



São Paulo, 01 de Junho de 2017

**Ref. Ofício 1599/2017**

Ao Senhor Doutor

Mauro Luiz de Britto Ribeiro

Vice-Presidente

Coordenador do Depto. de Comissões e Câmaras Técnicas

Conselho federal de Medicina

**Assunto: Reconhecimento da Medicina Paliativa como Especialidade Médica**

Gostaríamos desde já agradecer à atenção dispensada. Enviamos nossa análise em referência a sua correspondência protocolada sob o nº 1599/2017, datada em 02 de março de 2017, na qual V. Sa. solicita a fundamentação do pedido de reconhecimento da Medicina Paliativa como especialidade médica no Brasil, contendo inclusive proposta do programa de formação do especialista, para análise do pleito pela Comissão Mista de Especialidade.

Nossa solicitação fundamenta-se nas seguintes considerações, a saber:

Considerando inicialmente a história da Medicina Paliativa e dos Cuidados Paliativos no mundo tem amadurecido desde seu início em 1967, com inauguração de duas instituições, *St. Christopher's Hospice* na Inglaterra e *Our Ladys Hospice* na Irlanda, ambas instituições reconhecidas pelo pioneirismo e compromisso educacional. A primeira equipe de cuidados paliativos especializados no cenário hospitalar iniciou suas atividades em 1976 no Royal Victoria Hospital, em Montreal, no Canadá. Já nos Estados Unidos da América as primeiras equipes de cuidados paliativos especializados surgiram nos anos 70. A disseminação das equipes de cuidados paliativos em todo o mundo gerou o "Movimento Hospice Moderno" e, como consequência, o desenvolvimento de conhecimento técnico-científico, habilidades e atitudes que caracterizam essa especialidade. O reconhecimento dessas práticas culminou em 1989 com a primeira definição de Cuidados Paliativos realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta definição foi revisada em 2002 e reiterada no Atlas Global de Cuidados Paliativos da OMS de 2014. A OMS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Site : [www.paliativo.org.br](http://www.paliativo.org.br) E.mail : [contato@paliativo.org.br](mailto:contato@paliativo.org.br) Fone: 11-9.7504-0908



define Cuidados Paliativos como a *“assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença ou agravo que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”*.

Considerando a recomendação da 67ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde realizada em 2014, que em sua ata pública exorta seus estados membros a desenvolver, fortalecer e implementar políticas de cuidados paliativos baseadas em evidências para apoiar o fortalecimento integral dos sistemas de saúde, em todos os seus níveis, e que o reconhecimento da especialidade médica em Cuidados Paliativos pode ser um enorme fortalecimento neste sentido;

Considerando, que segundo os níveis de desenvolvimento em Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde, o Brasil está ainda no nível 3A o que significa apenas a presença de iniciativas isoladas de cuidados paliativos, classificação pior do que seus vizinhos latino-americanos como Argentina, Chile, Uruguai, Costa Rica, entre outros;

Considerando a colocação brasileira de 420 (de 80 países analisados) no ranking que considera as condições relacionadas para uma “boa morte” como acesso a opióides, políticas públicas e acesso aos serviços de saúde, ficando atrás de países outros países da América Latina como Chile – 270, Costa Rica -29º, Panamá – 31º, Argentina – 320, Uruguai – 390 , Equador 41º, países africanos como África do Sul – 34º, Uganda – 350 ou asiáticos como Mongólia – 28º ou Malásia 38º;

Considerando que os 35 países com o maior nível de desenvolvimento em Cuidados Paliativos são também aqueles onde a Medicina Paliativa é reconhecida como especialidade médica (in Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4ªed, 2010, pg 12), sendo que em alguns este reconhecimento veio há mais de uma década (Reino Unido em 1987, Austrália 2005, Estados Unidos 2006, Argentina 2006, Chile 2006 e Uruguai 2009);

Considerando o melhor grau de evidência em Medicina (meta-análise), que reuniu 43 estudos randomizados e controlados para demonstrar que o Cuidado Paliativo especializado é eficaz em melhorar qualidade de vida, melhorar controle de sintomas, reduzir uso de recursos de saúde, conforme publicação de uma das 5 melhores revistas de Medicina do mundo (Kavalieratos et al, JAMA 2016), e que infelizmente este conhecimento ainda não chegou a grande parte dos médicos de nosso país;

