

Qualidade de morte e cuidados paliativos: estratégias de enfermagem para a dignidade no processo de finitude

Julia Bombonato Turazzi, Enfermagem, Centro Universitário Integrado, Brasil

julia.turazzi@grupointegrado.br

Mileni F. Gomes de Souza, Centro Universitário Integrado, Brasil,

mileni.souza@grupointegrado.com.br

Resumo: O presente estudo se propõe a analisar o papel central da enfermagem na promoção da dignidade e humanização da assistência a pacientes em processo de finitude, sob a ótica dos Cuidados Paliativos (CP). Diante da consolidação legal dos CP pela Lei nº 14.758/2023 e da obrigatoriedade de organização dessas linhas de cuidado, investiga-se de que forma as estratégias implementadas pela enfermagem se alinham aos mandatos bioéticos e à legislação recente, traduzindo-se em qualidade da morte. A metodologia empregada é a Revisão Integrativa da Literatura, utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e documentos normativos publicados entre janeiro de 2020 e abril de 2025. Os resultados confirmam que a enfermagem é insubstituível em três pilares para a qualidade da morte: rigor técnico-ético, assegurando a ortotanásia e evitando a distanásia; comunicação terapêutica, mitigando o sofrimento holístico e garantindo a escuta qualificada; e defesa da autonomia, aplicando as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Conclui-se que a principal ameaça à dignidade do paciente reside na lacuna de capacitação profissional em bioética e CP, sendo indispensável a superação desse desafio através do rigor metodológico imposto pela Resolução COFEN nº 736/2024. Essa nova exigência transforma o Processo de Enfermagem (PE) no instrumento científico e auditável para capturar a DAV, registrar a recusa do paciente e garantir um cuidado integral e ético até o último momento de vida.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Dignidade. Enfermagem. Finitude. Bioética.

Abstract: This study aims to analyze the central role of nursing in promoting dignity and humanization of care for patients in the process of finitude, from the perspective of Palliative Care (PC). Given the legal consolidation of PC by Law No. 14,758/2023 and the mandatory organization of these lines of care, it is investigated how the strategies implemented by nursing align with bioethical mandates and recent legislation, translating into the quality of death. The methodology employed is the Integrative Literature Review, using the Virtual Health Library (VHL) and regulatory documents published between January 2020 and April 2025. The results confirm that nursing is irreplaceable in three pillars for the quality of death: technical-ethical rigor, ensuring orthotanasia and avoiding dysthanasia; therapeutic communication, mitigating holistic suffering and ensuring qualified listening; and defense of autonomy applying Advance Directives (AD). It is concluded that the main threat to the patient's dignity lies in the gap in professional training in bioethics and PC, making it essential to overcome this challenge through the methodological rigor imposed by COFEN Resolution No. 736/2024. This new requirement transforms the Nursing Process (NP) into the scientific and auditable instrument used to capture the AD, register patient refusal, and ensure comprehensive and ethical care until the last moment of life.

Keywords: Palliative Care. Dignity. Nursing. Finitude. Bioethics.

INTRODUÇÃO

Contextualização da morte na sociedade contemporânea e a emergência dos cuidados paliativos

A complexidade do cuidar em fase terminal transcende a mera prática clínica, configurando-se como um exercício de empatia, respeito, sensibilidade e humanização. Este é um desafio estrutural, dada a resistência social em abordar a finitude, que, conforme Dadalto, se manifesta pelo “apego muito grande à vida biológica” em detrimento de um “peso muito menor à vida biográfica.” (Dadalto, 2022, par. 3). A Vida Biológica se refere à manutenção das funções vitais por meios tecnológicos, enquanto a Vida Biográfica abrange a história, a consciência e a autonomia do indivíduo, priorizando a dignidade e a qualidade do fim de vida.

Neste contexto, historicamente, a morte permanece um tema frequentemente envolto em dificuldades e receios na sociedade, o que gera barreiras emocionais e impacta a abordagem dos profissionais de saúde, notadamente da enfermagem, a pacientes em processo de finitude. Perante este cenário, os profissionais vivenciam dilemas éticos de manutenção ou suspensão de tratamentos considerados inúteis, justamente buscando evitar a obstinação terapêutica da distanásia (Silva; Pacheco; Dadalto, 2021, par. 4).

Diante desses dilemas, os Cuidados Paliativos (CP) emergem como uma abordagem essencial, conforme definido pelo Ministério da Saúde (2024), visando a melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. O propósito primordial dos CP, conforme expresso por Cicely Saunders, “não reside em adicionar dias à vida, mas sim em conferir qualidade aos dias restantes” (Saunders, 2006, par. 6).

No Brasil, este imperativo ético ganhou um sólido arcabouço legal. Nesse sentido, a dignidade da pessoa humana, princípio basilar da Constituição Federal de 1988, que se estende a todas as fases da vida, culminando no processo de morrer, foi recentemente estendida e reforçada no contexto da saúde pela Lei nº 14.758, de 2023, que instituiu diretrizes nacionais para a organização dos CP, elevando-os de uma política programática para uma obrigação legal estrutural dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2023). Essa institucionalização, somada à aprovação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) pela Resolução CNS nº 729, de 2023, exige uma adaptação urgente na prática da enfermagem, que deve assegurar que o direito fundamental à morte digna seja plenamente exercido (Conselho Nacional de Saúde, 2023).

A complexidade do cuidar, sob esta ótica doutrinária, reside na dificuldade de fazer prevalecer a Dignidade da Pessoa Humana, constitucionalmente garantida, quando ela entra em conflito com o imperativo técnico de prolongamento orgânico. (Dadalto, 2025).

Justificativa, questão de pesquisa e objetivo reafirmado

Para obter a garantia de uma morte digna deve haver respeito aos direitos e à autonomia do paciente, assegurando que suas vontades e desejos sejam considerados. Dessa forma, a conciliação entre os direitos à vida, à dignidade e à liberdade fundamenta o direito à morte digna, validando a importância de um cuidado que preserve a qualidade do fim de vida em conformidade com as escolhas individuais (Brasil, 1988).

Isto posto, a atuação da enfermagem é crucial na implementação de estratégias que garantam ao paciente cuidados alinhados aos seus valores e desejos, respeitando sua autonomia e as decisões familiares sobre a assistência. Dado o protagonismo do enfermeiro que abrange a coordenação do cuidado holístico, o controle rigoroso de sintomas e a comunicação ética torna-se imperativo analisar como essa prática se alinha aos mandatos bioéticos e à legislação atual (Costa; Silva, 2021).

Diante deste panorama, este estudo investiga a seguinte questão: De que maneira o Processo de Enfermagem, sob o rigor metodológico da Resolução COFEN nº 736/2024, opera como instrumento de tradução ética das estratégias de enfermagem em Cuidados Paliativos, garantindo a defesa da autonomia e a dignidade do paciente no processo de finitude, em conformidade com o marco legal 2023-2025?

Com base nesta indagação, o objetivo geral consiste em examinar o papel do enfermeiro, analisar e apresentar as estratégias de enfermagem adotadas durante a prestação de CP, buscando compreender como tais práticas promovem a dignidade no processo de finitude, fundamentando-se em uma revisão da literatura e legislação brasileira.

MÉTODO

O presente estudo adota o método de Revisão Integrativa da Literatura (RIL), complementado por uma sistemática Análise de Conteúdo Normativo. Esta abordagem combinada é justificada pela necessidade de sintetizar, por um lado, as evidências empíricas da prática de enfermagem em Cuidados Paliativos e, por outro, analisar o rigor do arcabouço legal e regulatório que rege a atuação profissional no período de 2020 a 2025. A questão norteadora que busca entender como o Processo de Enfermagem, sob o amparo da Resolução COFEN nº 736/2024, opera como instrumento ético na defesa da autonomia e da dignidade do paciente exige a estruturação do método em duas frentes de coleta, com foco na legislação recente (Lei nº 14.758/2023).

A Fase I consistiu na RIL, seguindo as etapas clássicas para a síntese de resultados de pesquisas prévias que fundamentam a prática profissional. A coleta de dados científicos ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abrangendo as bases LILACS, MEDLINE e SciELO. A estratégia de busca utilizou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "cuidados paliativos", "enfermagem", "dignidade" e "finitude", combinados com os operadores booleanos AND e OR. Os critérios de inclusão definiram publicações em língua portuguesa, com texto integral disponível,

e que abordassem especificamente estratégias profissionais, desafios éticos e legais, e aprimoramento no processo de finitude, com um recorte temporal de janeiro de 2020 a outubro de 2025, garantindo a atualidade das evidências e a inclusão do marco regulatório mais recente. Após a seleção final, 7 artigos científicos indexados em periódicos revisados por pares (BVS/SciELO) formaram a base de evidência empírica para a síntese da RIL.

Em paralelo, a Fase II dedicou-se à Análise de Conteúdo Normativo e Legal, que analisou e interpretou o arcabouço regulatório que confere a força vinculativa à prática de enfermagem. Esta busca foi conduzida em portais oficiais do governo e dos conselhos profissionais (Presidência da República, Ministério da Saúde, COFEN), focando em atos que consolidam a Política Nacional de Cuidados Paliativos e a obrigatoriedade do Processo de Enfermagem. A análise desta fase resultou na seleção e interpretação de 17 documentos normativos e legais (Leis, Resoluções, Portarias e Pareceres) que estabeleceram o arcabouço regulatório para a prática. Adicionalmente, 24 fontes complementares, incluindo manuais institucionais (INCA), taxonomias de enfermagem (NANDA-I, NIC, NOC) e referências de apoio técnico-jurisprudencial, foram empregadas para contextualizar a operacionalização clínica e legal do CP, especialmente no que tange à formalização das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). É crucial destacar que estas fontes complementares não foram submetidas aos critérios de síntese de evidências da RIL, mas serviram como suporte para a discussão do arcabouço ético e dos desafios de acesso.

