



**27° CONGRESSO  
NACIONAL  
DAS APAES**  
Maceió (AL) - 29 de novembro a 1° de dezembro de 2023

# Cuidados Paliativos e sua articulação com o Serviço de Atenção Domiciliar

**Prof. Dr. Ramon Moraes Penha**

Coordenador da Clínica Escola Integrada (CEI)/INISA/UFMS

Lider do Ambulatório de GerontoGeriatría e Cuidados Paliativos (CEI/INISA/UFMS)

Membro do Grupo de Dor e Cuidados Paliativos / EEUSP

**Maceió, 2023**



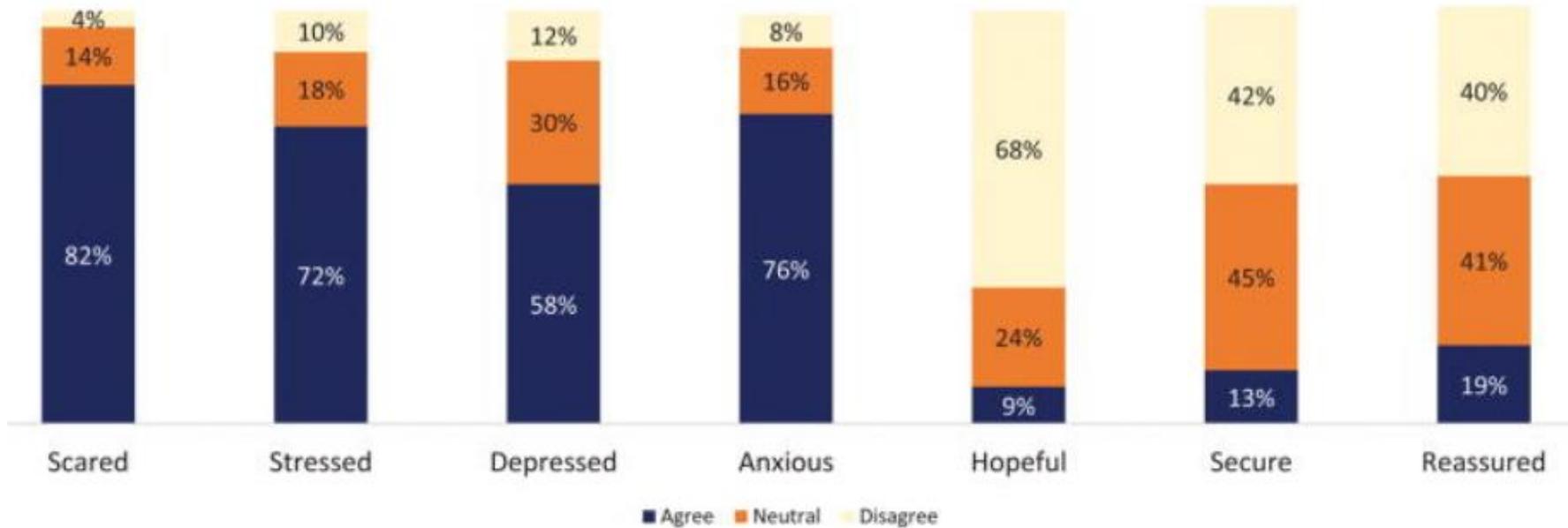
**Você** precisará de

**Cuidados**

**Paliativos**



## When patients hear the term palliative care, they feel:



## What Do Transplant Physicians Think about Palliative Care? A National Survey Study

[Areej El-Jawahri, MD](#),<sup>1,2,\*</sup> [Thomas W. LeBlanc, MD, MA, MHS](#),<sup>3,\*</sup> [Linda J. Burns, MD](#),<sup>4</sup> [Ellen Denzen, MS](#),<sup>4</sup> [Christa Meyer, MS](#),<sup>4</sup> [Lih-wen Mau, PhD, MPH](#),<sup>4</sup> [Eric J. Roeland, MD](#),<sup>5</sup> [William A. Wood, MD, MPH](#),<sup>6</sup> and [Effie Petersdorf, MD](#)<sup>7</sup>

▶ [Author information](#) ▶ [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

Impact factor:6.102

[Cancer. 2018 Dec 1; 124\(23\): 4556–4566.](#)

Published online 2018 Oct 5. doi: [10.1002/cncr.31709](https://doi.org/10.1002/cncr.31709)



Imagine

Que você recebeu  
o diagnóstico



**De uma doença grave, com potencial  
de encurtar a sua vida.**

# Você gostaria de receber...

Alívio da dor e de outros sintomas desconfortáveis, seja da doença ou do tratamento oferecido?