Considerando, conforme revisão publicada por Kelley et. Al no *New England Journal of Medicine* em 2015, pacientes com doenças em fase avançada de evolução apresentam prevalência superior a 50% de sintomas de desconforto, como dor, dispnéia, náuseas, vômitos, fadiga, xerostomia, depressão ou ansiedade, bem como, a refratariedade no controle destes sintomas



após medidas comumente instituídas pelo médico não especialista e o impacto destes sintomas na dignidade e qualidade de vida de milhões de brasileiros;

Considerando os cenários cada vez mais complexos que envolvem indivíduos enfrentando doenças que ameacem a vida e seus sofrimentos relacionados, e a necessidade que médicos se comuniquem de forma honesta e empática seguindo conceito de “verdade progressiva e suportável”, e a necessidade de profissionais que se especializem neste tema para poder desenvolvê-lo e transmiti-lo aos seus pares;

Considerando que os dilemas éticos da profissão médica tem se tornado cada vez mais complexos e desafiadores e que as dicotomias antes claras entre o curável e o incurável, entre o que tem tratamento e o que não tem tratamento, entre a morte e a vida, deram lugar a discussões sobre a proporcionalidade das intervenções; a qualidade de vida durante e após o tratamento; a autonomia e a participação do paciente nas decisões e às questões de justiça distributiva e alocação de recursos em saúde e exigem atualmente um estudo especializado para suporte nestas decisões;

Considerando que, segundo a OMS, aproximadamente 68% de todos os óbitos no Brasil incluiriam pessoas que poderiam se beneficiar de cuidados paliativos (o que corresponderia a aproximadamente 873.000 pessoas em 2015, considerando-se o número de óbitos disponível no DataSus);

Considerando aumento vertiginoso da demanda de pacientes que se beneficiariam do atendimento da Medicina Paliativa, devido ao envelhecimento populacional, ao crescimento da prevalência de doenças crônicas degenerativas; ao aumento do número de pacientes com doenças e situações relacionadas ao parto e período perinatal, antes incompatíveis com a vida, que atualmente sobrevivem por anos; o aumento da prevalência de pacientes com transtornos depressivos refratários, cada vez mais entendidos como o “mal do século” e predisponentes a inúmeras condições crônicas degenerativas;

Considerando que o crescimento da Medicina Paliativa, conforme demonstram as melhores evidências e a experiências no cenário nacional e internacional, é capaz de melhorar a qualidade da assistência em saúde, reduzindo seus custos e promovendo a realocação de recursos de forma mais ética e com maior qualidade;

Considerando que o reconhecimento do especialista em Medicina Paliativa possa acelerar a disseminação do conhecimento e a introdução da cultura de Cuidados Paliativos na Saúde brasileira, para que finalmente este possa ser oferecido de maneira eficaz e ampla tanto pelo especialista (Cuidado Paliativo Especializado) quanto por todos os médicos e profissionais que cuidam de pacientes graves (Cuidado Paliativo Geral);



Considerando o número insuficiente de profissionais com formação no cenário nacional para atender esta demanda e a urgente necessidade de educação médica em Cuidados Paliativos, com introdução na formação médica desde a graduação de tópicos de Medicina Paliativa, incluindo controle de sintomas físicos, comunicação médico-paciente, trabalho em equipe, prognóstico e avaliação da funcionalidade, aspectos bioéticos e práticos relacionados ao cuidado do sofrimento emocional, social e espiritual, assim como ao cuidado do fim da vida, visando disseminação de conhecimento técnico, das habilidades e atitudes para não especialistas;

Considerando a necessidade de inserção de temas de Medicina Paliativa específica de tratamento de sintomas e comunicação médico-paciente nos currículos dos programas de residência médica de especialidades que atendam pacientes com doenças graves e/ou situações que ameacem a continuidade da vida como, clínica geral, medicina intensiva, pediatria, neonatologia, neurologia, cancerologia clínica, cirurgia oncológica, hepatologistas, medicina de família, dentre outras;