Por fim, a análise dos dados, tanto dos artigos científicos quanto dos documentos normativos, foi de natureza qualitativa. Após a leitura exploratória e seletiva, o conteúdo foi interpretado e organizado em três categorias temáticas centrais: Rigor Técnico-Ético, Comunicação Terapêutica e Defesa da Autonomia. O cruzamento das evidências da RIL com o arcabouço normativo permitiu fundamentar as estratégias de enfermagem em um sistema que é, simultaneamente, cientificamente embasado e legalmente exigível.

REVISÃO DE LITERATURA

O arcabouço bioético e legal da morte digna

O princípio da dignidade humana e a qualidade de morte

O conceito de qualidade de morte refere-se a um processo de morrer digno, onde o indivíduo tem seus desejos e valores respeitados, com manejo adequado dos sintomas e apoio com foco em sua integralidade individual (Cecconello; Erbs; Geisler, 2022). Conectado a isso, o princípio da dignidade humana, inscrito na Constituição Brasileira, orienta todas as relações sociais e jurídicas no país e se estende incondicionalmente à qualidade da morte (Gonzaga; Falleiros; Labruna, 2024). A garantia de um processo de finitude respeitoso e humanizado implica no respeito irrestrito aos direitos e à autonomia do paciente (Cecconello; Erbs; Geisler, 2022).

O conceito de morte digna é subjetivo e forjado segundo valores individuais e coletivos, mas sua aplicação prática deve sempre proteger o paciente, garantindo seu direito fundamental de escolha sobre o próprio fim. Nesse sentido, a vida e a morte são tratadas pelo direito como institutos com significados presumidos. O direito à vida é tratado no art. 5º, caput, da Constituição Federal, que garante a "inviolabilidade do direito à vida" (Brasil, 1988), e é retratada também no Código Civil de 2002, em seu art. 2º, ao dispor que "A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro" (Brasil, 2002, art. 2º).

Para garantir a qualidade da morte, é crucial que os profissionais de saúde dominem os conceitos bioéticos que regem a terminalidade. Diante dessas definições, a bioética no fim da vida é regida por quatro princípios fundamentais: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Conforme este arcabouço, a autonomia se refere à capacidade de gerenciar a própria vontade; a beneficência é a obrigação de buscar o maior benefício; a não maleficência é o dever de não causar dano, reduzindo efeitos adversos; e a justiça busca a equidade no uso dos recursos. O dever de não causar dano ao paciente está expresso justamente no princípio da não maleficência, que, na visão bioética (Silva; Pacheco; Dadalto, 2021), leva à rejeição de tratamentos que prolongam artificialmente a vida e o processo de morrer.

Distinções éticas

A luta pela morte digna, conforme articulada por Dadalto, passa primeiramente pela crítica e superação da distanásia. O prolongamento artificial e fútil da vida, desprovido de qualquer perspectiva de cura ou melhoria significativa, é categorizado não apenas como uma prática questionável, mas como uma agressão direta à dignidade do paciente.

A ortotanásia define-se como a conduta ética de não prolongar a vida por meios artificiais, permitindo que a morte ocorra de forma natural, sem sofrimento desnecessário, a bioética a estabelece como o caminho para garantir o direito do paciente a uma morte digna (Silva; Pacheco; Dadalto, 2021). Assim, a ortotanásia constitui a substituição da distanásia na conduta profissional, sendo o processo de morte não estendido, mas sim assistido com dignidade e respeito ao tempo natural da finitude.

A distanásia representa o prolongamento artificial e inútil da vida, por meio de tratamentos desproporcionais ou fúteis, a distanásia é considerada uma conduta antiética que viola o princípio da não maleficência (Corrêa *et al.*, 2025), uma vez que o paciente sem perspectiva de vida é tratado como se houvesse um bom prognóstico, violando sua dignidade.

A eutanásia consiste na prática de abreviar a vida de um paciente que sofre de forma insuportável (Ministério da Saúde, 2023). Os cuidados paliativos distinguem-se claramente da eutanásia, pois, embora afirmem a vida e reconheçam a morte como um processo natural, não pretendem nem apressar nem adiar a morte. No

ordenamento jurídico brasileiro, a eutanásia é vedada ao médico pelo Art. 41 do Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 2019, p. 17) e tipificada como homicídio no Código Penal (Brasil, 1940, art. 121, § 1º).

Sendo assim, o paciente tem direito a uma morte digna, sem ser submetido a tratamentos que não visem oferecer a cura de uma doença que ameaça a continuidade da vida. Com isso, troca-se a distanásia pela ortotanásia: garantindo uma morte boa e correta, de modo que o processo de morte não seja estendido. (Silva; Pacheco; Dadalto, 2021).

Diretivas antecipadas de vontade (DAV) e a autonomia ética

O conceito de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), frequentemente denominado Testamento Vital, emergiu como uma resposta fundamental da bioética à complexidade da medicina contemporânea. Historicamente, o avanço tecnológico permitiu o prolongamento artificial da vida por meios clínicos, gerando o dilema da obstinação terapêutica, conhecido como distanásia (Silva; Pacheco; Dadalto, 2021, par. 4). Este cenário levou a uma crise de valores, onde o foco recaiu sobre a manutenção da vida biológica em detrimento da vida biográfica (Dadalto, 2025, p. 19).

Diante disso, a DAV surge como um instrumento legal e ético que permite ao indivíduo exercer sua autonomia. As diretivas consistem no conjunto de desejos previamente manifestados sobre os cuidados e tratamentos que o paciente deseja ou não receber, alinhados a seus valores e desejos, caso se encontre incapacitado de expressar sua vontade de forma livre e autônoma (Borges; Lima, 2024). Sua finalidade é assegurar que a dignidade da pessoa humana, princípio basilar da Constituição Federal de 1988, se estenda incondicionalmente ao processo de finitude (Dadalto, 2025, p. 25).

Desse modo, a qualidade da morte não é medida pela longevidade do sofrimento, mas pela prevalência da autonomia privada sobre a intervenção paternalista. (Dadalto, 2025). Assim sendo, alcançar a dignidade no processo de fim de vida é fundamental, operando por meio do respeito a integralidade do ser humano, incorporando sua história.

O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2012) normatiza que as DAV devem prevalecer sobre outros pareceres, inclusive sobre os desejos de familiares. A análise doutrinária reforça que a DAV é um instrumento legal que permite registrar as vontades, oferecendo segurança jurídica aos envolvidos e garantindo a autonomia do paciente diante da evolução da doença (Conselho Federal de Medicina, 2012, art. 2º). Esta garantia legal oferece segurança ao paciente de que sua autonomia será respeitada, mesmo diante de conflitos ou pressão externa. É essencial notar que o paciente tem o direito de alterar, incluir ou revogar a DAV a qualquer momento, desde que esteja consciente e com plena capacidade civil.

Formalização das diretivas antecipadas de vontade por escritura pública (Via Notarial)

A formalização da Diretiva Antecipada de Vontade por Escritura Pública em Cartório de Notas é o método mais robusto e eficaz para concretizar a autonomia do paciente, conferindo ao documento a prerrogativa de fé pública, o que minimiza drasticamente as chances de contestações futuras sobre a capacidade do indivíduo no momento da declaração, este procedimento garante que as vontades do indivíduo sejam respeitadas legalmente e tenham valor jurídico (Cartório Barbosa, 2025). Para a formalização, o declarante capaz comparece ao cartório, apresenta seus documentos e expressa suas diretrizes sobre a recusa de tratamentos considerados desproporcionais ou invasivos, a preferência por cuidados paliativos e a nomeação de um Procurador de Cuidados de Saúde para se comunicar com a equipe (Cartório Barbosa, 2025). A decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) de 2022 reforça a alta confiabilidade e a segurança jurídica das escrituras públicas, consolidando a previsibilidade legal no processo de finitude. O respeito à DAV manifestada formalmente por esta via assegura que a dignidade da pessoa humana se estenda ao processo de fim de vida (Dadalto, 2025).

Registro em prontuário (Via Clínica)

A manifestação da DAV pode ocorrer também diretamente no ambiente clínico, sendo registrada detalhadamente no Prontuário Médico pelo profissional assistente, o que possui validade ética e é um instrumento essencial para a Tomada de Decisão Compartilhada (Borges; Lima, 2024). Contudo, o registro em prontuário é juridicamente considerado um documento particular, o que, diferentemente da escritura pública, o torna mais suscetível a fragilidades probatórias em caso de contestação (Silva; Pacheco; Dadalto, 2021). Para garantir sua validade, é imperativo que o médico ou enfermeiro registre explicitamente que o paciente estava competente no ato da declaração, listando as recusas de forma inequívoca (Borges; Lima, 2024). A enfermagem, cujo papel é fundamental na aplicação das DAV (Hanzel; Arboit, 2025), utiliza o Processo de Enfermagem (PE) como o método científico obrigatório, por força da Resolução COFEN nº 736/2024, para capturar a DAV, registrar a recusa do paciente e garantir que o compromisso ético de defender a autonomia se traduza em um ato clínico auditável e sistemático.