Orientações para melhorar sua qualidade de vida, mesmo convivendo com a doença?

Suporte para compreender a morte como processo natural e receber ajuda para viver o tempo que você tiver da melhor forma possível?

# Você gostaria de receber...

Apoio para manter a vida tão ativa quanto possível?

Recursos para lidar com a ansiedade, a tristeza e organizar suas relações pessoais, familiares e sociais?

Ajuda para a família atravessar o sofrimento iniciado pelo diagnóstico e no processo de luto?

Você gostaria de

receber tudo isso logo após o diagnóstico

e

em conjunto com os tratamentos  
que ajudarão a cuidar da sua  
doença?

Se você respondeu **SIM** para ao menos **UMA** das perguntas, então você gostaria de ser assistido pelos **CUIDADOS PALIATIVOS!**

Especialmente se você tiver  
algumas dessas condições de  
doença:



INSUFICIÊNCIA  
CARDÍACA  
CRÔNICA

DEMÊNCIA

INSUFICIÊNCIA  
RENAL  
CRÔNICA

NEOPLASIAS

DOENÇA  
PULMONAR  
OBSTRUTIVA  
CRÔNICA

INSUFICIÊNCIA  
HEPÁTICA

ESCLEROSE  
LATERAL  
AMIOTRÓFICA

SÍNDROME DA  
IMUNODEFICIÊNCIA  
ADQUIRIDA  
SIDA

E demais doenças que não respondem ao tratamento modificador (Cura), com potencial e abreviar a vida humana

Hipertensão Arterial

Diabetes

Doença Autoimune

Entre outras



A qualidade com que **MORREMOS**, sugere fortemente a qualidade como **VIVEMOS** e, sobretudo, o **SUPORTE ASSISTENCIAL** que temos.

[https://www.tiktok.com/@dinsonso\\_ofc/video/7235411390234643717?is\\_from\\_webapp=1&sender\\_device=pc&web\\_id=7273240112712369669](https://www.tiktok.com/@dinsonso_ofc/video/7235411390234643717?is_from_webapp=1&sender_device=pc&web_id=7273240112712369669)

# Qual a qualidade com que morrei hoje?



The Economist Intelligence Unit

## The 2015 Quality of Death Index Country profiles



### Special Article

## Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021

 Check for updates

Eric A. Finkelstein, PhD, Afsan Bhadelia, PhD, Cynthia Goh, MBBS, Drishti Baid, BA, Ratna Singh, MA, Sushma Bhatnagar, MD, and Stephen R. Connor, PhD

*Lien Centre for Palliative Care, Duke-NUS Medical School, Singapore and Duke University Global Health Institute (E.A.F.), Durham, North Carolina, USA; Department of Global Health and Population, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston (A.B.), Massachusetts, USA; Department of Palliative Medicine, National Cancer Centre Singapore (C.G.), Singapore; Sol Price School of Public Policy, University of Southern California (D.B.), Los Angeles, California, USA; Lien Centre for Palliative Care, Duke-NUS Medical School (R.S.), Singapore; Institute Rotary Cancer Hospital, All India Institute of Medical Sciences (S.B.), New Delhi, India; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (S.R.C.), London, UK.*