Considerando que o Brasil conta com especialistas de renome e projeção nacional e internacional, trabalhando exclusivamente com Medicina Paliativa há mais de 15 anos, entre os quais o falecido Prof. Dr. Marco Túlio de Assis Figueiredo, o qual iniciou os primeiros atendimentos ambulatoriais e domiciliares no Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; dra. Claudia Naylor e dr. Luis Guilherme Soares que atuaram no Instituto Nacional do Câncer INCA IV, instituição que desde 1986 presta assistência em Cuidados Paliativos; a dra. Anelise Pulschen do Hospital de Apoio de Brasília; dra. Ines Melo do Hospital da Unimed-Fortaleza; dr. Newton Barros, do Hospital Conceição- Porto Alegre; Dra Maria Goretti Salles Maciel no Hospital do Servidor Estadual em São Paulo; dr. Luis Fernando Rodrigues, do Hospital do Cancer de Barretos, Profa. Dra. Rachel Moritz do HC-UFSC, Prof. Dr. Toshio Chiba no ICESP-FMUSP; entre outros;

Considerando a necessidade de incentivar a formação de médicos para atender esta crescente demanda e incentivar o crescimento dos já existentes programas de Residência em Medicina Paliativa, de instituições de renome como o HC-FMUSP, IMIPE, IAMSPE, Hospital de Apoio-Brasília, HC-UFSC, HC-UFRS, INCA, entre outros;

Considerando que o papel do especialista em Medicina Paliativa, além de prover assistência, é atuar no desenvolvimento e capacitação do Cuidado Paliativo como abordagem geral para todos os profissionais que cuidam de pacientes com doenças que ameacem a vida;

Considerando o número crescente de publicações internacionais e nacionais nos últimos anos, com publicação de mais 200 artigos sobre o tema por pesquisadores brasileiros de diversas áreas e a necessidade de que este número cresça ainda muito mais, dados os extraordinários desafios encontrados para cuidar do sofrimento de pacientes com doenças graves na realidade brasileira;

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Site : [www.paliativo.org.br](http://www.paliativo.org.br) E.mail : [contato@paliativo.org.br](mailto:contato@paliativo.org.br) Fone: 11-9.7504-0908



Considerando que atualmente temos 14 revistas científicas indexadas no *PubMed* e *Lilacs* com temática específica de Medicina Paliativa e espaço em revistas de outras especialidades exclusivo destinado à temática de medicina paliativa como *New England Journal of Medicine*, *The Lancet*, *British Medical Journal – BMJ*, *The Journal of the American Medical Association – JAMA* e *Journal of Clinical Oncology – JCO*;

Considerando que desde 2005 o país conta com uma associação profissional – a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)- que promove congressos, debates e eventos, fomentando a disseminação nacional e o crescimento e fortalecimento do cuidado paliativo profissional;

Considerando que em 2012, 61% dos hospitais norte-americanos com mais de 50 leitos contavam com equipes de Cuidados Paliativos especializados (conforme levantamento disponível em [www.capc.org](http://www.capc.org)). Em dados ainda não publicados, apresentados recentemente no Congresso Europeu de Cuidados Paliativos (maio-2017), este número chegou a 90% em 2016, e que no Brasil, conforme levantamento realizado pela ANCP; este número não chega nem a 10% dos mais de 2500 hospitais brasileiros com mais de 50 leitos;

Considerando que em 2005, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DHBDH), durante conferência geral da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), incluiu o direito à morte com dignidade, autonomia e qualidade, e que a atenção e o cuidado com o paciente que está morrendo é um conceito fundamental que tem sido recuperado e divulgado pela Medicina Paliativa, não obstante sendo um conceito fundamental para nunca mais ser esquecido por qualquer médico de qualquer especialidade;

Dadas todas estas considerações, Solicitamos então que a Medicina Paliativa seja reconhecida como a especialidade médica que trata e cuida do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças graves visando melhorar a qualidade de vida durante a doença, sendo uma abordagem apropriada em qualquer idade, em qualquer estágio de doença e que pode ocorrer concomitantemente a tratamentos com intenção curativa e em qualquer cenário de atenção à saúde, como hospitais, ambulatórios, consultórios, domicílio, instituições de longa permanência e *hospices*.