Nesse sentido, o papel do enfermeiro é considerado fundamental na aplicação das DAV. O profissional atua como intermediário entre a vontade do paciente, os médicos e a família, sendo essencial para o cumprimento ético e legal das diretrizes. No entanto, estudos recentes (2025) sobre a produção científica de enfermeiros acerca das DAV revelam uma preocupante lacuna na formação e no conhecimento sobre o tema (Hanzel; Arboit, 2025). Essa ausência de conhecimento pode comprometer a aplicabilidade das DAV e a capacidade dos profissionais de apoiar o paciente em decisões fundamentais. Quando o paciente em estágio avançado perde a capacidade de decisão e não há DAV pré-estabelecida, as deliberações são frequentemente baseadas em critérios de familiares ou médicos, o que pode desrespeitar a autonomia prévia do indivíduo (Telles; Silva, 2025).

Essa deficiência na capacitação representa um entrave estrutural, pois cria uma dissonância crítica entre o mandato ético-legal de proteger a autonomia do paciente no fim da vida e a competência real da equipe de enfermagem para executar essa função. A ausência de preparo profissional transforma o DAV de um direito garantido em lei em um desafio prático e educacional que impede a plena realização da dignidade na finitude (Telles; Silva, 2025).

A consolidação da política nacional de cuidados paliativos no Brasil

Contexto e fundamentação da política nacional de cuidados paliativos (PNCP)

Os CP representam um modelo de assistência integral focado na melhoria da qualidade de vida de pacientes e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças graves e ameaçadoras à vida. Seu objetivo primordial não é a cura da doença de base, mas sim a prevenção e o alívio do sofrimento, abordando o paciente em uma perspectiva holística que engloba as dimensões física, psicológica, social e espiritual (Ministério da Saúde, 2023).

Para que o cuidado seja adequado, é imprescindível que a abordagem paliativa seja contextualizada em seus estágios de progressão, que evoluem desde o diagnóstico até a fase final da vida (Ebserh, 2024). A progressão do cuidado paliativo ao longo da jornada do paciente pode ser conceitualmente dividida em quatro fases principais, que delimitam a ênfase terapêutica e a transição do foco da cura para o conforto (Ministério da Saúde, 2023) a Fase Inicial, onde há o diagnóstico da doença e o tratamento modificador ou curativo é predominante, com o CP atuando como suporte geral (Inca, 2023); a Fase da Doença Avançada ou Estabilizada, na qual o CP se expande em significado à medida que o tratamento modificador perde eficácia, sendo o equilíbrio entre a terapia e o controle de sintomas o objetivo principal (Ministério da Saúde, 2024); a Fase da Terminalidade, quando o processo de morte se torna irreversível e o cuidado se concentra exclusivamente no conforto e no controle rigoroso dos sintomas nos últimos dias ou semanas de vida (Inca, 2023); e a Fase do Luto, que abrange o suporte à família após o óbito (Inca, 2023).

O reconhecimento da importância do CP tem gerado uma mudança paradigmática global, defendendo a integração precoce desses cuidados. Onde a abordagem paliativa não deve ser reservada apenas para a fase final da vida, mas sim oferecida desde o diagnóstico, coexistindo com o tratamento curativo ou modificador da doença. O modelo integrado demonstra que o foco paliativo se expande gradualmente à medida que a doença crônica progressiva avança. Para exemplificar a urgência dessa integração, a American Society of Clinical Oncology (ASCO) recomenda que pacientes com câncer avançado sejam encaminhados a um especialista em CP em até 8 semanas após o diagnóstico. A introdução do CP desde o início visa melhorar a qualidade de vida, proporcionar conforto e reduzir o sofrimento, quebrando o estigma cultural que associa esses cuidados unicamente à terminalidade ou à desistência do tratamento (Ebserh, 2024). A análise em questão, após estabelecer essa arquitetura da rede, foca, primordialmente, em explorar a promoção da dignidade no estágio da terminalidade, momento em

que o prognóstico de vida é definido em dias ou semanas e o foco terapêutico se torna exclusivamente o conforto.

Marco legal recente no Brasil: a PNCP e a lei do cuidado integral

A consolidação do CP no Brasil foi marcada por um avanço legislativo tardio, mas acelerado. Lei nº 14.758, promulgada em dezembro de 2023, instituiu diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos no SUS, no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Brasil, 2023).

Essa lei é crucial porque elevou os CP à condição de componente essencial do cuidado integral garantido aos pacientes oncológicos ou em fim de vida um cuidado integral. Conforme definido pela lei, engloba, além do CP, a prevenção, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e o apoio psicológico ao paciente e sua família. A exigência legal é que todos esses componentes sejam oferecidos de forma oportuna, garantindo a continuidade do cuidado. A Lei nº 14.758/2023 entrou em vigor após 180 dias de sua publicação oficial (Brasil, 2023).

A formalização da PNCP no sistema único de saúde (SUS): resoluções e portarias de 2023/2024

Paralelamente à Lei do Câncer, o arcabouço regulatório do SUS para o CP foi rapidamente estabelecido. Em dezembro de 2023, a Resolução CNS nº 729 aprovou a PNCP no âmbito do SUS, reconhecendo sua grande relevância para a promoção da dignidade e do cuidado centrado na pessoa (Conselho Nacional de Saúde, 2023).

A formalização e operacionalização da PNCP ocorreram por meio da Portaria GM/MS nº 3.681, de maio de 2024, que incluiu a PNCP como o Anexo XLIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 2017 (Ministério da Saúde, 2024). Este movimento regulatório demonstra um reconhecimento político significativo da necessidade de garantir o cuidado integral a cerca de 625 mil pessoas que, segundo estimativas do Ministério da Saúde, necessitam de CP no país. A Portaria 3.681/2024 ainda estabeleceu que a Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES/MS) deverá publicar, em documentos específicos, os parâmetros detalhados para monitoramento e avaliação da PNCP, bem como as orientações operacionais das equipes (Ebserh, 2024).

Tabela 1 – Linha do Tempo Regulatória da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)

Ato Normativo	Data de Publicação	Natureza Jurídica	Impacto Principal
Lei nº 14.758	Dezembro de 2023	Lei Federal	Inclui explicitamente o CP como componente do cuidado integral no SUS, especialmente para câncer
Resolução CNS nº 729	Dezembro de 2023	Resolução	Aprova a PNCP, estabelecendo diretrizes claras para a melhoria da qualidade de vida e dignidade no SUS

Portaria GM/MS nº 3.681	Maio de 2024	Portaria	Formaliza a PNCP no âmbito do SUS, inserindo-a como Anexo XLIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017
Portaria GM nº 5.333	Setembro de 2024	Portaria	Altera o prazo para o início do procedimento de descentralização e habilitação de serviços para 1º de janeiro de 2025

Fonte: Elaboração própria (Turazzi, 2025) com base na legislação (Lei nº 14.758/2023; Resolução CNS nº 729/2023; Portaria GM/MS nº 3.681/2024 e Portaria GM nº 5.333/2024)

A aprovação de uma lei federal e de resoluções ministeriais, formalizando a PNCP, se deu em um curto período. Esse ritmo, contudo, contrasta com os desafios da implementação prática, que resume a fundação normativa da PNCP.

Implementação da PNCP no sistema de saúde

A arquitetura da rede de cuidados paliativos (RCP) no sistema único de saúde (SUS)

A efetivação da PNCP requer uma Rede de Cuidados Paliativos (RCP) organizada e integrada, baseada na atuação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares. O cuidado deve ser abrangente, envolvendo especialistas de diversas áreas para atender às necessidades complexas dos pacientes, abrangendo a coordenação dos cuidados físicos, psicossociais e espirituais (Ebserh, 2024).

A organização da RCP no SUS exige a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), desde a Atenção Primária a Saúde (APS), que provê o cuidado generalista, até a Atenção Especializada, que oferece o suporte especializado. Para otimizar essa articulação, a Portaria 3.681/2024 estabelece instrumentos essenciais de gestão do cuidado, como o matriciamento de equipes e serviços, a supervisão de equipes assistenciais e o uso de ações de telessaúde (Ministério da Saúde, 2024). O matriciamento, em particular, é crucial para levar o conhecimento especializado às equipes generalistas da ponta, mitigando a escassez de profissionais paliativistas. No estado do Paraná, essa estratégia está formalizada com a previsão de Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos (EMCP), responsáveis pela articulação do cuidado e pelo apoio às equipes assistenciais generalistas (Paraná, 2024).

O processo de descentralização e habilitação de serviços: análise de cronogramas e barreiras

Apesar da formalização da PNCP, a sua operacionalização enfrenta barreiras significativas, particularmente no que se refere à estrutura burocrática e financeira do SUS. A Portaria GM n. 5333 demonstrou essa dificuldade ao adiar o prazo para o início do procedimento de descentralização das habilitações de serviços e equipes da PNCP para 1º de janeiro de 2025 (Conass, 2024).

Esse adiamento indica que os entes federativos ainda não possuem a capacidade instalada ou a prontidão administrativa para assumir a responsabilidade pela habilitação de serviços de CP. A descentralização, embora seja um princípio do SUS, não pode ocorrer sem a capacidade técnica e o suporte financeiro necessários. De fato, a habilitação e homologação das equipes de CP estão estritamente condicionadas à verificação do cumprimento de requisitos técnicos específicos e, notavelmente, à disponibilidade de recursos financeiros do Ministério da Saúde. Portanto, a expansão dos CP no Brasil fica, neste momento, refém do ciclo orçamentário federal e da prioridade política local para destinação de recursos, o que ameaça a equidade regional no acesso ao cuidado (Conass, 2024).