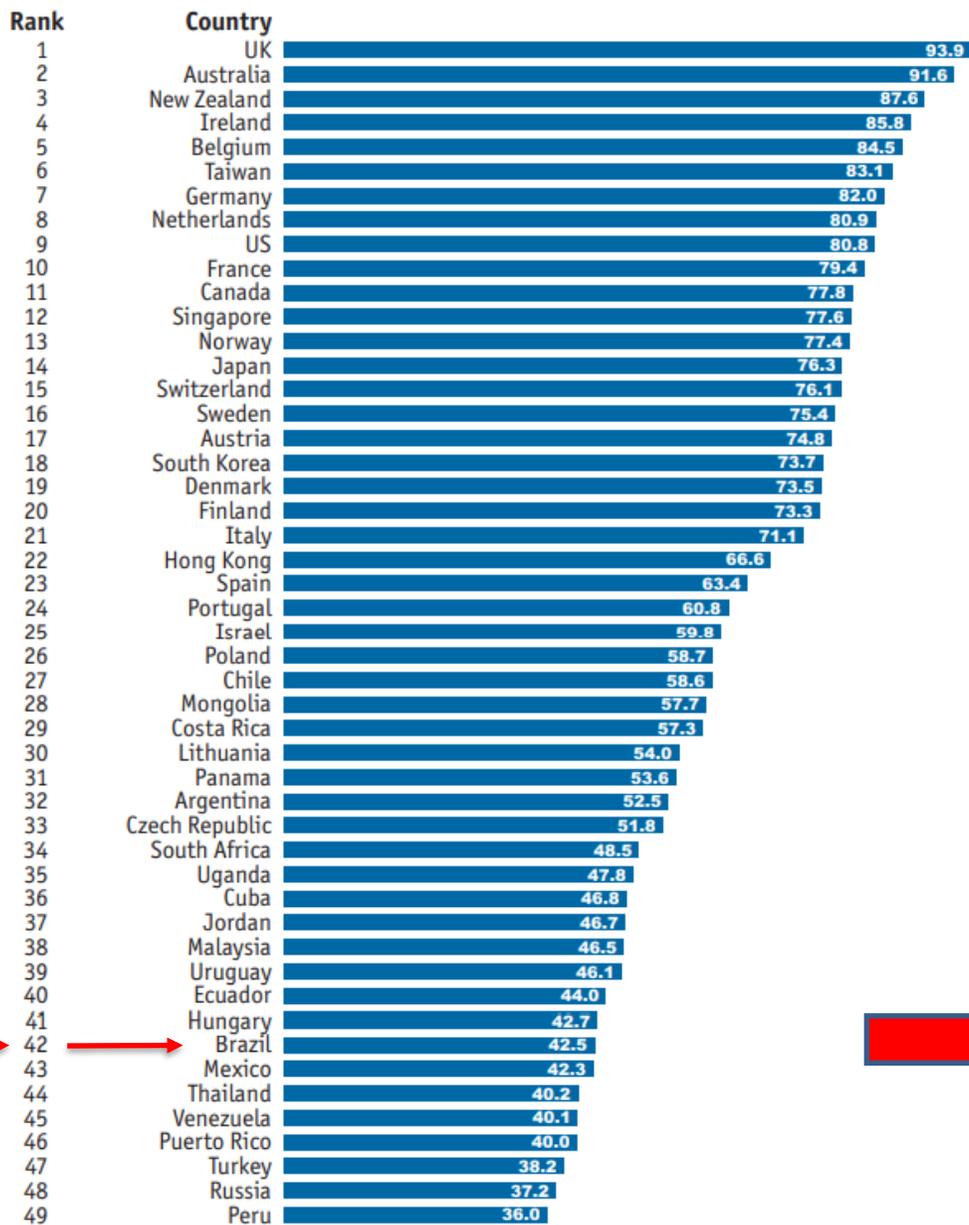
*Vol. 63 No. 4 April 2022*

*Journal of Pain and Symptom Management e419*

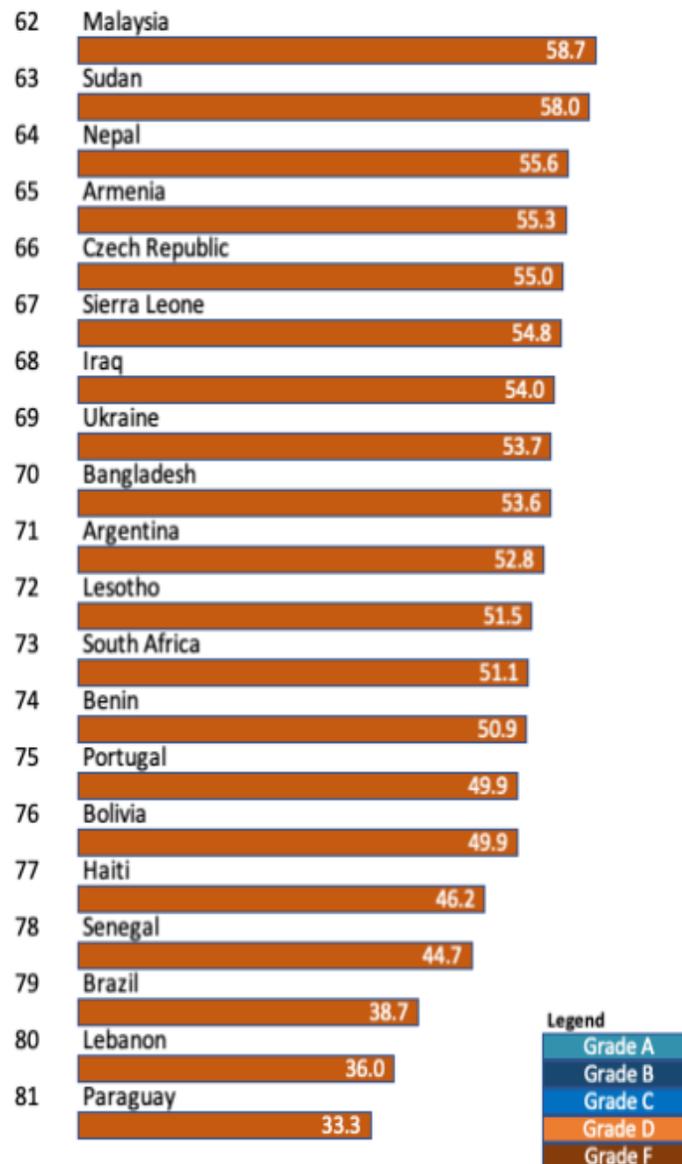
Commissioned by



### 2015 Quality of Death Index—Overall scores



### A Cross Country Comparison of the Quality of Death and Dying, 2021





# BRAZIL



**DukeNUS**  
Medical School



Lien Centre for  
Palliative Care