Esperamos que este reconhecimento impulse o tão necessário crescimento da Medicina Paliativa em nosso país, colocando-a no mesmo nível de relevância de outras especialidades médicas atuais no Brasil e promovendo o desenvolvimento da cultura de Cuidados Paliativos integrados à prática médica nacional.

No documento anexo, enviamos também uma proposta inicial do Programa de Formação do especialista em Medicina Paliativa, a qual consideramos salutar a opinião e contribuição dos membros da Câmara Técnica de Medicina Paliativa do CFM, assim como a contribuição dos demais profissionais deste Conselho ou quaisquer outros profissionais que se julgar adequado.



Em nome de toda a Diretoria da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, reitero os votos de estima e consideração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente;

Daniel Neves Forte

Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

CRM-SP 104.295

## Anexo 1: Proposta inicial do programa de formação do especialista em Medicina Paliativa

### Temas:

#### 1. Conceitos e princípios

- Definição e princípios de Cuidados paliativos da Organização Mundial da Saúde (2002)
- Assistência em Cuidado Paliativo: fases da assistência paliativa, modelos integrados vs modelos de interconsulta com especialista, locais de assistência em medicina paliativa (ambulatório, hospital, domicílio, instituições de longa permanência e hospices).
- Cuidado paliativo especializado vs. Cuidado paliativo geral
- Conceituação do sofrimento / sintoma total

#### 2. Prognóstico

- Reconhecimento do padrão de evolução funcional das doenças: câncer, HIV, pneumopatias, cardiopatias, doenças neurológicas, nefropatias
- Prognóstico em situações específicas: UTI, pediatria, neonatologia
- Reconhecimento dos padrões de doenças graves compatíveis com fase final de evolução
- Reconhecimento dos padrões de processo de morte em evolução
- Indicações e limitações sobre predições probabilísticas e julgamento clínico relacionados ao prognóstico

#### 3. Assistência multiprofissional e trabalho em equipe

- - Conceito de transdisciplinaridade
- - Competências profissionais
  - \*Assistente social
  - \*Enfermeiro
  - \*Fisioterapeuta
  - \*Fonoaudiólogo
  - \*Médico
  - \*Nutricionista
  - \*Odontólogo
  - \*Profissional administrativo
  - \*Psicólogo
  - \*Terapeuta ocupacional
  - \*Capelão
- Rede de apoio institucional integrada

#### 4. Manejo dos sintomas físicos do sofrimento

- dor:
  - principais síndromes dolorosas, ferramentas para avaliação de dor (escala visual analógica, escala de dor comportamental, etc), farmacologia e boas práticas no uso dos agentes analgésicos ( anti-inflamatórios, opióides, bloqueadores de canais de cálcio, quetamina, entre outros), indicações das ferramentas analgésicas não farmacológicas, indicações de analgesia e anestesia regional, analgesia controlada pelo paciente, manejo da crise de dor, manejo de dor crônica, uso e abuso de analgésicos.

- dispnéia
  - conceitos de dispnéia vs insuficiência respiratória, ferramentas de avaliação, farmacologia e boas práticas no uso dos agentes para controle de dispnéia (opióides, benzodiazepínicos, balanço hídrico, etc), indicações das ferramentas para controle de dispnéia não farmacológicas.
- náuseas e vômitos
  - fisiopatologia das náuseas e vômitos, diagnósticos diferenciais das principais causas, ferramentas de avaliação, farmacologia e boas práticas no uso dos principais agentes para controle de náuseas e vômitos (colinérgicos, anti-colinérgicos, anti-dopaminérgicos, inibidores de 5HT3, anti-histamínicos, corticóides), indicações das principais ferramentas para controle de náuseas e vômitos não farmacológicas
- outros sintomas físicos: diarreia, constipação, delirium, sialorréia, xerostomia, insônia, fadiga, caquexia, inapetência, prurido, desconforto relacionado com edemas e feridas de pele:
  - fisiopatologia, diagnósticos diferenciais das principais causas, ferramentas de avaliação, farmacologia e boas práticas no uso dos principais agentes para controle do sintoma, indicações das principais ferramentas para controle não farmacológico da do sintoma
- manejo de intercorrências e complicações comuns em doenças em fase avançada: problemas de pele, infecções, edemas, sangramentos, trombose, citopenias, fraturas patológicas, compressão medular, alopecia.
- Indicações e contra-indicações, riscos e benefícios dos principais tratamentos procedimentos e intervenções em pacientes com doença em fase avançada de evolução: gastrostomia, próteses e stents, UTI, quimioterapia.
- Profilaxia e tratamento de sintomas de desconforto relacionados aos principais agentes quimioterápicos e as terapias-alvo em oncologia
- Profilaxia e tratamento de sintomas de desconforto relacionados à internação em UTI e à hospitalização
- sedação paliativa para sintomas refratários na fase final de vida
  - definição, indicações, principais aspectos éticos, principais aspectos relacionados à comunicação e à tomada e decisão, manejo farmacológico e não farmacológico, ferramentas de avaliação