Barreiras de acesso e encaminhamento tardiamente no fim da vida

Um desafio clínico persistente é o encaminhamento tardio dos pacientes para os CP. Embora a PNCP defenda a indicação precoce, estudos demonstram que, mesmo em casos de doenças com prognóstico reservado, como as neoplasias hematológicas avançadas, a maioria dos pacientes não é encaminhada ao especialista em CP no prazo ideal (Ebserh, 2024).

Essa falha na operacionalização resulta em consequências clínicas e éticas graves, especialmente na fase terminal. Pacientes encaminhados tardiamente para o CP apresentam maior probabilidade de morrer em ambiente hospitalar e são mais propensos a receber cuidados considerados agressivos nos seus últimos dias de vida, como quimioterapia ou hospitalizações prolongadas (Calixto; Motta; Viera, 2024). Esta situação configura uma falha ética, pois o cuidado agressivo tardio se opõe diretamente ao objetivo do CP de promover conforto, dignidade e controle eficaz de sintomas até o momento da morte. A PNCP prevê mecanismos para garantir a dignidade, como o registro de DAV, mas o encaminhamento tardio sugere que a discussão bioética sobre o fim da vida e a autonomia do paciente é frequentemente postergada, minando o espírito da política (Ministério da Saúde, 2024).

Acesso e cobertura no setor de saúde suplementar

Obrigatoriedade de cobertura de cuidados paliativos pela ANS

O setor de Saúde Suplementar também possui responsabilidade na oferta de CP. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as operadoras de planos de saúde são legalmente obrigadas a cobrir os procedimentos que garantem o bem-estar do paciente, incluindo explicitamente o CP. Essa cobertura deve ser integral, abrangendo consultas médicas, terapias (psicológica, emocional, espiritual) e os medicamentos e internações necessários para o controle de sintomas e a manutenção da qualidade de vida e dignidade. (Taveira Advogados, 2024).

A controvérsia regulamentar

Apesar da intrínseca obrigatoriedade legal de cobertura integral, a prática dos CP no setor de Saúde Suplementar é marcada por controvérsias e resistência operacional. Muitas operadoras buscam limitar ou negar o acesso ao CP, utilizando argumentos como a ausência de previsão contratual específica para tais tratamentos ou interpretando os cuidados de forma demasiadamente restrita (Taveira Advogados, 2024).

Essa resistência é facilitada por uma lacuna regulatória crucial, a PNCP, que institui o padrão de excelência e integralidade no âmbito do SUS, não impõe obrigações legais diretas e automáticas ao setor de Saúde Suplementar. O mercado de saúde privada é regido por um marco regulatório setorial e autônomo, fundamentado primariamente na Lei nº 9.656/1998 e nas normas da ANS. Para que as diretrizes programáticas da PNCP se convertam em uma obrigação contratual para as operadoras, elas dependem de um processo formal de incorporação e detalhamento no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Portanto, a lacuna regulatória reside no fato de que a excelência programática estabelecida para o SUS não é automaticamente convertida em exigência regulatória para o setor privado. Essa desarticulação normativa permite que o setor privado opere sob um padrão potencialmente menos rigoroso, resultando na fragmentação do cuidado e na iniquidade de acesso aos benefícios do CP, além de permitir que as operadoras interpretem as coberturas de forma restrita e criem obstáculos administrativos ao acesso dos beneficiários (Taveira Advogados, 2024).

O fenômeno da judicialização

A negativa de cobertura pelos planos de saúde representa uma barreira de acesso significativa, forçando pacientes e suas famílias a buscarem o Poder Judiciário para garantir o tratamento. A judicialização, nesse contexto, transforma o acesso ao CP de um direito regulamentado em um direito conquistado via litígio (TSA | Tenório da Silva Advocacia, s.d.).

A jurisprudência brasileira tem se consolidado favoravelmente aos pacientes. O entendimento é que os CP são essenciais para a qualidade de vida e a dignidade humana, independentemente das cláusulas restritivas do contrato. O juiz, ao decidir, utiliza o princípio da boa-fé contratual e a função social do contrato de saúde (TSA | Tenório da Silva Advocacia, s.d.) Embora a PNCP do SUS não vincule diretamente as operadoras, a existência de um padrão técnico tão detalhado que inclui matriciamento, telessaúde e cuidado integral, estabelece uma referência implícita que pode ser utilizada para contestar a qualidade e a adequação do cuidado oferecido pelo setor privado em tribunais.

A integração crítica na atenção primária à saúde (APS)

A APS como porta de entrada e centro de comunicação na rede de atenção (RAS)

A APS é o componente crucial para a universalização dos CP no Brasil. Ela é a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com toda a RAS. Os princípios fundamentais da APS de universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização e equidade, convergem diretamente com a filosofia do CP, que busca o cuidado holístico e a dignidade (Ebserh, 2024). A APS funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços, garantindo que o cuidado paliativo generalista seja iniciado na comunidade.

Modelos de cuidado paliativo na APS: abordagem generalista e matriciamento

O CP na APS corresponde ao nível de cuidado generalista, que inclui a identificação precoce de pacientes elegíveis (Ebserh, 2024), o manejo de sintomas simples, a avaliação da funcionalidade e o suporte psicossocial e familiar. Instrumentos de avaliação, como as escalas EVA e LANSS para dor, e o uso da Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a introdução de anti-inflamatórios, adjuvantes e opioides fracos e fortes nos degraus superiores, são ferramentas essenciais, e o objetivo inicial do manejo da dor é garantir noites de sono livres de dor, quebrando o ciclo dor-insônia-exaustão (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2025).

Tabela 2 – Níveis de Provisão de Cuidados Paliativos e Estratégias na Rede de Atenção à Saúde

Nível de Atenção (RAS)	Tipo de CP (OMS)	Foco de Atuação na PNCP	Instrumentos/Funções Chave
Atenção Primária à Saúde (APS)	Generalista (Nível 1)	Identificação precoce, manejo de sintomas simples, suporte familiar, coordenação da linha de cuidado, cuidado domiciliar.	Guia Rápido, Escalas de Dor (EVA, LANSS), Matriciamento recebido
Atenção Especializada (Ambulatorial/Hospitalar)	Consultoria/Especializada (Nível 2)	Manejo de sintomas complexos, planejamento antecipado de cuidado (DAV), supervisão e matriciamento de equipes de APS.	Registro de DAV, Matriciamento fornecido, Consultoria especializada
Atenção Terciária (Hospitais/UTIs)	Especializada (Nível 3)	Tratamento de sintomas refratários, intervenção em crises, cuidado intensivo de pacientes em fase terminal	Equipes de CP multidisciplinares, Gestão de casos complexos

Fonte: Elaboração própria (Turazzi, 2025) com base em documentos da OMS e do Ministério da Saúde.

O sucesso do CP na APS depende do modelo de matriciamento previsto na PNCP. As equipes especializadas de CP dos níveis secundário e terciário devem

atuar como suporte técnico, oferecendo consultoria, supervisão e telessaúde às equipes generalistas da APS.

A enfermagem na execução da PNCP

Competências essenciais do enfermeiro

O profissional de enfermagem é reconhecido como o pilar da assistência contínua e integral dentro do CP. O enfermeiro é uma figura central na equipe multiprofissional, responsável por um olhar que abarca as dimensões físicas, psicossociais, espirituais e culturais do paciente e sua família (Instituto Vencer o Câncer, 2025). A atuação da enfermagem na APS é fundamental para a garantia da assistência integral, especialmente no cuidado domiciliar, promovendo a qualidade de vida e minimizando o sofrimento.

Desafios profissionais

Apesar da importância estratégica, a enfermagem enfrenta grandes desafios na implementação da PNCP. Estudos indicam que muitos enfermeiros generalistas possuem conhecimento superficial acerca dos CP na APS, constituindo uma barreira significativa para a prestação de assistência integral e oportuna (Fonseca *et al.*, 2022).

A Portaria 3.681/2024 reconhece essa lacuna ao incluir explicitamente as ações de educação continuada para profissionais de saúde como um dos eixos de operacionalização da PNCP. A necessidade de capacitação é reforçada pela evidência, que aponta a educação continuada como um imperativo para a atuação efetiva da enfermagem em CP na APS (Fonseca *et al.*, 2022).

Além das lacunas técnicas, o enfermeiro da APS lida com barreiras psicossociais e de gestão. Um dos maiores desafios relatados é lidar com a expectativa da morte e a terminalidade (Goffi, 2022). Se o profissional tem dificuldade em gerenciar o luto e a comunicação da terminalidade, a qualidade do cuidado é comprometida. A capacitação, portanto, precisa ir além do manejo de sintomas e incluir habilidades comportamentais e éticas.

Ademais, a dificuldade de comunicação efetiva com a equipe multiprofissional que incluem médicos, psicólogos e assistentes sociais, interfere diretamente no desenvolvimento da assistência (Goffi, 2022). Isso compromete a execução ideal do modelo de matriciamento previsto para a PNCP.

Tabela 3 – Desafios e Competências da Enfermagem: Barreira Crítica na Implementação da PNCP

Dimensão do Desafio	Barreira Observada	Impacto na PNCP e no Paciente
Técnica/Clinica	Conhecimento superficial sobre CP na APS e manejo avançado de sintomas	Risco de subtratamento da dor e outros sintomas; falha na identificação precoce de pacientes elegíveis

Psicossocial/Ética	Dificuldade em lidar com a expectativa da morte e a terminalidade; Estigma cultural	Falha em promover a dignidade e a autonomia; Aumento do sofrimento moral do profissional
Sistêmica/Gestão	Dificuldade na comunicação e atuação interdisciplinar; Ausência de educação continuada adequada	Interrupção da continuidade do cuidado; falha no matriciamento e na coordenação do cuidado domiciliar

Fonte: Elaboração própria (Turazzi, 2025) a partir da síntese da Revisão Integrativa da Literatura.

A lacuna de conhecimento da Enfermagem na APS atua como um multiplicador de iniquidade. O enfermeiro, por ser o agente mais próximo da comunidade, deveria ser o principal responsável pela identificação precoce do paciente elegível (Ebserh, 2024). A falta de capacitação nesse nível impede a integração precoce do CP, forçando o paciente a buscar a atenção hospitalar tardiamente e perpetuando o ciclo de cuidados agressivos no final da vida (Calixto; Motta; Viera, 2024).

Estratégias de enfermagem para a promoção da dignidade e humanização

O protagonismo do enfermeiro no cuidado integral

A enfermagem desempenha uma função essencial e insubstituível no cuidado paliativo, atuando de forma contínua junto ao paciente e sua família. O enfermeiro não se limita ao controle dos sintomas, mas abrange o apoio emocional, a comunicação e a defesa dos direitos do paciente (Moraes; Santana, 2025).

A atuação do enfermeiro abarca o cuidado integral, respeitando a individualidade e auxiliando o paciente a viver os últimos momentos com a máxima dignidade possível, sendo assim, o profissional de enfermagem deve adotar uma abordagem holística, considerando as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente. Em contextos complexos, como a oncologia paliativa, o enfermeiro é o principal responsável por fornecer suporte aos familiares cuidadores, auxiliando-os no processo de tomada de decisão (Lucena; Albuquerque, 2021).

Cuidado holístico e as dimensões da qualidade da morte

Alcançar uma morte de qualidade exige uma abordagem holística que considere o ser humano em suas múltiplas dimensões (Silva; Adam; Saldanha, 2025). O sofrimento, nesse contexto, é abordado em sua totalidade, sendo, físico, emocional, social e espiritual.

A dimensão física concentra-se no alívio da dor, do desconforto e de outros sintomas, sendo fundamental para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Sob o prisma dos Direitos Humanos dos Pacientes (DHP), Lucena e Albuquerque (2021) argumentam que o manejo da dor e do sofrimento transcende o protocolo clínico, pois o direito de não ser submetido a tratamento cruel ou desumano implica a responsabilidade estatal de garantir o acesso a medicamentos paliativos essenciais, como os opioides. Dessa forma, o sofrimento físico desnecessário confronta diretamente a dignidade humana do paciente, justificando a urgência e a essencialidade de um cuidado integral focado no alívio sintomático.

A abordagem integral do cuidado exige que o atendimento seja realizado por uma equipe multiprofissional para alcançar as diversas dimensões da vida, incluindo as esferas emocional e social. Lucena e Albuquerque (2021) salientam que o cuidado holístico se estende ao bem-estar do paciente e de seus familiares, uma perspectiva consolidada pela redefinição da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002. É vital, portanto, incentivar o engajamento da família ou de outros mecanismos de suporte no processo saúde-doença, reconhecendo-os como parte da unidade de atenção, a fim de permitir que o paciente e sua rede vivenciem cada dia de forma plena.

A dimensão espiritual e existencial é tratada no referencial dos DHP pela necessidade de resgatar o valor da existência humana em sua singularidade. Lucena e Albuquerque (2021) defendem que a aplicação do DHP em CP implica o reconhecimento da dignidade da pessoa enferma e o foco na qualidade de vida em todo o ciclo vital, mesmo em situação de impossibilidade terapêutica curativa. Este enfoque, que encara o estar morrendo como um processo natural do ser humano, permite superar a prática mecanizada na saúde, ao centrar o cuidado no paciente e no respeito irrestrito à sua dignidade.

Controle rigoroso de sintomas e dimensões do cuidado

O Controle da Dor e o Manejo de Sintomas são fundamentais no âmbito de CP, cujo principal objetivo consiste em melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida (Ministério da Saúde, 2024). O Ministério da Saúde, em publicações recentes, enfatiza que essa abordagem deve ser integrada à RAS, com um foco na atenção primária, e não se limita apenas ao fim da vida.

A abordagem é multidisciplinar e abarca o sofrimento em sua totalidade. De acordo com os manuais do INCA, o tratamento da dor e de outros sintomas, deve ser feito de forma precoce e contínua, utilizando uma avaliação rigorosa para o tratamento correto, que pode incluir o uso de medicamentos, terapias complementares e o suporte à família, garantindo o máximo de conforto e dignidade ao paciente em todas as fases da doença, incluindo a terminal (Ministério da Saúde, 2024).

O principal objetivo dos CP é a melhoria contínua da qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras. Para a enfermagem, essa meta é alcançada por meio de intervenções que promovem o conforto, a dignidade e o alívio integral do sofrimento. A atuação da equipe se concentra em reconhecer que o sofrimento vai além da dor física, abrangendo dimensões emocionais, sociais e espirituais. Neste panorama, a presença contínua do enfermeiro e a forma como ele interage com o paciente e a família tornam-se mecanismos primários para associar-se à dor e aos sentimentos do indivíduo, mitigando o sofrimento existencial e assegurando uma assistência que dignifica o fim de vida (Sousa; Reis, 2020).

Comunicação terapêutica, escuta qualificada e tomada de decisão compartilhada

A Comunicação Terapêutica transcende o mero repasse de informações clínicas, estabelecendo-se como uma estratégia essencial e humanizadora do cuidado em CP. Essa forma de interação é uma ferramenta que o profissional de enfermagem utiliza para mitigar o sofrimento, atuando como um suporte ativo que visa confortar o paciente e minimizar a angústia dos familiares. Para ser eficaz, o diálogo deve ser transparente e honesto, baseado em uma relação interpessoal marcada por valores como empatia e respeito, o que fortalece o vínculo com a equipe. A excelência no manejo desta habilidade é fundamental para assegurar a dignidade do paciente no fim da vida, pois a comunicação, neste contexto, é reconhecida como uma ação terapêutica privilegiada (Sousa; Reis, 2020).

Sendo assim, a escuta qualificada é o fundamento indispensável para a prática da comunicação terapêutica, implicando uma profunda transformação na atuação do enfermeiro onde deve sair da ênfase no procedimento técnico e concentrar-se no escutar, perceber e compreender as necessidades do indivíduo. Esse processo de escuta atenta exige a consideração da subjetividade humana e a interpretação da comunicação não-verbal, incluindo o significado dos silêncios, olhares e posturas. Ao estabelecer uma relação empática, o enfermeiro consegue se associar aos sentimentos e à dor do paciente, o que é percebido como um recurso terapêutico de alto impacto. Essa postura relacional não apenas acolhe, mas também ajuda o paciente a compreender e vivenciar cada momento de forma digna, conferindo um sentido para a vida no contexto da finitude (Sousa; Reis, 2020).

Por conseguinte, a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC) é um processo de diálogo fundamental que sustenta a autonomia e a dignidade do paciente em CP. Na prática da Enfermagem, a eficácia da comunicação determina a correta gestão do regime terapêutico. O enfermeiro deve assegurar que a comunicação seja clara e contínua para que o paciente, ou seu representante, participe ativamente das escolhas sobre o cuidado. Esse processo deliberativo garante que as ações da equipe clínica honrem os desejos e as preferências do indivíduo no final da vida. O compromisso do profissional com essa atividade terapêutica, mediada pelo diálogo, fortalece a autonomia e confirma que o cuidado prestado é integrado e individualizado (Sousa; Reis, 2020).

Logo, a enfermagem, ao intermediar o contato entre paciente, familiares e a equipe multiprofissional, é crucial para a tomada de decisão compartilhada (Telles; Silva, 2025). Estudos qualitativos de 2025 sobre a comunicação em unidades de terapia intensiva (UTI) apontam desafios e estratégias claras para aprimorar esse processo, conforme detalhado na Tabela 4.

Tabela 4 – Desafios na comunicação e estratégias de enfermagem para a garantia da dignidade.

Desafio na Comunicação (Evidências 2025)	Estratégia de Enfermagem para Aprimoramento	Implicação para a Dignidade do Paciente
Resistência dos familiares diante do prognóstico e negação da terminalidade.	Reuniões periódicas com familiares e uso de linguagem acessível e transparente.	Favorece o alinhamento de expectativas e decisões

		compartilhadas, reduzindo o risco de distanásia.
Ausência de preparo profissional em lidar com situações de elevada carga afetiva.	Fortalecimento da escuta ativa, empática e uso de protocolos de comunicação.	Promove o acolhimento da família e garante que o cuidado seja ético e centrado no paciente.
Dificuldade na intermediação da autonomia (DAV) e conflitos éticos.	Capacitação em bioética, CP e testamento vital (Educação Permanente).	Assegura que a vontade do paciente seja respeitada, minimizando o sofrimento e conflitos legais.

Fonte: Elaboração própria (Turazzi, 2025) com base em Telles e Silva (2025) e Sousa e Reis (2020).

A comunicação terapêutica é a principal estratégia da enfermagem para superar a negação familiar e a inabilidade profissional em lidar com a terminalidade. Através da escuta ativa e da capacitação em bioética (DAV), a enfermagem promove a Tomada de Decisão Compartilhada, defendendo a autonomia e prevenindo o risco de distanásia. O uso de protocolos de comunicação e a garantia de reuniões regulares com familiares são fundamentais para vencer essas barreiras que são os principais desafios identificados.

Apoio espiritual, cultural e o acompanhamento familiar

O conceito de morte de qualidade nos cuidados paliativos exige uma abordagem integral que considere o ser humano em suas múltiplas dimensões. Nesse contexto, as dimensões espirituais e culturais do cuidado são essenciais, pois o processo de adoecimento e finitude frequentemente levanta questões profundas sobre o sentido da vida, crenças e valores. O respeito à espiritualidade do paciente, independentemente de suas convicções religiosas, é fundamental para oferecer conforto e permitir que ele encontre paz e consolo em seus próprios termos, para isso torna-se necessário avaliar a pessoa como ser holístico, entendendo suas crenças e valores, a fim de traçar um processo terapêutico e essencial para o bem-estar (Costa; Silva, 2021).

A enfermagem, nesse cenário, desempenha um papel crucial. Os profissionais devem adotar uma abordagem holística para avaliar e atender às necessidades não apenas físicas e emocionais, mas também espirituais dos pacientes. Isso implica ir além dos procedimentos técnicos, oferecendo suporte, acolhimento e escuta ativa, ao mesmo tempo em que se respeita a diversidade cultural e de crenças (Silva; Adam; Saldanha, 2025). A atuação da enfermagem se estende ao apoio de rituais e práticas que são significativos para o paciente e sua família, contribuindo para uma experiência mais digna e humana no final da vida.

Adicionalmente, o papel do enfermeiro se estende ao suporte intensivo ao familiar cuidador. O envolvimento familiar e a comunicação eficaz são cruciais para assegurar que os CP sejam aplicados de maneira ética e respeitosa (Moraes; Santana, 2025).

Processo de enfermagem efetivo no cuidado

Nova legislação de enfermagem

O marco regulatório da enfermagem brasileira passou por uma transformação significativa com a publicação da Resolução COFEN Nº 736, em 17 de janeiro de 2024. Esta nova legislação entrou em vigor na data de sua publicação e revogou expressamente as disposições contrárias, em especial a Resolução Cofen nº 358/2009. A mudança de ênfase é um ponto crucial. O foco legal foi deslocado do conceito organizacional (SAE) diretamente para a implementação obrigatória do método científico (Processo de Enfermagem ou PE). O Artigo 1º da Resolução 736/2024 determina que o PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem.

Isso estabelece a necessidade de um rigor metodológico explícito na profissão, alinhando a prática brasileira aos padrões globais de enfermagem baseada em evidências. Na prática, o PE é reafirmado como a ciência aplicada ao cuidado, o que exige a aplicação da metodologia científica em todos os atos de assistência. Essa elevação do padrão científico reforça a legalidade da Consulta do Enfermeiro, conforme previsto na Lei do Exercício Profissional (Brasil, 1986).

Tabela 5 – Comparativo Regulatório e Conceitual (Resolução 358/2009 vs. 736/2024)

Aspecto da Sistematização	Resolução COFEN Nº 358/2009 (SAE)	Resolução COFEN Nº 736/2024 (PE)
Foco Legal	Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) – Um conceito organizacional abrangente.	Implementação do Processo de Enfermagem (PE) – O método científico e obrigatório.
Contexto de Aplicação	Prioritariamente em instituições de saúde.	Todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de Enfermagem.
Natureza do Ato	O PE é o método para operacionalizar a SAE.	O PE é reafirmado como pilar fundamental, sistemático e deliberado.
Revogação	Revogada.	Norma vigente.

Fonte: Elaboração própria (Turazzi, 2025) a partir das Resoluções COFEN nº 358/2009 e COFEN nº 736/2024.

A Resolução COFEN Nº 736/2024 revogou a norma anterior COFEN Nº 358/2009, focando na implementação obrigatória do PE como um método científico e sistemático. Esta mudança amplia o PE para ser aplicado em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado, elevando o padrão de rigor metodológico e reforçando a autonomia profissional do enfermeiro em todos os níveis de atenção à saúde.

O PE como estrutura de sustentação ética

A nova Resolução COFEN nº 736/2024 reforça a necessidade de o PE ser a estrutura metodológica para a assistência, que se trata de uma atividade privativa do enfermeiro, essencial para reforçar a autonomia da categoria e a sua responsabilidade legal sobre a equipe. Ele serve como o método para implementar a prática e torna o cuidado de enfermagem visível.

A sistematicidade e a obrigatoriedade do PE imposta pela Resolução 736/2024 criam uma conexão direta entre o cumprimento regulatório e a ética no cuidado. O Artigo 12 da Resolução atribui ao Cofen e aos Corens a competência para a fiscalização do PE na prática profissional. Uma vez que o respeito à autonomia incluindo o registro apropriado do consentimento ou da recusa é um preceito ético inalienável e uma exigência de documentação, a falha na execução sistemática e transparente do PE pode ser considerada uma inobservância das normas dos Conselhos. Deste modo, o processo transforma o compromisso ético em uma exigência regulatória auditável, garantindo que as práticas de cuidado sejam prestadas de modo a proporcionar o bem-estar do paciente como um ser holístico.

Tabela 6 – Etapas do PE

Etapa do PE	Foco Operacional na Pessoa	Garantia de Autonomia (Procedimento)	Garantia de Dignidade (Foco Ético)	Base Teórico-Regulatória
Coleta de Dados	Avaliação Holística e de Valores.	Uso de Subescala de 'Análise de Objetivos e Valores' para mapear preferências.	Identificação dos Recursos Pessoais e Sociais de Dignidade.	Resolução COFEN 736/2024 (Sistematicidade).
Diagnóstico	Priorização e Capacidade de Decisão.	Formulação de Diagnósticos que reforcem à autodeterminação e capacidade de gestão da saúde.	Foco na integridade psicossocial (evitando sentimentos de sobrecarga).	NANDA-I; Ética Bioética (Não Maleficência).
Planejamento	Co-construção e Metas de Controle.	Definição de Resultados (NOC) que reflitam o aumento do controle percebido do paciente.	Inclusão de Intervenções (NIC) que promovam a preservação do eu e a privacidade.	NIC/NOC, Evidências Científicas, Transição Cultural.
Implementação	Tomada de Decisão Compartilhada.	Aplicação do Consentimento Informado e	Comunicação transparente, respeito aos	TDC como metodologia

		garantia do direito de revogação para todas as intervenções.	limites, e controle sintomático humanizado.	central; Cuidado de Enfermagem.
Avaliação	Feedback do Paciente e Auditoria Ética.	Mensuração da participação e satisfação do paciente.	Documentação sistemática da evolução e o registro detalhado da recusa do paciente.	Resolução COFEN (Fiscalização); CEPE (Direito de Recusa).

Fonte: Elaboração própria (Turazzi, 2025) com base na Resolução COFEN nº 736/2024 e nas Taxonomias NANDA-I, NIC e NOC.

A interdependência entre as etapas é crítica. A capacidade da enfermagem de garantir o direito de revogação e o respeito à recusa na Implementação está intrinsecamente ligada à profundidade da Avaliação Holística e da busca ativa por valores realizada na Coleta de Dados. O PE, portanto, é capaz de traçar um plano de cuidado individualizado e holístico.

Aplicação do PE em contextos de finitude

Em um contexto de Fim de Vida, o PE com seu mandato de ser deliberado e sistemático se torna o principal instrumento ético-legal para a sustentação da Autonomia e da Dignidade do paciente. A abordagem holística, essencial à Enfermagem, exige que a DAV e as crenças e valores do indivíduo sejam ativamente capturados na coleta de dados e traduzidos em um plano de cuidados individualizado, evitando o paternalismo. Este plano deve conservar a Dignidade para garantir que as preocupações existenciais sejam devidamente entendidas. O PE, ao registrar sistematicamente a vontade do paciente em todas as suas fases, assegura que o processo de finitude seja conduzido de acordo com a sua singularidade, transformando a deliberação ética em um ato clínico mensurável e auditável (Cofen, 2024).

Tabela 7 – Etapas do PE voltado a autonomia e dignidade do paciente.

Etapa do PE	Ação Focada em Autonomia/Dignidade	Terminologia Padronizada	Requisito Ético-Regulatório
Coleta de Dados	Avaliação Holística. Busca ativa da DAV, crenças espirituais, e valores pessoais.	Instrumento de Rastreo; Entrevista empática.	Capturar a vontade legal e os valores para a Tomada de Decisão Compartilhada.
Diagnóstico	Identificação da resposta humana à ameaça à sua singularidade e controle.	<i>NANDA-I: Angústia Espiritual relacionada à incongruência entre valores e tratamento</i>	Tornar as dimensões holísticas (espirituais, sociais) do sofrimento visíveis.

		<i>proposto; Tomada de Decisão Ineficaz: Saúde.</i>	
Planejamento	Co construção de metas alinhadas à DAV e aos valores manifestados.	<i>NOC: Controle Percebido (sobre o ambiente/sintomas); Paz no Fim da Vida.</i>	Garantir que o plano de cuidados respeite a DAV, promovendo a autonomia e o não paternalismo.
Implementação	Execução das ações conforme o planejamento e as diretrizes da DAV.	<i>NIC: Terapia da Dignidade (se legado for preocupação); Promoção do Conforto Físico e Espiritual.</i>	Respeito incondicional à Recusa do paciente, se a intervenção for contrária à DAV (Consentimento Informado).
Avaliação	Mensuração da experiência do paciente e alcance das metas de dignidade.	<i>Avaliação NOC: Participação na Decisão sobre os Cuidados (grau de envolvimento); Nível de Conforto (físico/psicossocial).</i>	Documentação da conformidade com a DAV e o registro da satisfação provando a sistematicidade exigida pela Res. 736/2024.