## A Cross Country Comparison of the Quality of Death and Dying, 2021

### Global Ranking

**79 out of 81**



### Population

2019

Source: The World Bank

**211,049,527**

### Regional Ranking

**15 out of 16**



### Income Group

Source: The World Bank

Upper middle income



### Region

Source: The World Bank

Latin America & Caribbean



### Human Development Index

2017

Source: The Human Development Report,  
2019

0.761

### Grade

**F**



### Life Expectancy at Birth

2020

Source: World Population Review

79.6  
Years

72.3  
Years



### No. of Deaths

2018

Source: IHME

1,411,015



### Health Expenditure (%GDP)

2017

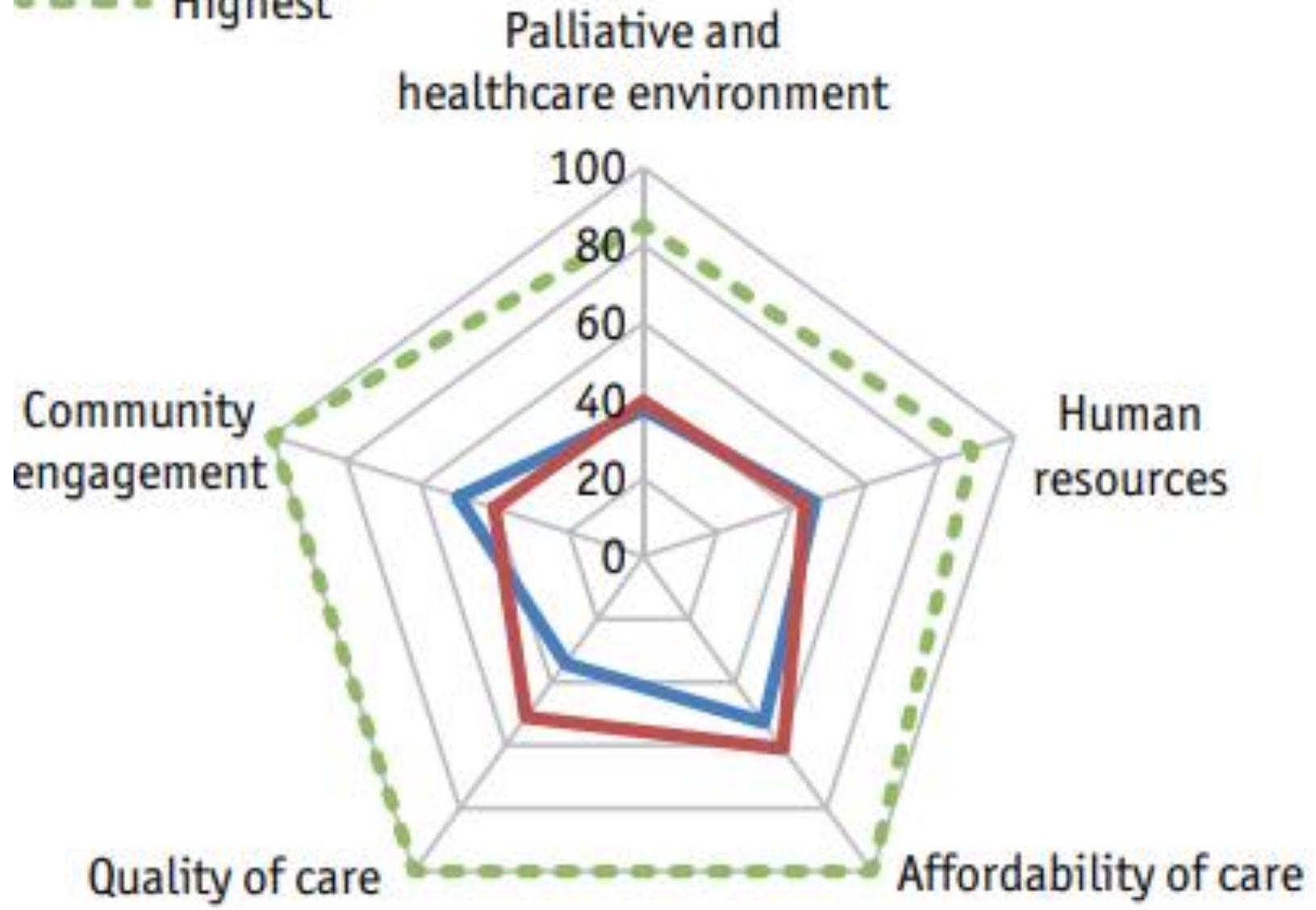
Source: The World Bank

9.5%

7. Brazil



- Brazil
- Average
- - - Highest





**Santa Fabiola.** Pintura de Jean-Jaques Henner, 1885.



Jeanne GARNIER-CHABOT



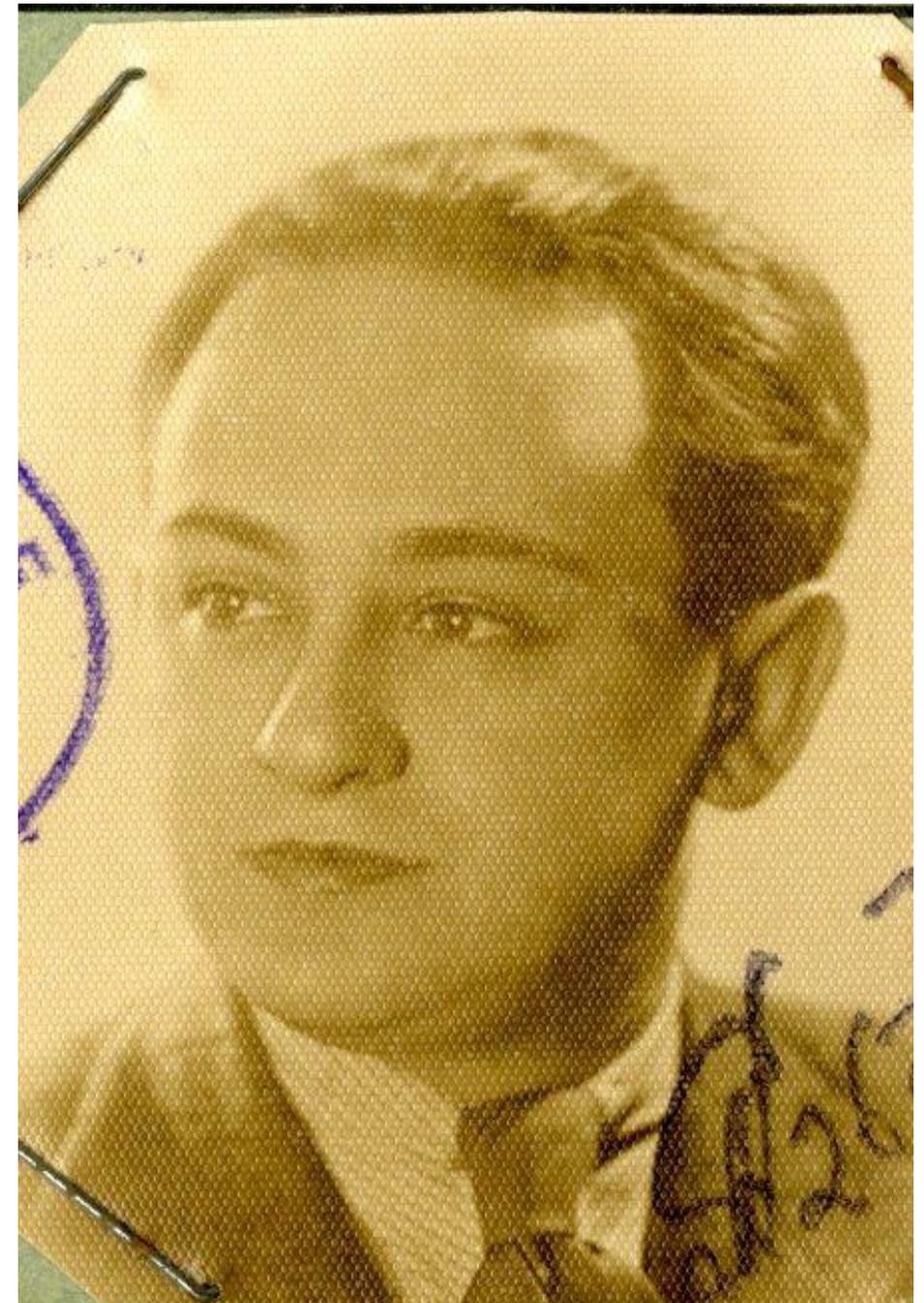
**Cicely Mary Strode Saunders**

# Cicely Saunders

- Nascida em 22 de Junho de 1918;
- 1944 – Graduação em Enfermagem – St. Thomas Hospital;
- 1947 – St. Anne's College Oxford – Diploma em Administração Pública e Social.



- 1948 – David Tasma
- Judeu refugiado Polonês;
- Diagnosticado com Câncer Incurável;
- Ficou sob Cuidados de Saunders;
- Discutiram como deveria ser um serviço de Hospice para moribundos.
- Ao morrer, doou 500 libras esterlinas para Saunders.



