacional	Alto	Formulário padronizado de transferência responsável; seguimento após a transferência; reuniões intersetoriais; canais diretos entre equipes
Acesso a opioides e medicamentos essenciais	Regulatória e logística	Alto	Capacitação em farmacologia paliativa; protocolos institucionais de prescrição; estoque em todos os pontos de atenção; articulação com a assistência farmacêutica
Fragmentação da atenção e barreiras à integração em rede	Estrutural e institucional	Médio-alto	Pactuação formal entre direções; reunião interinstitucional mensal; prontuário eletrônico integrado (médio prazo)
Sofrimento moral e dilemas éticos	Ética e psicossocial	Médio-alto	Fóruns de ética clínica; protocolo de conferência familiar; planejamento antecipado de cuidados e diretivas antecipadas sistematizados; suporte psicológico à equipe
Sub-registro e falhas de documentação	Operacional e jurídica	Médio	Formulários padronizados com checklist; auditoria amostral mensal com devolutiva; capacitação em registro clínico
Dificuldade de identificação precoce de elegíveis	Clínica e processual	Médio	Busca ativa em enfermarias e na APS; capacitação em SPIC-T-BR e Pergunta Surpresa; matriciamento nas UBS
Sustentabilidade do serviço a longo prazo	Estratégica e financeira	Médio	Habilitação de equipes e custeio previstos na PNCP; publicação regular de indicadores; expansão planejada

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura citada. *Classificação do impacto por julgamento dos autores; a probabilidade de ocorrência não foi estimada e deve ser avaliada em cada contexto.

Três desafios merecem destaque. A resistência cultural manifesta-se em três planos: entre profissionais, que por vezes percebem os CP como desistência; entre pacientes e familiares, que associam a abordagem paliativa ao abandono do tratamento e sustentam a chamada conspiração do silêncio; e no sistema, que privilegia métricas curativas^{15,23}. Seu enfrentamento exige educação continuada, engajamento de lideranças e revisão permanente da linguagem clínica.

O burnout e a fadiga de compaixão são riscos relevantes em equipes de CP²³. A prevenção começa no dimensionamento adequado e passa por supervisão clínica, grupos de apoio e fóruns de discussão ética. O sofrimento moral não manejado, decorrente de situações em que o profissional não consegue agir conforme seus valores, acelera a evasão das equipes²².

As falhas de comunicação nas transições de cuidado têm alto custo clínico: descontinuidade do plano terapêutico, reinternações evitáveis e óbito em local não desejado pelo paciente¹⁴. O formulário padronizado de transferência responsável e o seguimento após a transferência são as respostas operacionais propostas. O acesso a opioides e a medicamentos essenciais, especialmente na atenção primária e no domicílio, também exige atenção, pela necessidade de receituário de controle especial e de estoque regular em todos os pontos de atenção.

Três princípios transversais orientam a gestão desses riscos. Prevenir é mais eficiente que remediar: capacitar antes do lançamento, protocolar antes das primeiras transferências e estruturar o suporte à equipe antes dos primeiros sinais de esgotamento. A governança clínica não é acessória: as instâncias de deliberação e monitoramento não devem ser suspensas quando a demanda aumenta. E a sustentabilidade se constrói com resultados: a divulgação regular de indicadores, como redução de internações em UTI no fim da vida, de reinternações e aumento de óbitos no local preferido, é o argumento mais efetivo para manter o apoio institucional^{14,15}.