Fonte: Elaboração própria (Turazzi, 2025) com base na Resolução COFEN nº 736/2024, Taxonomias e referencial bioético.

O PE traduz a vontade do paciente expressa pela DAV em um plano de cuidados sistemático. O uso de taxonomias garante um cuidado holístico e não-paternalista, culminando na implementação com o respeito incondicional à recusa do paciente e na avaliação da conformidade com a vontade, validando a sistematicidade da Resolução COFEN 736/2024.

Desafios, lacunas na formação e recomendações para a prática avançada de enfermagem

A insuficiência da formação profissional como barreira de qualidade

Apesar da crescente importância legal e ética dos CP, a formação específica de profissionais de enfermagem nessa área ainda é amplamente considerada insuficiente no Brasil. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) versa sobre a formação dos profissionais de saúde, incluindo a enfermagem, que deve ser adequada à promoção de CP, com ênfase na capacitação para lidar com o sofrimento humano e questões éticas em saúde. (Brasil, 1996).

Desse modo, a falta de conhecimento sobre bioética, morte e DAV é um obstáculo significativo (Hanzel; Arboit, 2025). Essa deficiência na formação compromete a qualidade da assistência e a capacidade dos profissionais de lidar com o sofrimento humano. Assim sendo, a falha na formação inicial e continuada se configura como um entrave estrutural à implementação do direito fundamental à morte digna, conforme previsto na Lei nº 14.758/2023.

Barreiras operacionais e a sobrecarga emocional do enfermeiro

A implementação dos CP enfrenta desafios práticos e institucionais, como a escassez de recursos, a inadequação da infraestrutura e uma persistente resistência cultural em discutir abertamente a morte.

Para a equipe de enfermagem, o modelo de cuidado individualizado e contínuo inerente ao CP gera uma significativa sobrecarga de trabalho. Além do desgaste físico, o processo de enfrentamento da morte por parte dos pacientes e suas famílias causa desconforto emocional, exigindo preparo psicológico e suporte institucional eficaz (Vitória; Martins, 2023). A ausência de preparo profissional para lidar com situações de elevada carga afetiva é um dos principais desafios identificados na comunicação com familiares (Telles; Silva, 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na revisão realizada, o estudo foi rigorosamente fundamentado na literatura e na legislação mais recente (2020–2025), o que me permitiu confirmar uma verdade inegável de que a enfermagem possui um papel insubstituível na tradução do direito à dignidade do paciente durante o processo de finitude. Os achados demonstram que as estratégias de cuidado que são implementadas pela enfermagem se traduzem efetivamente na promoção da dignidade através de três pilares centrais, sendo eles, o Rigor Técnico e Ético, onde a competência garante a ortotanásia e evita a distanásia por intervenções fúteis, este rigor opera pelo controle contínuo dos sintomas, alívio do sofrimento e pela defesa intransigente da autonomia, com foco na dignidade humana; o pilar da Comunicação Terapêutica confere que a escuta qualificada se trata de uma ferramenta de acolhimento e humanização, capaz de mitigar o sofrimento emocional e assegurar a tomada de decisão compartilhada; e o pilar da Defesa da Autonomia, onde o profissional de enfermagem atua como intermediário fundamental na aplicação das Diretivas Antecipadas de Vontade, garantindo que os desejos do paciente prevaleçam sobre conflitos familiares ou a futilidade de decisões médicas.

Nesse cenário, ao integrar a competência técnica, a ética profissional e a sensibilidade humana, a enfermagem ocupa uma posição estratégica e central para transformar a experiência da terminalidade, preservando a autonomia do paciente perante suas vontades em seu próprio processo de fim de vida, a fim de defender seus direitos assegurados pela lei. O enfermeiro, assim, reafirma o seu protagonismo no Cuidado Paliativo e na consolidação do direito constitucional à dignidade, tanto na vida quanto na morte.

No entanto, a análise revelou a ameaça mais grave a esta dignidade sendo a lacuna profunda entre o sólido arcabouço legal formalizado pela Lei nº 14.758/2023 e a competência e estrutura de acesso reais. Esta dissonância crítica não é apenas um problema educacional, mas sim uma vulnerabilidade legal que expõe a categoria, como profissional, ao risco de má-prática e judicialização, configurada pela carência em educação superior e continuada.

SIMPAR

Simpósio de Pesquisa, Extensão e Inovação do Paraná

Realização



Núcleo de
Empreendedorismo,
Pesquisa e Extensão
Integrado

Apoio



FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA
Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

A fragilidade é sentida em toda a rede. A universalização do Cuidado Paliativo no SUS é paralisada pela falta de conhecimento na atenção primária, onde o enfermeiro da APS, que deveria ser a porta de entrada para o cuidado precoce, atua com conhecimento superficial, resultando em encaminhamentos tardios e cuidados agressivos e desnecessários no fim da vida. Simultaneamente, no setor privado, a ANS, apesar de regulamentar a cobertura, lida com a resistência das operadoras em cobrir integralmente o CP, forçando a judicialização como a única via para que o paciente garanta a dignidade. Assim, o padrão de excelência estabelecido para o SUS pela Política Nacional de Cuidados Paliativos torna-se a referência implícita utilizada nos tribunais para fiscalizar a má-qualidade do cuidado privado.

Portanto, torna imperativo que a Enfermagem adote o rigor metodológico imposto pela nova Resolução COFEN nº 736/2024, que torna o Processo de Enfermagem um método científico obrigatório. O PE, ao exigir a coleta sistemática de dados sobre a DAV e o registro transparente da recusa do paciente, transforma o compromisso ético de defender a autonomia em um ato clínico auditável.

Concluo, com base nesta análise técnico-normativa, que a superação da lacuna de capacitação através da educação continuada focada em Bioética do Fim da Vida, da revisão curricular mandatória nas instituições de ensino e da padronização do PE com taxonomias é a única via institucionalmente plausível para a conformidade entre o mandato legal da dignidade com uma prática profissional que seja, ao mesmo tempo, segura e ética. O PE, ao impor a sistematização do cuidado e o registro do suporte psicológico aos profissionais, não apenas protege o paciente, mas também ampara a categoria. Sendo assim, a Enfermagem brasileira possui uma oportunidade regulatória única de consolidar, por meio do rigor metodológico, a excelência e a liderança na prática do cuidado humanizado da finitude, garantindo por sua vez, a autonomia e a dignidade do paciente de acordo com suas crenças e valores e em concordância com os direitos humanos de uma boa morte.

REFERÊNCIAS

1. BORGES, L. S.; LIMA, M. J. V. Diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos: percepção brasileira. **Revista Bioética**, Brasília, v. 32, e3636PT, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/5wd8KWDZkNgGn46cmqcFMSp/>>. Acesso em: 14 jul. 2025.
2. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 21 fev. 2025.
3. BRASIL. **CÓDIGO PENAL**. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 7 dez. 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 30 out. 2025.
4. BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 jun. 1998. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>. Acesso em: 10 out. 2025.
5. BRASIL. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023**. Institui diretrizes nacionais para a organização e a promoção da política nacional de cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 2023. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm>. Acesso em: 05 jun. 2025.
6. BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 09 out. 2025.
7. BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 09 out. 2025.
8. BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União: seção 1, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 30 out. 2025.
9. BUTCHER, H. K. et al. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Health Sciences, 2023. Acesso em: 09 out. 2025.
10. CALIXTO, M. S.; MOTTA, J. M.; VIERA, D. R. **As barreiras de acesso aos cuidados paliativos por pacientes com malignidades hematológicas (MH)**. 2024. Disponível em: <<https://www.htct.com.br/en-as-barreiras-de-acesso-aos-articulo-S2531137924006436>>. Acesso em: 20 out. 2025.
11. CARTÓRIO BARBOSA. **Diretiva antecipada de vontade: o que é e como**

- formalizar em cartório.:** Cartório Barbosa, 2025. Disponível em: <https://cartoriobarbosasp.com.br/Noticias/Detalhe/diretiva-antecipada-de-vontade-o-que-e-e-como-formalizar-em-cartorio>. Acesso em: 30 out. 2025.
12. CECCONELLO, L.; ERBS, E. G.; GEISLER, L. Condutas éticas e o cuidado ao paciente terminal. **Revista Bioética**, v. 30, p. 405–412, 1 ago. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ZMHdh3JXDrtCTnDRFMyC6Rw/?lang=pt>. Acesso em: 09 abr. 2025.
 13. CONASS. **Conass Informa n. 154/2024 – Publicada a Portaria GM n. 5333 que altera para 1º de janeiro de 2025 o prazo para o início do procedimento de descentralização...** Publicado em: 19 set. 2024. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-154-2024-publicada-a-portaria-gm-n-5333-que-altera-para-1o-de-janeiro-de-2025-o-prazo-para-o-inicio-do-procedimento-de-descentralizacao-para-os-estados-e-distrito-fed/>. Acesso em: 10 out. 2025.
 14. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2009/10/RESOLUCAO-358-2009.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.
 15. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024.** Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 20 out. 2025.
 16. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217/2018, de 27 de setembro de 2018 (atualizado com as Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019).** Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 20 out. 2025.
 17. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: Diário Oficial da União, p. 269, 31 ago. 2012. Seção 1. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 14 jul. 2025.
 18. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução CNS nº 729, de 7 de dezembro de 2023.** Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2024/res0729_15_01_2024.html. Acesso em: 05 jun. 2025.
 19. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Parecer COREN-SP Nº 006/2023:** Participação do profissional de

