

Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil

**Academia Nacional de Cuidados Paliativos
Outubro de 2018**

1. **Introdução e justificativa**
2. **O desenvolvimento de CP no Brasil comparado ao mundo**
3. **A análise do cenário do Cuidado Paliativo no Brasil**
4. **Recomendações da ANCP para melhorar a oferta e a qualidade do Cuidado**

Paliativo oferecido no Brasil

5. **Conclusão**

1. Introdução e justificativa

Com o objetivo de prestar informações que consideramos de potencial interesse para toda a sociedade brasileira, apresentamos este documento sobre o Panorama de Cuidados Paliativos no Brasil. Este documento foi desenvolvido pela Diretoria da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, com a ajuda de seus associados que contribuíram no levantamento dos dados aqui apresentados.

Cuidado Paliativo (CP), segundo a definição da Organização Mundial de Saúde de 2002 e reafirmada em 2017, é “uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais”.

O conceito contemporâneo foi desenvolvido inicialmente pela assistente social, enfermeira e médica inglesa Cicely Saunders, que a partir da década de 50, desenvolveu conhecimentos e práticas para melhor cuidar das pessoas que estavam morrendo.

No início da década de 90, a Organização Mundial de Saúde definiu pela primeira vez CP. Nesta primeira definição, o escopo deste cuidado ampliou-se em relação ao que Saunders propunha. E CP passou a ser definido como “cuidado total e ativo [...] para pacientes com doenças incuráveis”. Abordagem da dor e das questões psíquicas, sociais e espirituais apareceram como áreas essenciais ao CP, seguindo os conceitos de Cicely Saunders.

No entanto, a questão de limitar CP a pacientes com doenças incuráveis trouxe um novo problema, que limitava sua aplicação adequada. Este conceito aprofundou uma visão dicotomia, ou seja, o curável vs. não curável, não paliativo vs. paliativo. Este modelo mostrou-se inadequado por inúmeras razões, como por exemplo, novos tratamentos que mudam a definição do que é curável, sensação de abandono ou de “jogar a toalha”, entre outros muitos problemas.

E por isto tudo, em 2002, a OMS redefiniu CP. A questão de ser ou não curável tornou-se irrelevante. A definição de atual coloca que CP está indicado para pessoas, sejam adultas ou crianças, que têm uma doença que ameaça a vida. A abordagem de CP foca no sofrimento e independe do prognóstico.

Podemos resumir que CP no século XXI como uma competência que profissionais de saúde desenvolvem para cuidar do sofrimento de pacientes e seus familiares que enfrentam situações de saúde que ameaçam a vida. É uma filosofia de cuidado. Mas é também uma técnica específica. CP de qualidade envolve competências para cuidar da dor, da falta de ar, das náuseas, da fadiga ou de outros sintomas. Alguns estudos randomizados mostram inclusive que pacientes que recebem este cuidado específico vivem mais tempo. Além de cuidar de sintomas físicos, CP busca cuidar também de sintomas emocionais, como medo, ansiedade e depressão, comuns em pacientes e familiares em situações graves de saúde. Estratégias específicas de comunicação realizada com técnica, com honestidade e com compaixão, têm alto impacto nestes sintomas, conforme mostram diversos

estudos randomizados e controlados. CP busca ainda cuidar dos familiares dos pacientes, entendendo a família como parte da unidade do cuidado e sabendo que cuidar da família é uma parte importante para cuidar do sofrimento do paciente. E por fim, cuida da espiritualidade do paciente. Espiritualidade não é necessariamente religiosidade, e pode ser resumida como o que é sagrado para cada um.

CP é uma técnica específica com resultados fortemente baseados em evidência. Uma meta-análise publicada em 2017 no JAMA, uma das 5 melhores revistas de medicina do mundo, analisou de forma conjunta o resultado de 43 estudos randomizados e controlados. Este estudo mostrou que o CP feito de maneira específica, quando comparado ao “cuidado paliativo de bom senso”, é capaz de, significativamente, melhorar qualidade de vida, melhorar controle de sintomas e reduzir custos. Ou seja, técnicas de CP agregam valor ao sistema de saúde, pois aumentam a qualidade da assistência com redução de custos. CP pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde com estas competências. E também pode ser aplicado por equipes especializadas, que podem atuar nos mais diferentes cenários, como o hospital, o ambulatório ou o domicílio.

Por todos estes motivos que a 67ª Assembleia Mundial da OMS aprovou por unanimidade uma recomendação que desenvolver cuidados paliativos é uma urgência para todos os estados membros. Mas apesar de tudo isto, infelizmente, a oferta de cuidado paliativo de qualidade ainda é uma realidade para muito poucos em nosso país.

2. O desenvolvimento de CP no Brasil comparado ao mundo

Em 2014 a OMS publicou o Atlas Global de Cuidado Paliativo, onde apresentou os resultados de seu levantamento sobre o desenvolvimento de cuidado paliativo ao redor do mundo. O Brasil recebeu a Classificação 3 A, classificação que caracteriza países onde a provisão de cuidados paliativos é oferecida de maneira isolada. No grupo 3A o desenvolvimento dos cuidados paliativos é irregular no escopo e não bem apoiado; com fontes de financiamento fortemente dependente de doações; disponibilidade limitada de morfina; e um pequeno número de serviços de cuidados paliativos comparado ao tamanho da população. As equipes de CP no Brasil podem ter excelência, porém o sistema de saúde brasileiro está muito atrasado na integração e apoio a estas equipes. Segundo a OMS, o Sistema de Saúde do Brasil apresenta o mesmo nível de desenvolvimento de CP que Angola, Bangladesh, Congo, Moçambique e Ira.

Um nível acima estão os países do grupo 3B, onde a prestação de cuidados paliativos já está generalizada. Existem fontes de financiamento, melhor disponibilidade de morfina, centros de treinamento de cuidados paliativos e um número maior de serviços de cuidados paliativos. Neste grupo encontram-se Argentina, Bósnia, Costa do Marfim, Índia Portugal e Turquia.

O nível 4 A é constituído por países onde os serviços de cuidados paliativos estão em estágio preliminar de integração com o sistema de saúde. Este grupo de países é caracterizado por: o desenvolvimento de uma massa crítica de profissionais de cuidados paliativos em vários locais; uma variedade de prestadores de cuidados paliativos e tipos de serviços; conscientização dos cuidados paliativos por parte da saúde profissionais e comunidades locais; a disponibilidade de

morfina e alguns outros remédios fortes para aliviar a dor; impacto limitado de cuidado paliativo com a política; a prestação de um número substancial de formação e iniciativas de educação por uma série de organizações; e interesse no conceito de uma associação nacional de cuidados paliativos. Neste grupo estão Chile, Uruguai, Costa Rica, Porto Rico, Dinamarca, Israel, Quênia, Holanda, Eslováquia, China, Zâmbia e Zimbábue.

Por fim, o nível 4B, com países onde os serviços de cuidados paliativos estão em um estágio avançado de integração na prestação de serviços de saúde. Este grupo de países é caracterizado por uma prestação abrangente de todos tipos de cuidados paliativos por múltiplos prestadores de serviços; consciência ampla de cuidados paliativos por parte dos profissionais de saúde, comunidades locais e sociedade em geral engajada; disponibilidade irrestrita de morfina e todos os outros remédios fortes para aliviar a dor; impacto substancial dos cuidados paliativos sobre política, em particular sobre política de saúde pública, centros de educação reconhecidos; inserção dentro das universidades; e a existência de uma associação nacional de cuidados paliativos. Neste nível estão Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, França, Alemanha, Itália, Japão, Noruega, Polônia, Romênia, Cingapura, Uganda, Reino Unido e Estados Unidos.

Por outro método, a revista *The Economist* avaliou a qualidade de morte em 80 países. Para isto avaliou disponibilidade de acesso a opioides, existência de políticas públicas de saúde específicas de cuidados paliativos e acesso a cuidados paliativos nos serviços de saúde. O Brasil ficou no 42º lugar, uma classificação pior do que Chile (27º), Costa Rica (29º), Panamá (31º), Argentina (32º), Uruguai (39º), África do Sul (34º), Uganda (35º), Mongólia (28º) ou Malásia (38º).

Em 2017 a Comissão do Lancet de acesso a opioides e cuidados paliativos publicou o resultado de seu levantamento mundial. Os resultados foram assustadores. Evidenciou-se que 90% dos opioides prescritos no mundo são consumidos por 10% da população mundial, justamente a população que vive nos países de maior PIB. O restante dos 90% da população mundial consome apenas 10% dos opioides prescritos. Enquanto os EUA sofrem de um excesso maciço no consumo de opioides (551mg/capita de equivalente de morfina), o Brasil sofre de escassez (9mg/capita). A quantidade de opioides prescrita no país é insuficiente para promover o adequado alívio da dor que os pacientes com doenças graves que vivem no país têm.

A conclusão comum de todos estes estudos é a evidência de que no Brasil é frequente que pessoas com doenças graves frequentemente vivam com dor não controlada e sem receberem um adequado cuidado paliativo.

3. A análise do cenário do Cuidado Paliativo no Brasil

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos é uma sociedade multiprofissional criada em 2005 com o objetivo de promover o desenvolvimento de CP no país. Conta hoje com mais de 2.500 associados, diretoria nacional e regionais eleitas, um site ativo (www.paliativo.org.br) que promove articulação entre as pessoas interessadas em CP, produz vídeos educativos sobre CP disponibilizados de forma gratuita, além de ajudar a divulgar eventos que acontecem no país e

notícias sobre CP. A ANCP também promove eventos científicos, como por exemplo, o Congresso Internacional de Cuidados Paliativos. Em novembro de 2018 acontecerá a VII versão deste congresso, este ano em Belo Horizonte, com participação de mais de 70 palestrantes de todas as regiões do país e diversos palestrantes internacionais, vindos de EUA, Espanha, Portugal, Argentina e Uganda. Até o início de agosto o Congresso já contava com mais de 1500 inscritos.

A ANCP realizou recentemente um levantamento sobre os serviços de CP disponíveis no país. Através deste mapeamento, encontrou até agosto/2018, 177 serviços de CP no país. As características dos serviços encontrados estão na tabela 1, apresentada abaixo. Novas equipes ou equipes ainda não cadastradas podem se cadastrar através do site www.paliativo.org.br. O mapa disponível no mesmo site permite que o interessado possa encontrar como entrar em contato com cada uma das equipes.

Tabela 1. Mapeamento dos serviços de CP no Brasil - ANCP 2018.

Análise dos serviços cadastrados no mapa da ANCP		
até dia 16/8/18	N	%
Número total de serviços de CP cadastrados	177	100%
Centro-oeste	8	5%
Norte	5	3%
Nordeste	36	20%
Sudeste	103	58%
Sul	25	14%
Início das atividades dos serviços		
2016-2018	40	23%
2011-2015	49	28%
2006-2010	23	13%
2000-2005	12	7%
1999 ou antes	7	4%
não informado	46	26%
Funcionam em hospital		
Funcionam em hospice	8	5%
Atende pacientes do SUS	117	66%
Atende pediatria	38	21%

A análise deste mapeamento evidencia que mais de 50% dos serviços de CP do país iniciaram suas atividades na década de 2010, mostrando que CP ainda é recente em nosso país.

Mais ainda, o mapeamento evidenciou a desigualdade de disponibilidade, com mais de 50% dos serviços concentrados na região sudeste, e apenas 13 equipes (menos de 10% do total das equipes) em toda a região norte-nordeste.

E embora saiba-se que a atenção primária possa ser a estratégia de menor custo e maior impacto na saúde de uma população, o mapa mostra que, assim como o restante, também a oferta de cuidado paliativo no país está centrada em hospitais. Porém, mais grave ainda, mesmo na realidade hospitalar a oferta de cuidado paliativo pode ser considerada uma exceção no sistema de saúde brasileiro. Considerando-se que o país apresenta mais de 5.000 hospitais, sendo pelo menos 2.500 com mais de 50 leitos, menos de 10% dos hospitais brasileiros disponibilizam uma Equipe de CP. Para efeito de comparação, em um levantamento de 2016 do sobre o número de equipes nos EUA, o Center for Advanced Palliative Care (CAPC) encontrou mais de 1800 equipes atuando em hospitais, cobrindo mais de 75% dos hospitais norte-americanos com mais de 50 leitos.

Os dados mostram ainda que disponibilidade de hospice e pediatria são áreas ainda mais críticas em termos de acesso a CP no país.

Diferentemente dos países onde o CP está mais desenvolvido, o Brasil não dispõe de nenhuma política de saúde pública que estruture ou oriente especificamente o desenvolvimento do CP. Entre as poucas políticas públicas que mencionam CP no país estão as Portaria nº741, de 19 de dezembro de 2005, e sua atualização, a PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014, assim como a PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014. A primeira define e a segunda atualiza os critérios para atuação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. A terceira redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. No entanto, embora o termo “paliativo” seja mencionado diversas vezes nos três documentos, e a oferta de cuidado paliativo seja considerado como obrigatória para que um centro seja credenciado como um CACON, não há, em nenhum dos três documentos, nenhuma especificação do que seria necessário para seu funcionamento ou regulamentação. O que há é uma nota na Portaria de 2005 mencionando que “os Cuidados Paliativos deverão obedecer às regulamentações específicas do Ministério da Saúde para a área”. Esta regulamentação, até agosto de 2018, ainda não existe.

O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais de síntese do SUS (SIGTAP), utilizado como referência para registro da produção das equipes ambulatoriais, domiciliares e hospitalares, dispõe de dois procedimentos referentes aos cuidados paliativos: 03.02.02.001-2 - ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS e, mais recentemente, o 03.01.14.001-4 - ATENDIMENTO DE PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS. Ambos são procedimentos de realização ambulatorial ou domiciliar, de forma que as internações hospitalares não possuem registro específico de cuidados paliativos, continuando a serem utilizados os procedimentos de atendimento a paciente sob cuidados prolongados para este fim, principalmente no caso de internação de pacientes

oncológicos em palição (03.03.13.006-7 - TRATAMENTO DE PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS POR ENFERMIDADES ONCOLOGICAS).

Atualmente, a única forma disponível de acompanhar a produção em cuidados paliativos é realizar buscas a partir do CID Z51.5 que corresponde a *Cuidados Paliativos*, o que se mostra insuficiente para traçarmos um verdadeiro panorama dessa oferta no Brasil, como também não caracteriza o tipo de atendimento prestado pelas áreas multidisciplinares.

O que há de mais estruturado no país envolvendo orientação normativa formal sobre CP são os códigos de ética profissional dos Conselhos Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). As últimas versões de ambas, 2009-CFM e 2017-COFEN, trazem menções específicas sobre cuidados paliativos.

O CFM coloca em seu princípio fundamental XXII que “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários, e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.

Mais adiante, em seu **Capítulo V**, que versa sobre o quê é vedado ao médico, consta o:

- **Art. 41.** Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.
- **Parágrafo único.** Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração à vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

O CFM apresenta ainda a Resolução CFM nº 1.805/2006 - (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169), que dispões que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. E também a Resolução CFM nº 1.995/2012 (Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70) que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

O COFEN coloca em seu Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem 2017, no **CAPÍTULO II – DOS DEVERES**

Art. 48 - Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

Parágrafo único. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos

disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

A análise da oferta de educação em CP nas graduações da área da saúde no país mostra que não estamos capacitando profissionais de acordo com o que a demanda solicita. Dos 302(!) cursos de graduação em medicina do país, somente 42 (14%) oferecem uma disciplina de CP. Destas, somente 18 cursos (6%) são disciplinas obrigatórias. Foram levantadas também 19 Ligas acadêmicas de CP no país. CP não está contemplado na grade do MEC. A análise da disponibilidade de cursos de CP nas graduações de enfermagem, psicologia e fisioterapia estão em andamento. Existem também no país um número crescente de residências de medicina paliativa e residências de cuidados paliativos, esta última voltada para profissionais não médicos da área da saúde, além de cursos de pós-graduação e especialização em CP. No entanto, ainda não existe uma regulamentação específica sobre uma matriz de competências que oriente estes cursos ou residências.

A Associação de Medicina do Brasil reconhece Medicina Paliativa como uma área de atuação específica desde 2011. Neste período, 140 médicos já foram titulados (mais informações no site: www.paliativo.org.br).

4. Recomendações da ANCP para melhorar a oferta e a qualidade do Cuidado Paliativo oferecido no Brasil.

Seguindo as melhores recomendações, inclusive da própria OMS, a ANCP entende que o desenvolvimento de CP de qualidade se dá quando três pilares básicos são desenvolvidos: a) política nacional de cuidado paliativo incorporado ao sistema de saúde; b) política de disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais e c) programas de educação e capacitação de profissionais de saúde.

Neste sentido, apresentamos aqui as propostas apoiadas pela ANCP.

a) Política nacional de cuidado paliativo incorporado ao sistema de saúde

A ANCP entende que uma Política Nacional que oriente e norteie o CP no Brasil é urgentemente necessária. Considerando a crise atual do sistema de saúde brasileiro, consideramos que o mínimo para constar em tal política seria especificar os níveis de cuidado paliativo a serem oferecidos, seguindo as recomendações das melhores sociedades do mundo. E a partir desta regulamentação, criar um Registro Nacional no Ministério da Saúde, onde os serviços especializados de CP possam se cadastrar e, partir disto, poderem emitir códigos específicos de procedimento. Entendemos que para melhorar precisamos medir, e esta mensuração precisaria ser contemplada dentro do DATA-SUS. Atualmente as 177 equipes que atuam pelo país são invisíveis ao banco de dados do DATA-SUS, e assim, seu impacto na sustentabilidade e qualidade do sistema não pode ser nacionalmente avaliado.

A ANCP entende que a seguinte proposta, construída com a participação de dezenas de profissionais paliativistas e de profissionais da saúde pública dentro do Ministério da Saúde, seria o

próximo passo necessário para que o desenvolvimento de CP no Brasil pudesse se dar com qualidade e efetividade:

Proposta de estruturação dos Cuidados Paliativos dentro do Sistema Único de Saúde

Com o objetivo de nortear o crescimento e desenvolvimento do Cuidado Paliativo de qualidade, propõe-se que o cada gestor na sua esfera de responsabilidade estruture os Cuidado Paliativo em níveis crescentes de complexidade, a saber:

1º nível: Políticas e normativas institucionais de Cuidados Paliativos

Uma forma de integrar métodos e procedimentos de cuidados paliativos em ambientes não especializados em cuidados paliativos. Realizado através do estabelecimento de políticas institucionais e fluxos de atendimento que incorporem o CP à rotina do cuidado. Compreendem protocolos de boas práticas para avaliação e manejo de sintomas físicos como dor, náuseas ou dispneia, avaliações sistemáticas de risco psíquico, de risco de vulnerabilidade social, diretrizes e documentos de boas práticas para o manejo de cuidados de conforto durante o processo ativo de morte, assim como fluxos para realização de Diretivas Antecipadas de Vontade e de fluxos para o fornecimento de Declaração de Óbito para pacientes que falecerem sob cuidados de fim de vida em domicílio.

A abordagem de CP pode ser ensinada através da aprendizagem de graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo. A inserção dos CP nos cursos de graduação seja no formato de disciplina específica, em curto prazo e por meio de um ensino longitudinal, em longo prazo, quando poderá ser discutido durante o percurso da graduação, em várias disciplinas ou módulos curriculares é de relevância, dentro do contexto da transição demográfica e mudanças epidemiológicas da população brasileira.

2º nível: Cuidado Paliativo Geral

Além das questões abordadas no 1º nível, o 2º nível compreende os conhecimentos, habilidades e competências básicas em cuidados paliativos realizados por profissionais de saúde que tratam de pacientes com doenças que ameaçam a vida. Disponibilizados por profissionais da atenção básica, profissionais de programas de atenção domiciliar, pediatras, oncologistas, intensivistas, geriatras, cardiologistas, nefrologistas, entre outros. São oferecidos por profissionais que não tem os cuidados paliativos como foco principal do seu trabalho, mas sim utilizam conhecimentos, habilidades e competências de CP integrada à sua prática profissional. Dependendo da disciplina, podem ser ensinados no nível de graduação ou pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo.

São considerados conhecimentos, habilidades e competências necessárias para o CP Geral: avaliação e manejo da dor e sintomas físicos (incluindo dispneia, náuseas, vômitos, constipação, diarreia, xerostomia, além do conhecimento de farmacologia e clínica também necessários para manejo de opioides), cuidados e manejo de sintomas psíquicos como tristeza, depressão e ansiedade; estratégias e habilidades para comunicação honesta e empática sobre diagnóstico, sobre prognóstico e sobre objetivos de cuidado (incluindo a deliberação sobre limitação de uso de

Suportes Artificiais de Vida em situações de terminalidade) e para os cuidados de conforto durante o processo ativo de morte.

Conhecimentos, habilidades e competências em CP Geral podem ser adquiridos através de cursos ou disciplinas de Cuidados Paliativos realizados durante a graduação, durante a residência, em cursos específicos de curta duração ou de pós-graduação *latu sensu*.

3º nível: Serviços de Cuidados paliativos Especializados

São serviços cuja principal atividade é a prestação de cuidados paliativos. Estes serviços em geral cuidam de doentes com necessidades complexas e difíceis e, portanto, exigem um maior nível educacional, staff e outros recursos.

Conhecimentos, habilidades e competências em CP especializado são adquiridos através de cursos de pós-graduação *latu sensu* ou em aprendizado em regime de residência de Cuidados Paliativos.

CP especializado requer uma Equipe atuando com horários específicos dedicados a esta atividade. Pode ser oferecido em unidades de internação para pacientes agudos, em unidades/leitos de hospice, em atividades de interconsulta, em consultas ambulatoriais ou em visitas domiciliares. Como o perfil de pacientes a ser atendido por CP especializado ainda está por ser definido por evidências, é recomendável que cada instituição individualmente analise as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de modelo (equipe de interconsulta, equipe de especialistas em CP integrada as demais equipes, equipes para referenciamento sem unidade própria e/ou equipes para referenciamento com unidades e leitos próprios) e estabeleça a estratégia mais adequada localmente. Além da importância assistencial, uma Equipe de CP especializado tem papel importante na mudança de cultura local, promovendo educação formal e informal sobre CP no meio onde está inserida.

Além dos conhecimentos, habilidades e competências listados como necessários para o CP Integrados, são ainda necessários para o CP especializado os seguintes domínios: tratamento de dor e outros sintomas físicos de difícil controle ou refratários, manejo de situações de sofrimento psicoemocionais mais complexas, em especial depressão e ansiedade; estratégias e competências para cuidado ao sofrimento existencial intenso ou refratário; assistência na intermediação de conflitos, em especial aqueles envolvendo conflitos sobre os objetivos de tratamento, conflitos sobre futilidade terapêutica, conflitos entre familiares ou entre as equipes de tratamento; e estratégias para autocuidado e cuidado com a equipe. O Serviço de CP Especializado são subdivididos em 3 subcategorias, a saber:

Serviço de Cuidados Paliativos Especializados de Grau I:

Estruturam-se através de equipes assistenciais de CP com jornada de trabalho especificamente dedicadas para este fim. Os coordenadores têm formação ao menos de aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos. A equipe presta assistência em pelo menos um dos quatro regimes de atendimento (internação hospitalar, atendimento domiciliar e/ou unidade de

internação especializada em cuidados paliativos/hospice) e o serviço dispõem de espaço físico para sediar suas atividades.

A Equipe está permanentemente em processo de educação nessa área, além de monitorizar indicadores gerenciais de qualidade e segurança. Para ser caracterizada como Serviço de CP especializado de Grau I, a ECP deve promover ações de educação em CP, de abrangência pelo menos local. Equipe mínima: médico e enfermeiro e assistente social ou psicólogo. Demais profissionais necessários à prestação dos cuidados nas diferentes dimensões do sofrimento físico, emocional, social ou espiritual estão disponíveis e podem ser acionados conforme necessidade.

Após cadastro no Ministério da Saúde, a Equipe de CP Especializado de Grau I emite os seguintes códigos de procedimento:

- CP especializado de grau I - atendimento ambulatorial: XXXI
- CP especializado de grau I - atendimento hospitalar: XXXII
- CP especializado de grau I - atendimento domiciliar: XXXIII
- CP especializado de grau I - atendimento em unidade de internação especializada em cuidados paliativos/hospice XXXIV

Serviços de Cuidados Paliativos Especializados de Grau II

São equipes multidisciplinares completas e capacitadas, que atuam especificamente com Cuidados Paliativos, atendendo de forma integral o paciente e seus familiares, atuando em toda a linha de cuidado.

Estruturam-se através de equipes assistenciais de CP com jornada de trabalho especificamente dedicadas para este fim. O(a) coordenador(a) médico tem formação ao menos de especialização em Cuidados Paliativos, enquanto coordenadores das outras áreas da saúde têm formação ao menos de aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos. Um paciente sob cuidados de uma Equipe de Cuidados Paliativos (ECP) especializado de Grau II pode receber assistência de CP especializado nos quatro regimes de atendimento (ambulatorial, internação hospitalar, internação domiciliar e internação em unidade de internação especializada em cuidados paliativos/hospice), seja porque a mesma equipe presta atendimento nos quatro regimes de atendimento ou então porque diferentes equipes com pré-requisitos de CP especializado de Grau II integram conjuntamente um Programa de Cuidados Paliativos Especializado de Grau II. Para isto é necessário que tenham fluxos definidos de referência e contra referência e reuniões periódicas conjuntas. O serviço dispõe de espaço físico para sediar suas atividades.

Após cadastro no Ministério da Saúde, emitem os seguintes códigos de procedimento:

- CP especializado de grau II - atendimento ambulatorial: YYYYI
- CP especializado de grau II - atendimento hospitalar: YYYYII
- CP especializado de grau II - atendimento domiciliar: YYYYIII
- CP especializado de grau II - atendimento em unidade de internação em cuidados paliativos/hospice YYYYIV

Serviços de Cuidados Paliativos Especializados de Grau III

São equipes de referência na área, com capacidade, através de equipe multidisciplinar completa e capacitada, que atendem de forma integral o paciente e seus familiares, atuando em toda a linha de cuidado, respondem e orientam situações de elevada exigência e complexidade em Cuidados Paliativos, além de serem centros de formação de profissionais e/ou de pesquisa em Cuidados Paliativos.

Além das características de Serviços CP Especializado de Grau II, estes serviços contam com:

- O(a) coordenador(a) médico tem ao menos título de área de atuação em Cuidados Paliativos, enquanto coordenadores não médicos têm formação ao menos de aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos.

- Oferta de programas estruturados e regulares de educação especializada e capacitação em Cuidados Paliativos com abrangência regional ou nacional, e/ou

- Desenvolvimento de pesquisa em Cuidados Paliativos

Após cadastro no Ministério da Saúde, emitem os seguintes códigos de atendimento:

- CP especializado de grau III - atendimento ambulatorial: ZZZI

- CP especializado de grau III - atendimento hospitalar: ZZZII

- CP especializado de grau III - atendimento domiciliar: ZZZIII

- CP especializado de grau III - atendimento em unidade de internação especializada em cuidados paliativos/hospice ZZZIV

b) Política de disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais de CP

A ANCP apoia a seguinte Proposta de Política de Medicamentos Essenciais:

O outro pilar para construção dos Cuidados Paliativos em uma localidade é a inclusão de medidas de acesso aos medicamentos necessários para manejo dos sintomas comuns, como dor, náuseas, vômitos, delírio, insônia, agitação, ansiedade, depressão, entre outras. A OMS defende que os países devem criar Listas de Medicamentos Essenciais para Cuidados Paliativos e investir para garantir o amplo acesso a medicamentos analgésicos, em especial os opioides, de forma a superar barreiras normativas e restrições de acesso.

A utilização de medicamentos opioides é essencial para o bom controle sintomático de muitos doentes com doenças avançadas e na fase final da vida. Por esse motivo, a Organização Mundial de Saúde considera o consumo de opioides per capita um indicador de eficácia dos programas nacionais de cuidados paliativos. Além disso, este indicador também retrata o acesso a opioides e analisa avanços no tratamento da dor.

A Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) estabelece as medicações financiadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, pela União, Estados e Municípios. Atualmente, o Brasil possui uma relação de medicamentos necessários aos pacientes em cuidados paliativos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, a qual pode ser identificada dentre os Componentes Básicos e Especializados da Atenção Farmacêutica – SUS. Esses componentes são estabelecidos de acordo com ente federativo responsável pela compra e distribuição.

Os opioides compõem o Componente Especializado de Assistência Farmacêutica da RENAME, no Grupo 2 – Medicamentos sob a responsabilidade dos Estados e Distrito Federal e, portanto, a compra e distribuição são de responsabilidade estadual. A dispensação dos opioides poderá ocorrer em farmácias das Secretarias Estaduais de Saúde ou, a critério do gestor estadual, em unidades dispensadoras, como os hospitais habilitados em Alta Complexidade em Oncologia – UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON ou, ainda, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica.

Dentre os opioides fornecidos estão contempladas as seguintes medicações, definidas pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dor Crônica (PCDT), publicado pela Portaria SAS n.1083 de 02 de outubro de 2012:

- Codeína: solução oral de 3mg/ml frasco com 120 ml; ampola de 30 mg/ml com 2 ml; comprimidos de 30 e 60 mg.
- Morfina: ampolas de 10 mg/ml com 1 ml; solução oral de 10 mg/ml frasco com 60 ml; comprimidos de 10 e 30 mg; cápsulas de liberação controlada de 30, 60 e 100 mg.
- Metadona: comprimidos de 5 e 10 mg; ampola de 10 mg/ml com 1 ml.

Os demais medicamentos considerados essenciais em cuidados paliativos pela OMS estão presentes na RENAME e descritos na tabela a seguir:

TABELA Nº 02: Relação de Medicamentos da RENAME.

Medicamento	Indicação terapêutica em Cuidados Paliativos	Componente da Assistência Farmacêutica
Amitriptilina/Nortriptilina	Adjuvante analgésico. Controle de sialorréia e insônia. Antidepressivo.	Farmácia Básica
Clonazepam	Ansiedade intensa, não responsiva à abordagem psicoterápica. Ansiolítico de ação prolongada. Hipnótico.	Farmácia Básica
Carbamazepina	Adjuvante analgésico em dor neuropática. Anticonvulsivante	Farmácia Básica
Clorpromazina	Adjuvante analgésico, em situações especiais. Antipsicótico. Manejo de soluços persistentes. Sedação paliativa.	Farmácia Básica
Dexametasona	Adjuvante analgésico, orexígeno, dispnéia, antiemético em obstrução intestinal maligna, e, em quimioterapia, ação antiinflamatória em edema peritumoral podendo ser útil no alívio de dispnéia por causas obstrutivas e também na redução da pressão intracraniana elevada em tumores cerebrais.	Farmácia Básica

Diazepam	Relaxante muscular em dor crônica. Ansiolítico. Hipnótico. Adjuvante na dispneia (em casos selecionados). Anticonvulsivante.	Farmácia Básica
Diclofenaco	Dor leve a moderada.	Farmácia Básica
Dipirona	Analgésico em dor leve ou adjuvante em dor moderada e intensa. Antipirético.	Farmácia Básica
Fluoxetina	Estados depressivos e ansiosos resistentes à abordagem psicoterápica.	Farmácia Básica
Fluconazol	Infecções por fungos, resistentes a tratamento tópico.	Farmácia Básica
Glicerol (enema)	Obstipação Intestinal.	Farmácia Básica
Gabapentina	Adjuvante analgésico em dor neuropática. Anticonvulsivante.	Componente especializado
Haloperidol	Antiemético, antipsicótico de uso frequente em delirium. Manejo de soluços persistentes. Sedação paliativa.	Farmácia Básica
Ibuprofeno	Dor leve a moderada. Antipirético.	Farmácia Básica
Metoclopramida	Antiemético com ação gastrocinética e antidopaminérgica. Manejo de soluço persistente.	Farmácia Básica
Metronidazol	Uso tópico em feridas neoplásicas mal odorosas.	Farmácia Básica
Nistatina	Monilíase oral.	Farmácia Básica
Óleo Mineral Puro	Obstipação intestinal induzida por opioides.	Farmácia Básica
Paracetamol	Dor leve e adjuvante em dor moderada a severa. Antipirético.	Farmácia Básica
Prednisona	Dispneia associada a espasmo brônquico e outras indicações	Farmácia Básica
Ranitidina	Protetor gástrico. Indicado também para vômitos relacionados a estase gástrica	Farmácia Básica
Risperidona	Neuroléptico particularmente indicado para pacientes idosos e intolerantes ao haloperidol.	Componente especializado

Fonte: RENAME, 2013.

c) Programas de educação e capacitação de profissionais de saúde

Para que CP seja oferecido com qualidade a todos que precisam, precisaria ser ensinado de forma sistemática nos cursos de graduação e pós-graduação das áreas da saúde. Para isto, os Comitês de Cuidados Paliativos nas Graduações de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Fisioterapia estão trabalhando em matrizes de competências mínimas para serem desenvolvidos para os alunos das respectivas faculdades. Este trabalho tem previsão de ser concluído até novembro de 2018 para então ser apresentado às instâncias regulamentadoras.

5. Conclusão

Este documento visa prestar informações e esclarecimentos a toda sociedade brasileira para que, num futuro não tão distante, o Cuidado Paliativo possa ser oferecido no Brasil a todas as pessoas que precisam. Acima de tudo, a ANCP acredita que quando um profissional de saúde cuida do sofrimento do seu paciente e dos seus familiares com técnica e com compaixão, modificamos e melhoramos a assistência ao paciente e aos seus familiares. Mais ainda, modificamos a nós mesmos como profissionais de saúde. E em última análise, modificamos o sistema de saúde como um todo, contribuindo para que a sociedade brasileira possa ser mais justa e mais solidária. Esperamos contar com seu apoio nesta caminhada.

Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Presidente: Daniel Neves Forte
Vice-presidente: André Filipe Junqueira dos Santos
Secretário-geral: Douglas Crispim
Tesoureiro: Milena dos Reis Bezerra de Souza
Diretor Científico: Patrícia Lago
Diretor Administrativo: Cristiane Rodrigues

Secretária: Regina Ramos
Comunicação: Luciana Messa

Contato

www.paliativo.org.br

contato@paliativo.org.br

+ 55 11 97504 0908

R. Artur de Azevedo, 289, Cerqueira César, São Paulo-SP.