#### 5. Manejo dos sintomas emocionais, sociais e espirituais do sofrimento

- a) identificar, acolher, acionar outros profissionais se necessário, manejo e indicação de tratamento farmacológico e boas práticas no uso das principais intervenções e noções para indicação e aplicação de intervenções não-farmacológicas relacionados ao manejo da
  - ansiedade
  - tristeza
  - depressão
  - medo
  - esperança
  - luto
- b) identificar, acolher, orientar e quando necessário, oferecer suporte, informações e encaminhamento para familiares do paciente
- c) identificar, acolher, orientar e quando necessário, oferecer suporte, informações e encaminhamento para atender necessidades religiosas e espirituais do paciente.

#### 4. Uso de ferramentas de comunicação

- Estratégias de comunicação empática com pacientes e/ou familiares
  - \* Abordagem do sofrimento emocional e existencial
  - \* Comunicação de más notícias
  - \* Comunicação de prognóstico
  - \* Comunicação de objetivos de cuidado e compartilhamento de decisões
  - \* Comunicação sobre cuidados durante o processo ativo de morte
  - \* Conferência familiar
  - \* Comunicação em conflitos
  
- Comunicação alternativa
  - \* O paciente intubado / traqueostomizado
  - \* O paciente portador de deficiência sensorial
  - \* O paciente portador de deficiência cognitiva

- Estratégias de comunicação efetiva com equipe de saúde
  - \* Reconhecimento / diagnóstico situacional
  - \* Elementos do diálogo no cenário crítico
  - \* Identificação e abordagem do sofrimento da equipe
  - \* Gerenciamento de conflitos envolvendo diferentes equipes / o estresse moral

#### 5. Aspectos bioéticos e legais

- Determinações da responsabilidade legal na assistência em pacientes com doença em fase avançada de evolução
- Princípios éticos e fundamentos do código de ética médica
- Ações paliativas integradas na doença em fase avançada
- \* Medidas proporcionais às fases de assistência intensiva
- \* O processo de tomada de decisão
- \* Diretivas antecipadas / testamento vital
- \* Retirada e limitação de medidas de suporte artificial de vida
- \* futilidade terapêutica vs. Tratamentos potencialmente inapropriados
- \* conceituação e aspectos éticos relacionados à eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia

#### 6. Cuidados durante a morte e o morrer: os cuidados das últimas horas de vida

- aspectos práticos relacionados aos cuidados físicos
- aspectos sociais
- Orientações práticas envolvendo o óbito
- Preenchimento da certidão de óbito
- Orientações funerárias

#### 7. Continuidade do cuidado

- Aspectos de gestão estratégica focada na experiência do paciente
- Plano terapêutico transdisciplinar em pacientes de cuidados paliativos
- Segurança da informação em rounds e passagem de plantão



- Encaminhamento e alta à equipe especializada de cuidados paliativos
- Indicadores de qualidade e segurança em cuidados paliativos
- Implantação de programas de cuidados paliativos e disseminação da cultura de cuidados paliativos
- características e especificidades da gestão de qualidade do Cuidado Paliativo nos diferentes cenários: ambulatório, hospital, domicílio, instituições de longa permanência e hospices.