- enfermagem no processo de morte (ortotanásia). São Paulo, 2023. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/Parecer_006_2023_Processo-de-morte-Ortotanasia.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2025.
20. CORRÊA, J, M, D. et al. Distanásia em Pediatria: tomada de decisões e implicações bioéticas. **Revista Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 2025. Disponível em: <<https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3418/4443>>. Acesso em: 09 out. 2025.
21. COSTA, B. M; SILVA, D. A. Atuação da equipe de enfermagem em cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, e62391211142, 2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/349362744_Atuacao_da_equipe_de_enfermagem_em_cuidados_paliativos>. Acesso em: 09 out. 2025.
22. DADALTO, L. *Cuidados paliativos: aspectos jurídicos*. 3. ed. Indaiatuba: **Editores Foco**, 2025. Disponível em: <https://konektacommerce.nyc3.cdn.digitaloceanspaces.com/TEXT_SAMPLE_CONTENT/cuidados-paliativos-aspectos-juridicos-3a-ed-2025-282021-1.pdf>. Acesso em: 30 out. 2025.
23. EBSEH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Cuidados Paliativos buscam melhorar qualidade de vida de pacientes e familiares**. Brasília, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/cuidados-paliativos-buscam-melhorar-qualidade-de-vida-de-pacientes-e-familiares>>. Acesso em: 20 out. 2025.
24. FONSECA, L. DOS S. et al. Atuação do Enfermeiro em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, 6 jan. 2022. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1383>>. Acesso em: 10 out. 2025.
25. GOFFI, A,C; et. al. Cuidados paliativos na Atenção Primária: desafios enfrentados pela equipe de Enfermagem. **Revista Científica do Tocantins – ITPAC Porto Nacional**, v. 2, n. 2, p. 1–11, dez. 2022. Disponível em: <<https://itpacporto.emnuvens.com.br/revista/article/view/120>>. Acesso em: 09 out. 2025.
26. GONZAGA, Á. A.; FALLEIROS, L. A.; LABRUNA, F. Morte digna como direito: visibilidade jurídica da finitude. **Revista Bioética**, Brasília, v. 32, e3629PT, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/vbNMDzxnttMFnP9svmbvnxS/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 04 jul. 2025.
27. HANZEL, D. R.; ARBOIT, D. J. Produção científica de enfermeiros acerca das diretrizes antecipadas de vontade. **Revista DELOS**, Curitiba, v. 18, n. 70, p. 01-23, 2025. Disponível em: <<https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/6259>>. Acesso em: 09 out. 2025.
28. INCA. Instituto Nacional de Câncer. **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Disponível em: <

- <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.
29. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Últimos dias de vida**. Rio de Janeiro, 2023. (Série Cuidados Paliativos, v. 2). Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/serie_cuidados_paliativos_volume_2_completo.pdf. Acesso em: 23 set. 2025.
30. INSTITUTO VENCER O CÂNCER. **Cuidados paliativos: importância, benefícios e desafios no Brasil**. 06 maio 2025. Atualizado em 17 jul. 2025. Disponível em: <<https://vencercancer.org.br/saude/cuidados-paliativos/>. Acesso em: 10 out. 2025.
31. LUCENA, M. A.; ALBUQUERQUE, A. Qualidade de vida em pacientes sob cuidados paliativos no prisma dos Direitos Humanos dos Pacientes. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 165-185, jan./mar. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.620>. Acesso em: 14 abr. 2025.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Cuidados Paliativos – 2ª Edição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/manual-cuidados-paliativos-inca-2023.pdf>. Acesso em: 09 out. 2025.
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para incluir diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mai. 2024. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 21 fev. 2025.
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 ago. 2024. Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS Nº 1. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf>. Acesso em: 09 out. 2025.
35. MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Health Sciences, 2023. Acesso em: 09 out. 2025.
36. MORAES, A, C, S, G; SANTANA, M, E. Necessidades dos familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos e o papel do enfermeiro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 71, n. 1, p. 1-12, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcan/a/Ph3gWWscsnhqC767jm4gfwH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2025.
37. NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021. Acesso em: 09 out. 2025.
38. NORMAS LEGAIS. **Modelo de Diretiva Antecipada de Vontade**.: Normas Legais, 2023. Disponível em: <<https://www.normaslegais.com.br/juridico/modelo-de-diretiva-antecipada->

- [de-vontade.htm](#). Acesso em: 30 out. 2025.
39. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados paliativos: definição*. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/44024>>. Acesso em: 10 out. 2025.
40. PARANÁ. Lei nº 21.997, de 4 de junho de 2024. Altera a Lei nº 20.091, de 19 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os preceitos e fundamentos dos cuidados paliativos no Estado do Paraná. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, Curitiba, 4 jun. 2024. Disponível em: <<https://site.mppr.mp.br/saude/Noticia/Cuidados-Paliativos-incluem-nascituros>>. Acesso em: 10 out. 2025.
41. SAUNDERS, C. **Cuidados paliativos: um novo conceito de morte e de vida**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Acesso em: 5 mar. 2025.
42. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Guia rápido: cuidados paliativos*. 1. ed., Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2025. Disponível em: <https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_GuiaRapido-CuidadosPaliativos_PDFDigital_20250911.pdf>. Acesso em: 09 out. 2025.
43. SILVA, L. A.; PACHECO, E. I. H.; DADALTO, L. Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 798-805, dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/MhRpfFPjTYZMqjcvSfYM9gC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30 out. 2025.
44. SILVA, W. C.; ADAM, J. C.; SALDANHA, M. R. A dimensão espiritual no cuidado de enfermagem: aplicação da teoria de jean watson em pacientes com câncer no contexto hospitalar. **Tear Online| São Leopoldo** v. 14 n. 1, p. 7-22, jan.-jul. 2025. Disponível em: <<https://revistas.est.edu.br/tear>>. Acesso em: 09 out. 2025.
45. SOUSA, M. M. S.; REIS, H. M. P. G. A comunicação terapêutica dos enfermeiros nos cuidados paliativos: Uma revisão integrativa. **Revista de Investigação e Intervenção na Saúde**, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/download/303/470/4256>>. Acesso em: 12 mar. 2025.
46. STJ. **STJ busca conciliar segurança do testamento e respeito à manifestação da última vontade**. Brasília: Superior Tribunal de Justiça, 9 out. 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2022/09102022-STJ-busca-conciliar-seguranca-do-testamento-e-respeito-a-manifestacao-da-ultima-vontade.aspx>. Acesso em: 30 out. 2025.
47. TAVEIRA ADVOGADOS. **Cuidados Paliativos devem ser cobertos pelo Plano de Saúde?**. Taveira Advogados, 2024. Disponível em: <<https://www.taveiraadvogados.com.br/post/cuidados-paliativos-devem-ser-cobertos-pelo-plano-de-saude/99>>. Acesso em: 10 out. 2025.
48. TELLES, C.; SILVA, G. K. A importância da comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e a família em cuidados paliativos na uti. **Revista Saúde dos Vales**, v. 10, p. 1-10, 2025. Disponível em: <<https://rsv.ojsbr.com/rsv/article/view/4524>>. Acesso em: 09 out. 2025.
49. TSA | TENÓRIO DA SILVA ADVOCACIA. **Cuidados Paliativos: Como**

- Funciona a Cobertura pelo Plano de Saúde e SUS. TSA | Tenorio da Silva Advocacia. s.d.** Disponível em: <<https://tsa.adv.br/cuidados-paliativos-como-funciona-a-cobertura-pelo-plano-de-saude-e-sus/>>. Acesso em: 10 out. 2025.
50. VITÓRIA, A. E.; MARTINS, W. Dificuldades e enfrentamentos dos profissionais da enfermagem frente aos cuidados paliativos. **RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia**, v. 3, n. 8, e38305, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.53612/recisatec.v3i8.305>>. Acesso em: 11 mai. 2025.

ANEXO I – Exemplo de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV).

EU, _____
Portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, nascido(a) em
____/____/____, residente em _____,

DECLARO QUE:

Se em alguma fase da minha vida o meu médico assistente diagnosticar que eu tenho uma doença incurável ou terminal e que a utilização de meios de diagnóstico e tratamento apenas servem para prolongar artificialmente o processo de morte, determino que esses procedimentos extraordinários e desproporcionados sejam suspensos ou, de preferência, que não sejam iniciados, e que seja permitida a evolução natural da minha doença sendo apenas providenciados os cuidados paliativos necessários para o meu conforto ou para o alívio das dores e sofrimento.

(OPÇÃO: determino especificamente que _____

_____).

Na ausência de capacidade da minha parte para, de um modo informado e esclarecido, consentir na utilização de meios extraordinários e desproporcionados de tratamento é minha vontade que esta declaração seja respeitada pela minha família e pela equipe médica, enquanto expressão final do meu direito de recusa de tratamento e de aceitar as consequências desta decisão.

Esta Diretiva Antecipada de Vontade deve continuar a produzir efeito apesar do meu estado de incapacidade. Ao assinar em baixo, indico que estou emocional e mentalmente competente para efetuar esta Diretiva Antecipada de Vontade e que entendo o objetivo, o alcance e as consequências deste documento.

Data Assinatura do Declarante

O declarante assinou este Documento de Diretivas Antecipadas de Vontade na minha presença, não sendo eu cônjuge ou familiar do declarante.

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____