LIMITES DA PROPOSTA E ALINHAMENTO À POLÍTICA NACIONAL

Esta proposta tem limites que devem ser explicitados. Primeiro, foi formulada sem considerar a Resolução CIT nº 41/2018⁴ e a PNCP⁵. A PNCP prevê equipes matriciais de CP, de gestão estadual, na proporção de uma para até 500 mil habitantes da macrorregião, com médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, e equipes assistenciais, de gestão municipal, na proporção de uma para cada 400 leitos SUS, com custeio federal mensal para ambas⁵. O modelo aqui descrito é compatível com essa lógica, pois o eixo do cuidado matriciado corresponde às funções das equipes matriciais e a atuação hospitalar e domiciliar, às das equipes assistenciais. Contudo, a composição mínima, as cargas horárias e o financiamento propostos não foram derivados desses normativos e precisam ser ajustados a eles para que o serviço possa ser habilitado e custeado.

Segundo, a proposta resulta de revisão narrativa, não sistemática, e os parâmetros operacionais (cargas horárias, prazos de resposta, percentual de auditoria e metas) são propostas dos autores, não validadas empiricamente. Terceiro, o modelo não foi implantado nem avaliado, e não aborda especificamente os CP pediátricos, previstos na PNCP. Estudos de implantação que testem o modelo e avaliem seus resultados, inclusive custos, são necessários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação de serviços de CP no sistema público depende tanto de protocolos quanto de mudança cultural, que começa pela linguagem: substituir "não há mais nada a fazer" por "há muito a fazer para garantir seu conforto e dignidade" sintetiza o propósito de qualquer serviço paliativo.

A Saúde Coletiva oferece a arquitetura organizacional (integralidade, apoio matricial e PTS), e os CP oferecem os instrumentos técnicos (SPICT-BR, PAC, DAV, SPIKES e conferência familiar). Juntos, estruturam um modelo que pretende ser um roteiro para gestores e coordenadores clínicos. Para isso, a proposta deve ser alinhada à PNCP e à Resolução CIT nº 41/2018, não consideradas em sua formulação, adaptada a cada rede e avaliada por indicadores. O paciente em fim de vida não espera pela perfeição do sistema; espera pelo cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação: revisão 2024. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
2. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-42. doi:10.1056/NEJMoa1000678
3. Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *J Clin Oncol*. 2010;28(25):4013-7. doi:10.1200/JCO.2010.29.5527
4. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de

Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2024.

6. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. doi:10.7476/9788575413438
7. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 113-26.
8. Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.
9. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007;23(2):399-407. doi:10.1590/S0102-311X2007000200016
10. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho em saúde: processos de trabalho e gestão. São Paulo: Hucitec; 2012.
11. Figueiredo MTA. Cuidados paliativos. São Paulo: Atheneu; 2011.
12. Dadalto L. Diretivas antecipadas de vontade: aspectos jurídicos e bioéticos. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2018.
13. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
14. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO; 2018.
15. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. ampl. atual. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.
16. SPICT-BR™. Instrumento para identificação de pessoas em risco de deterioração e morte [Internet]. Edinburgh: SPICT; [citado 24 maio 2026]. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/spict-br/>
17. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União. 31 ago 2012.
18. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med. 1997;44(5):681-92. doi:10.1016/S0277-9536(96)00221-3
19. Hudson P, Quinn K, O'Hanlon B, Aranda S. Family meetings in palliative care: are they effective? Palliat Med. 2009;23(2):150-7. doi:10.1177/0269216308099960
20. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES — a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302
21. Ribeiro SCC, Silva JL, Rodrigues BMD, Pacheco STA. Projeto terapêutico singular em cuidados paliativos: uma proposta integradora. Rev Med (São Paulo). 2019;98(2):115-22.

22. Bruera E. Palliative care and supportive care. In: Bruera E, Higginson IJ, von Gunten CF, Morita T, editors. Textbook of palliative medicine and supportive care. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2021.
23. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, editors. Oxford textbook of palliative medicine. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
24. 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):E484-93. doi:10.1503/cmaj.160775

Recebido: 05 de junho de 2026. **Aceito:** 30 de junho de 2026

Correspondência: Isis Aparecida Cunácia Massaro **E-mail:** isis.massaro@gmail.com

Conflito de Interesses: os autores declararam não haver conflito de interesses

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited