



**ANCP**

**ACADEMIA NACIONAL DE  
CUIDADOS PALIATIVOS**

**ANÁLISE  
SITUACIONAL E  
RECOMENDAÇÕES  
PARA ESTRUTURAÇÃO  
DE PROGRAMAS DE  
CUIDADOS PALIATIVOS  
NO BRASIL**

**SÃO PAULO  
2018**

# **ANÁLISE SITUACIONAL E RECOMENDAÇÕES DA ANCP PARA ESTRUTURAÇÃO DE PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL**

<b>I INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA -----</b>	<b>3</b>
<b>II O DESENVOLVIMENTO DE CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL COMPARADO AO MUNDO -----</b>	<b>6</b>
<b>III A ANÁLISE DO CENÁRIO DO CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL -----</b>	<b>9</b>
<b>IV RECOMENDAÇÕES DA ANCP PARA O DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL -----</b>	<b>14</b>
A. ESTRUTURAÇÃO DE PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL -----	15
B. POLÍTICA DE DISPONIBILIDADE E ACESSO À MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DE CUIDADO PALIATIVO -----	20
C. PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE -----	22
<b>V CONCLUSÃO -----</b>	<b>23</b>
<b>VI BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA -----</b>	<b>25</b>
<b>VII DIRETORIAS DA ANCP -----</b>	<b>27</b>

# INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Com o objetivo de prestar informações que consideramos de potencial interesse para toda a sociedade brasileira, apresentamos este documento sobre Análise Situacional e Recomendações da ANCP para Estruturação de Programas 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, 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 ameacem 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 Cuidado Paliativo. Nesta primeira definição, o escopo deste cuidado ampliou-se em relação ao que Saunders propunha. E Cuidado Paliativo 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 Cuidado Paliativo, seguindo os conceitos de Cicely Saunders.

No entanto, a questão de limitar Cuidado Paliativo a pacientes com doenças incuráveis trouxe um novo problema, que limitava sua aplicação adequada. Este conceito aprofundou uma visão dicotômica, 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 e aumentam a sensação de abandono entre outros muitos problemas.

E por isto tudo, em 2002, a OMS redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos. A questão de ser ou não curável tornou-se irrelevante. A definição atual coloca que Cuidados Paliativos está indicado para pessoas, sejam adultas ou crianças, que têm uma doença que ameace a vida. A abordagem de Cuidados Paliativos foca no sofrimento relacionado a uma doença grave e independe da questão de a doença ser ou não curável

Podemos resumir Cuidados Paliativos 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. Cuidados Paliativos de qualidade envolve competências para cuidar da dor, da falta de ar, das náuseas, da fadiga ou de quaisquer outros sintomas. Alguns estudos randomizados mostram inclusive que pacientes que recebem este cuidado específico vivem mais tempo. Além de cuidar de sintomas físicos, Cuidado Paliativo 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, tem alto impacto nestes sintomas, conforme mostram diversos estudos randomizados e controlados. Cuidado Paliativo 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 quê é sagrado para cada um.

Cuidado Paliativo é uma técnica específica com resultados fortemente baseados em evidência. Uma meta-análise publicada em 2017 no JAMA, uma das melhores revistas de medicina do mundo, analisou de forma conjunta o resultado de 43 estudos randomizados e controlados. Este estudo mostrou que o Cuidado Paliativo 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 adequadas de Cuidado Paliativo agregam valor ao sistema de saúde, pois aumentam a qualidade da assistência com redução de custos. Cuidado Paliativo 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, 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.

# O DESENVOLVIMENTO DE CUIDADO PALIATIVO 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 3A, classificação que caracteriza países onde a provisão de cuidados paliativos é oferecida de maneira isolada. No grupo 3A o desenvolvimento do cuidado paliativo 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 cuidado paliativo comparado ao tamanho da população. As equipes de Cuidado Paliativo no Brasil podem ter excelência, porém o sistema de saúde brasileiro ainda está muito atrasado na integração e apoio a estas equipes. Segundo a OMS, até 2014 o Sistema de Saúde do Brasil apresentava o mesmo nível de desenvolvimento de Cuidado Paliativo que Angola, Bangladesh, Congo, Moçambique e Irã.

Um nível acima estão os países do grupo 3B, onde a prestação de cuidado paliativo 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 4A 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: 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 analgésicos potentes 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 engajadas; disponibilidade irrestrita de morfina e todos os outros analgésicos potentes 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, em 2015 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 cuidado paliativo 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.



# A ANÁLISE DO CENÁRIO DO CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL



**ANCP**  
ACADEMIA NACIONAL DE  
CUIDADOS PALIATIVOS

A Academia Nacional de Cuidado Paliativo é uma sociedade multiprofissional criada em 2005 com o objetivo de promover o desenvolvimento de Cuidado Paliativo no país. Conta hoje com mais de 3.500 associados, diretoria nacional e regionais eleitas, um site ativo ([www.paliativo.org.br](http://www.paliativo.org.br)) que promove articulação entre as pessoas interessadas em Cuidado Paliativo, produz vídeos educativos sobre Cuidado Paliativo disponibilizados de forma gratuita, além de ajudar a divulgar eventos que acontecem no país e notícias sobre Cuidado Paliativo. A ANCP também promove eventos científicos, como por exemplo o Congresso Internacional de Cuidado Paliativo. Em novembro de 2018 aconteceu em Belo Horizonte a VII versão deste congresso, com participação de mais de 79 palestrantes de todas as regiões do país e nove palestrantes internacionais, vindos do Reino Unido, EUA, Espanha, Portugal, Colômbia e Argentina. No congresso, palestraram as principais lideranças do Cuidado Paliativo brasileiro, além do diretor do St. Christopher Hospice, a diretora de Cuidado Paliativo da Harvard Medical School, uma das fundadoras da Asociación Pallium Latinoamérica, além de muitas outras participações de peso, como o presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, dr. Leonardo Vilela. O Congresso contou com 2.197 participantes, sendo o maior evento brasileiro de cuidado paliativo já registrado no país (<http://congressoanpc2018.com.br>).

A força que o movimento de Cuidado Paliativo brasileiro está ganhando pode ser mensurada no recente levantamento sobre os serviços de Cuidado Paliativo disponíveis no país realizado pela ANCP. Através deste mapeamento, foram encontrados até agosto/2018, 177 serviços de Cuidado Paliativo 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](http://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 Cuidado Paliativo no Brasil- ANCP 2018

<b>Análise dos serviços cadastrados no mapa da ANCP</b>		
Até dia 16/08/18	N	%
Número total de serviços de Cuidado Paliativo cadastrados	177	100%
Centro-Oeste	8	5%
Norte	5	3%
Nordeste	36	20%
Sudeste	103	58%
Sul	25	14%
<b>Inícios das atividades dos serviços</b>		
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%
<b>Funcionam em Hospital</b>		
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 Cuidado Paliativo do país iniciaram suas atividades na década de 2010, mostrando que grande parte da força de trabalho de Cuidado Paliativo 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 pelo menos 2.500 hospitais com mais de 50 leitos, menos de 10% dos hospitais brasileiros disponibilizam uma equipe de Cuidado Paliativo. Para efeito de comparação, em um levantamento de 2016 do sobre o número de equipes nos EUA, o Center for Advanced Palliative Care encontrou 1831 equipes atuando em hospitais, cobrindo mais de 90% 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 Cuidado Paliativo no país.

Diferentemente dos países onde o Cuidado Paliativo está mais desenvolvido, o Brasil não dispunha até novembro de 2018 de nenhuma política de saúde pública que estruture ou oriente especificamente o desenvolvimento do Cuidado Paliativo. Entre as poucas políticas públicas que mencionavam Cuidado Paliativo no país estão as Portaria Nº 741, 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 “o Cuidado Paliativo deverão obedecer às regulamentações específicas do Ministério da Saúde para a área”. Espera-se que a atualização das portarias sobre CACONs e UNACONs, com a especificação sobre o que seriam serviços essenciais de Cuidado Paliativo nos centros de oncologia, seja ainda publicada em 2018.

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 ao Cuidado Paliativo: 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 Cuidado Paliativo é realizar buscas a partir do CID Z51.5 que corresponde a Cuidado Paliativo, 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. E reforçamos que Cuidado Paliativo é uma abordagem de cuidado, e não um diagnóstico de uma doença para ser reportado no CID.

Depois de uma longa caminhada, fruto do trabalho conjunto entre a ANCP, o Ministério da Saúde (entidade que representa a Federação), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, entidade que representa os Estados), o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS, que representa os Municípios), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e dezenas de profissionais e instituições que são lideranças nacionais e internacionais em Cuidado Paliativo, foi publicado no Diário Oficial da União do dia 23 de novembro de 2018 a Resolução nº 41 da COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT), que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

A Resolução nº 41 d CIT estabelece em parágrafo único que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da RAS. Mais ainda, em consonância com as melhores recomendações mundiais, define em seu Art. 2º que “Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a 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”. Estabelece que será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameaça a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição. A resolução aborda ainda que a organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos a integração dos cuidados paliativos na rede de atenção à saúde, a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, o incentivo ao trabalho em equipe multidisciplinar, o fomento a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde, a oferta de educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS, a promoção da disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade, a oferta de medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e o desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializada. A Resolução estabelece também que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente, Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Ambulatorial, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar. E que os especialistas em cuidados paliativos atuantes na RAS poderão ser referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da rede, podendo isso ser feito in loco ou por tecnologias de comunicação à distância. Este Resolução, caracterizada por ser um documento de Estado por ser pactuada pelas três esferas que constituem o SUS, já está em vigor desde a data de sua publicação.

Os códigos de ética profissional do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em suas últimas versões, respectivamente 2018-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 a 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), dispõe 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 Cuidados Paliativos 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 Cuidados Paliativos. Destas, somente 18 cursos (6%) são disciplinas obrigatórias. Foram levantadas também 13 Ligas acadêmicas de Cuidado Paliativo no país. Cuidados Paliativos não está contemplado na grade do MEC. A análise da disponibilidade de cursos de Cuidado Paliativo nas graduações de enfermagem, psicologia e fisioterapia estão em andamento. Existem também no país 12 residências de medicina paliativa e um número crescente de cursos de pós-graduação e especialização em Cuidado Paliativo. 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, mais de 150 médicos já foram titulados (mais informações no site: [www.paliativo.org.br](http://www.paliativo.org.br) ou [www.amb.org.br](http://www.amb.org.br)).

# RECOMENDAÇÕES DA ANCP PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Entendemos que a Resolução nº 41 da CIT dá um norte, especifica uma meta e estabelece um objetivo comum, agora pactuado oficialmente por todas as instâncias constituintes do SUS. O próximo passo agora torna-se uma necessidade de governo, e não só um desejo da sociedade. Para este próximo passo será necessário a criação de Portarias, estabelecendo estratégias de gestão para atender o objetivo pactuado na Resolução. Uma Portaria pode dispor por exemplo sobre estruturação de serviços, especificações sobre quais dados devem ser monitorados e como se dá o financiamento do programa. Entendemos estas portarias mais específicas como os próximos passos necessários para o desenvolvimento do Cuidado Paliativo em nosso país.

Neste meio tempo, enquanto ainda não temos as Portarias específicas de Cuidados Paliativos., a ANCP cumpre seu papel de Sociedade profissional promotora do desenvolvimento do Cuidados Paliativos. e publica este atual documento, compilando as principais recomendações mundiais e consensos de lideranças nacionais para estruturar programas de Cuidados Paliativos. no país. Esta recomendação foi construída com a participação de dezenas de profissionais paliativistas e entendemos que orientará os próximos passos necessários para o desenvolvimento de Cuidado Paliativo com qualidade e efetividade no Brasil.

### **Recomendações da ANCP para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil**

Também seguindo recomendações da Organização Mundial de Saúde, da Associação Mundial de Cuidados Paliativos (WHPCA) e da Associação Internacional de Hospícios e Cuidados Paliativos (IHPCA), com o objetivo de nortear o crescimento e desenvolvimento do Cuidado Paliativo de qualidade, a ANCP propõe que cada gestor na sua esfera de responsabilidade estruture o Cuidado Paliativo em níveis crescentes de complexidade, a saber:

#### **■ 1º nível: Abordagem 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 técnicas de Cuidados Paliativos à rotina do cuidado em todos os níveis de atenção. Compreendem protocolos de boas práticas para avaliação e manejo de sintomas físicos como dor, náuseas, delirium ou dispneia, diretrizes e documentos de boas práticas para o uso da sedação paliativa e o manejo de cuidados durante o processo ativo de morte, estabelecimento de fluxos e treinamento de profissionais para realização de Diretivas Antecipadas de Vontade e estabelecimento de fluxos para o fornecimento de Declaração de Óbito para pacientes que falecerem sob cuidados de fim de vida em domicílio. A disponibilidade de morfina e de outros medicamentos essenciais para cuidados paliativos também é um requisito.

Não é necessária uma Equipe de Cuidados Paliativos para prestar assistência de Cuidado Paliativo neste nível. Casos mais complexos podem ter orientação ou assistência de um profissional do nível 2 ou 3. A abordagem de Cuidados Paliativos. pode ser ensinada através da aprendizagem de graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo. A inserção dos Cuidados Paliativos. 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 módulo curriculares é de relevância, dentro do contexto da transição demográfica e mudanças epidemiológicas da

população brasileira. Para a abordagem de Cuidados Paliativos, um treinamento básico, de 20 a 40 horas conforme a recomendação da OMS, é suficiente. Não é necessária uma Equipe de Cuidados Paliativos para realizar a abordagem de Cuidados Paliativos: qualquer profissional, equipe ou instituição pode oferecer esta assistência básica de Cuidado Paliativo de forma integrada à sua prática assistencial. Entende-se que grande parte das necessidades de Cuidado Paliativo de uma população pode ser atendida com uma abordagem de Cuidados Paliativos.

### ■ 2º nível: Cuidado Paliativo Geral

Além das questões abordadas no 1º nível, o 2º nível compreende os conhecimentos, habilidades e competências de nível intermediário em cuidados paliativos realizados por profissionais de saúde que tratam de pacientes com doenças que ameaçam a vida. Pode ser realizado por profissionais da atenção básica, por 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 Cuidados Paliativos, integrada à sua prática profissional. São competências mais complexas que o básico, mas não tão complexas quanto o especializado. Conforme recomendação da OMS, requerem treinamento de 60 a 80 horas. 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 Cuidado Paliativo 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 realização de Diretivas Antecipadas de Vontade) e para os cuidados durante o processo ativo de morte.

Não são necessárias equipes especializadas de Cuidados Paliativos para a realização de Cuidado Paliativo Geral. Qualquer equipe ou instituição de saúde pode contemplar um profissional de referência em Cuidado Paliativo Geral, o qual pode auxiliar a assistência a casos com necessidades mais complexas do que as atendidas pela abordagem de Cuidado Paliativo. Juntamente com a Abordagem de Cuidado Paliativo, o Cuidado Paliativo Geral é capaz de atender a maior parte das necessidades de Cuidado Paliativo da rede de atenção à saúde. E também conforme recomendação da OMS, é necessário que o profissional de Cuidado Paliativo Geral tenha uma referência de Cuidado Paliativo Especializado para ajudar ou encaminhar demandas de maior complexidade quando necessário. Treinamentos e capacitações em abordagem de Cuidado Paliativo são oferecidos a profissionais da própria instituição

### ■ 3º nível: Equipes de Cuidado Paliativo Especializado

São Equipes cuja principal atividade é a prestação, educação e desenvolvimento de Cuidados Paliativos. Estas Equipes em geral cuidam de doentes com necessidades complexas e difíceis e, portanto, exigem um maior nível educacional, staff e outros recursos. Tem um papel não só assistencial, mas também de apoiar e



capacitar outros profissionais, de desenvolvimento e implantação de projetos, de desenvolvimento de novos conhecimentos e, acima de tudo, de mudança da cultura de Cuidado Paliativo no Sistema de Saúde.

Conhecimentos, habilidades e competências em Cuidado Paliativo Especializado são adquiridos através de cursos de pós-graduação *latu sensu* ou em aprendizado em regime de residência de Cuidado Paliativo.

Cuidado Paliativo 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 Cuidado Paliativo 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 Cuidado Paliativo integrada as demais equipes, equipes para encaminhamento sem unidade própria e/ou equipes para encaminhamento com unidades e leitos próprios) e estabeleça a estratégia mais adequada localmente. Além da importância assistencial, uma Equipe de Cuidado Paliativo Especializado tem papel importante na mudança de cultura local, promovendo educação formal e informal sobre Cuidado Paliativo no meio onde está inserida.

Além dos conhecimentos, habilidades e competências listados como necessários para o Cuidados Paliativos Gerais, são ainda necessários para o Cuidado Paliativo 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. Também segundo a OMS, Cuidado Paliativo Especializado requer o mínimo de 3 a 6 meses de treinamento, podendo em alguns casos, ser necessário ainda mais tempo.

A Equipe de Cuidado Paliativo Especializado são subdivididos em 3 subcategorias, a saber:

#### **Equipe de Cuidados Paliativos Especializados de Grau I:**

- Estruturam-se através de equipes assistenciais de Cuidado Paliativo com jornada de trabalho especificamente dedicadas para este fim. Os coordenadores têm formação ao menos de um treinamento especializado mínimo de 3 meses, 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 dispõe de espaço físico para sediar suas atividades.

A Equipe Pode orientar profissionais ou receber pacientes do nível 1 ou 2, e pode também encaminhar de volta para o nível 1 ou 2. Além disso está permanentemente em processo de educação nessa área, além de monitorizar indicadores gerenciais de qualidade e segurança. Para ser caracterizada como Serviço de Cuidado Paliativo especializado de Grau I, a ECP deve promover treinamento para abordagem e Cuidado Paliativo intermediário, oferecidos a profissionais da própria instituição. Equipe mínima: médico e enfermeiro. 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.

## ■ **Equipe 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 Cuidado Paliativo com jornada de trabalho especificamente dedicadas para este fim. O(a) coordenador(a) médico tem formação ao menos de especialização em Cuidados Paliativos (360h), 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 especializado de Grau II pode receber assistência de Cuidado Paliativo especializado nos quatro regimes de atendimento (ambulatório, 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 Cuidado Paliativo 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.

## ■ **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. Estas Equipes estão integradas a toda Rede de Assistência a Saúde, com integração necessária a atenção primária e domiciliar.

Além das características de Serviços Cuidado Paliativo 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
- Programas regulares de pesquisa em Cuidados Paliativos

Um resumo do acima exposto encontra-se na Tabela 2.

Níveis de atenção em Cuidado Paliativo (CP)	Abordagem de Cuidados Paliativos	Cuidado Paliativo Geral	Cuidado Paliativo Especializado de grau I	Cuidado Paliativo Especializado de grau II	Cuidado Paliativo Especializado de grau III
Protocolos e diretrizes de boas práticas em CP	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Disponibilidade de morfina e medicamentos essenciais de CP	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Equipe de Cuidado Paliativo	Não há	Não há – existem profissionais de referência em CP	Equipe mínima (médico + enfermeiro), que atua em pelo menos 1 dos regimes de atendimento (hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou hospice)	Equipe completa: médico, enfermeiro e psicólogo ou assistente social. Presta assistência nos 4 dos regimes de atendimento seja com uma mesma equipe ou seja entre equipes integradas de Cuidado Paliativo.	Equipe completa: médico, enfermeiro e psicólogo ou assistente social. Presta assistência nos 4 dos regimes de atendimento seja em uma mesma equipe ou seja entre equipes integradas.
Treinamento dos profissionais	Profissionais da instituição de saúde com treinamento básico (20-40 horas)	Profissional referência em CP com treinamento intermediário (60-80 horas)	Ao menos o coordenador da Equipe possui treinamento especializado mínimo de 3 meses, demais membros da equipe com treinamento ao menos básico	Ao menos um médico da Equipe com curso de Especialização em CP (360h) e um não médico com curso de perfeição. demais membros da equipe com treinamento ao menos básico	Ao menos um médico da Equipe com título de Área de Atuação em CP e um não médico com curso de perfeição. Demais membros da equipe com treinamento ao menos intermediário.
Integração na Rede de Assistência a Saúde (RAS)	Casos mais complexos podem ter orientação ou assistência de um profissional do nível 2 ou 3.	Profissional de referência pode orientar profissionais do nível 1 ou encaminhar/solicitar apoio para o nível 3.	Pode orientar profissionais ou receber pacientes do nível 1 ou 2, e pode também encaminhar de volta para o nível 1 ou 2.	Integrada a toda Rede de Assistência a Saúde, com integração necessária a atenção primária e domiciliar.	Integrada a toda Rede de Assistência a Saúde, com integração necessária a atenção primária e domiciliar.

<b>Oferece atividades de capacitação em CP</b>	Não	Sim, treinamentos e capacitações em abordagem de CP oferecidos a profissionais da própria instituição.	Sim, treinamento para abordagem e CP intermediário, oferecidos a profissionais da própria instituição.	Sim, treinamento para abordagem e CP intermediário, realizados com a própria equipe ou instituição.	Sim, programas estruturados e regulares de educação especializada e capacitação em Cuidados Paliativos com abrangência regional ou nacional e/ou programas regulares de pesquisa em CP
<b>Cadastradas no Mapa Brasileiro de CP</b>	Não	Não	Sim	Sim	Sim

\*Exemplos de protocolos e diretrizes de boas práticas na abordagem de Cuidados Paliativos: protocolos e diretrizes para controle dos sintomas mais frequentes (dor, dispneia, náuseas, etc.), para indicação e uso de sedação paliativa, para cuidados de conforto em pacientes em durante o processo de morte, fluxos para oferecimento de atestado de óbito em domicílio, para realização de diretivas antecipadas de vontade, entre outros.

### **Política de disponibilidade e acesso à medicamentos essenciais de Cuidado Paliativo**

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 04: 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, dispneia, anti-emético em obstrução intestinal maligna, e, em quimioterapia, ação anti-inflamatória em edema peri-tumoral podendo ser útil no alívio de dispneia 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
Dimenidrato	Anti-histamínico com efeito antiemético	Farmácia Básica
Escopolamina	Anticolinérgico e antiespasmódico para cólicas abdominais e/ou para sialorréia e/ou respiração ruidosa em fase final de vida.	Farmácia Básica
Fluoxetina	Estados depressivos e ansiosos resistentes à abordagem psicoterápica.	Farmácia Básica

<b>Fluconazol</b>	Infecções por fungos, resistentes a tratamento tópico.	Farmácia Básica
<b>Glicerol (enema)</b>	Obstipação Intestinal.	Farmácia Básica
<b>Gabapentina</b>	Adjuvante analgésico em dor neuropática. Anticonvulsivante.	Componente especializado
<b>Haloperidol</b>	Antiemético, antipsicótico de uso frequente em delirium. Manejo de soluços persistentes. Sedação paliativa.	Farmácia Básica
<b>Ibuprofeno</b>	Dor leve a moderada. Antipirético.	Farmácia Básica
<b>Metoclopramida</b>	Antiemético com ação gastrocinética e antidopaminérgica. Manejo de soluço persistente	Farmácia Básica
<b>Metronidazol</b>	Uso tópico em feridas neoplásicas mal odorosas.	Farmácia Básica
<b>Midazolan</b>	Sedativo e hipnótico para sedação paliativa para sintomas refratários em pacientes em fim de vida	Componente especializado
<b>Nistatina</b>	Monilíase oral.	Farmácia Básica
<b>Óleo Mineral Puro</b>	Obstipação intestinal induzida por opioides.	Farmácia Básica
<b>Paracetamol</b>	Dor leve e adjuvante em dor moderada a severa. Antipirético.	Farmácia Básica
<b>Prednisona</b>	Dispneia associada a espasmo brônquico e outras indicações	Farmácia Básica
<b>Ranitidina</b>	Protetor gástrico. Indicado também para vômitos relacionados a estase gástrica	Farmácia Básica
<b>Risperidona</b>	Neuroléptico particularmente indicado para pacientes idosos e intolerantes ao haloperidol.	Componente especializado

Fonte: RENAME, 2013

### Programas de educação e capacitação de profissionais de saúde

Para que Cuidado Paliativo seja oferecido com qualidade a todos que necessitam, 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 essenciais para serem desenvolvidos para os alunos das respectivas faculdades. Existem ainda Currículos de Competências Essenciais em Cuidados Paliativos sendo desenvolvidos para residentes de Medicina de Família e Comunidade, Medicina Intensiva, Geriatria e Pediatria, e que esperamos em breve poderão ser implantados.

# CONCLUSÃO

Este documento visa prestar informações e esclarecimentos à 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.



# BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. World Health Assembly resolution WHA67.19, 2014 “Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course”

2. World Health Organization 2016. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. ISBN 978 92 4 156541 7

3. World Health Organization 2018. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and Managers. ISBN 978-92-4-151447-7

4. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2016;316(20):2104-14.

5. May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, et al. Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018;178(6):820-9.

6. Resolução nº 41 da Comissão Intergestores Tripartite que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), publicada no Diário Oficial da União nº 225 em 23/11/18, ISSN 1677-7042

# DIRETORIAS DA ANCP

## **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**

### **Diretoria Nacional 2017-2019**

Presidente: Daniel Neves Forte

Vice-presidente: André Filipe Junqueira Santos

Secretário-geral: Douglas Crispim

Tesoureiro: Milena dos Reis Bezerra de Souza

Diretor Científico: Patrícia Lago

Diretor Administrativo: Cristiane Rodrigues

### **Conselheiros 2017-2019**

Toshio Chiba

Ricardo Tavares

Maria Goretti Maciel

Roberto Bettega

### **Diretorias Regionais**

#### **Regional Sudeste**

Presidente: José Ricardo de Oliveira

Vice-Presidente: Luiz Guilherme Loureiro Soares

Tesoureiro: Caroline Tessinari Pupim

Secretário: Tiago Pugliese Branco

Diretor Científico: Carlos Eduardo Paiva

#### **Regional Sul**

Presidente: Gisele dos Santos

Vice-Presidente: Lara Patrícia Kretzer

Tesoureiro: Felipe Domenici Loures Bueno

Secretário: Berenice Maria Werle

Diretor Científico: Neide Hauagge Forte

#### **Regional Norte-Nordeste**

Presidente: Daniele Soler Lopes

Vice-Presidente: Raimundo Felipe F de Aguiar

Tesoureiro: Glenda Maria Santos Moreira

Diretor Científico: Vanise Barros Rodrigues e

Diretor Científico: Laiane Moraes Dias

## **Regional Centro-Oeste**

Presidente: Suelen Medeiros e Silva

Vice-Presidente: Patrick Costa Vieira

Tesoureiro: Alexandra Mendes Barreto Arantes

Secretário: Thais de Deus Vieira Boaventura

Diretor Científico: Ricardo Borges da Silva

**Secretária:** Regina Ramos

**Coordenadora de Comunicação:** Luciana Messa

[www.paliativo.org.br](http://www.paliativo.org.br)

[contato@paliativo.org.br](mailto:contato@paliativo.org.br)

+ 55 11 97504 0908

[R. Artur de Azevedo, 289, Cerqueira César, São Paulo - SP.](#)