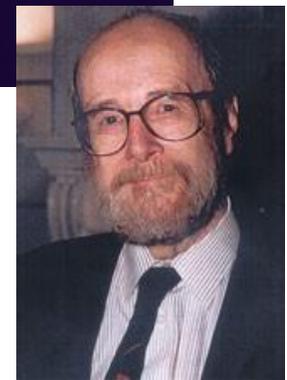
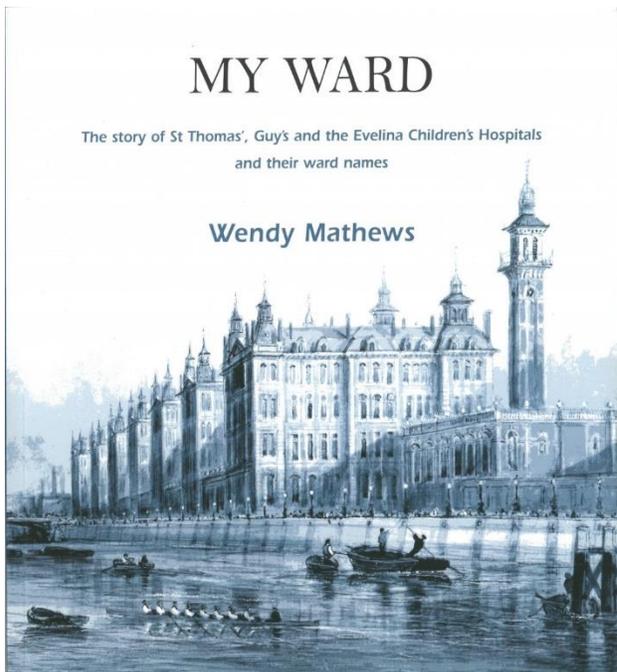
Trabalho Voluntário (Enfermeira) St. Luke Hospice  
Uso de Opióides e Controle da Dor



# 1957 – St. Thomas Medical School;



**THE OLD METHODS OF CARE AND CARING  
HAD TO BE REDISCOVERED AND THE BEST  
OF MODERN MEDICINE HAD TO BE TURNED  
TO THE TASK OF NEW STUDY AND THERAPY  
SPECIFICALLY DIRECTED AT PAIN'**



**Patrick David Wall**  
1925-2001

- 1958 – Bolsista/Doutoranda da Halley Stewart Trust - Pesquisa sobre Controle da Dor em doentes terminais;
- Trabalho Formal no St. Joseph's Hospice / Londres.



# 1964 – Defesa da Tese de Doutorado:

HOSPITAL	WARD	DATE		
NAME	SEX	AGE		
DIAGNOSIS				
TYPE OF PAIN:	Neural Muscle Sore or Joint Visceral	Constant Intermittent	Unbearable Severe Moderate Mild	Duration:
ANALGESIC USED:	A ..... B ..... C ..... D .....	Route: Subcutaneous Intramuscular Oral	Dose:	
TIME OF ONSET OF ANALGESIA AFTER ADMINISTRATION ..... minutes				

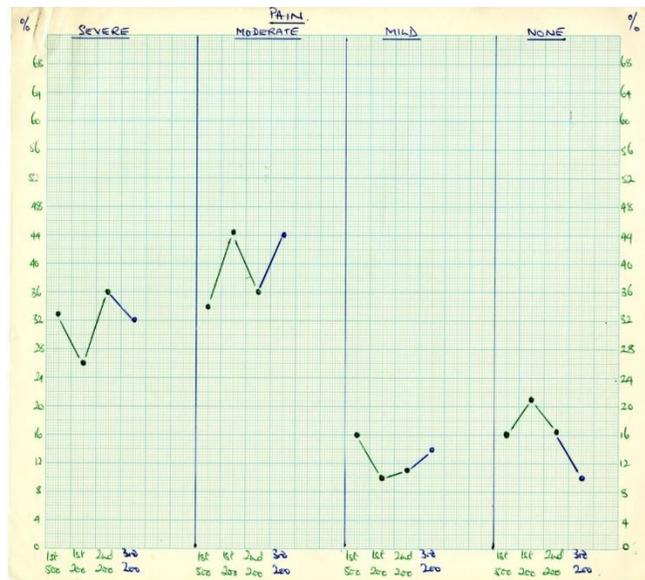
Time After Administration	Up or In Bed	° Degree of Relief	Side Effects	Resp. Rate	Comments
10 minutes					
20 minutes					
30 minutes					
1 hour					
2 hours					
3 hours					
4 hours					
5 hours					
6 hours					
7 hours					
8 hours					

• 0 No relief  
 + Mild relief  
 ++ Good relief  
 +++ Complete relief

Side Effects	House	Visual
Mild	Vomiting	Sedation
Moderate	Sweating	Pruritus
Severe	Diarrhea	Headache
	Dizziness	Flushing
	Dry mouth	Shivering
	Constipation	Pallor
	Euphoria	Inability to concentrate
	Muscle weakness	
	Muscle twitching	

CONCOMITANT: \_\_\_\_\_  
 PREVIOUSLY: \_\_\_\_\_

REPORT QUESTIONS: Which of the drugs you have had gave you  
 a) the best relief?  
 b) the longest period of relief?



## Conclusão:

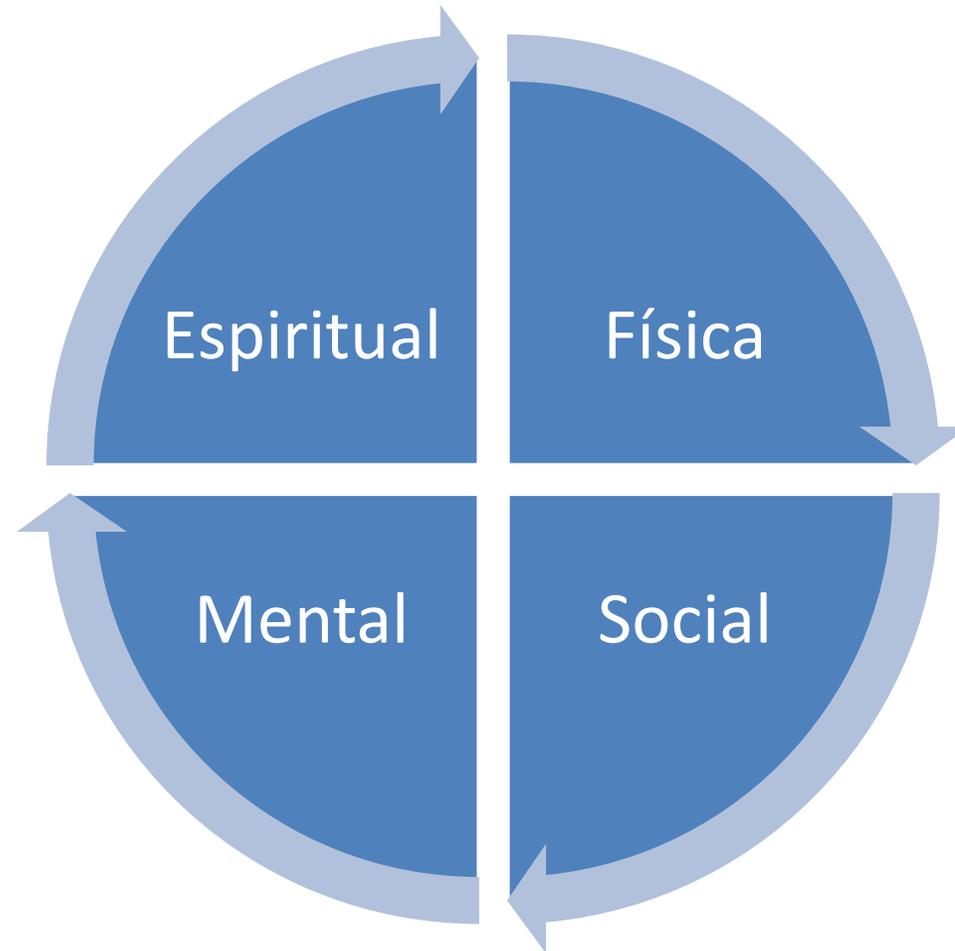
O controle da dor é em geral adequado com o uso de opióides. A dor praticamente deixou de ser um problema intratável a partir da administração regular de medicamentos.

Uma das freiras nos disse:

“Nós costumávamos dizer que **faríamos** o possível para deixá-los livres da dor. Agora nós dizemos – que **FAREMOS** isso.”

Estudo conduzido em quase 6 anos com 1100 pacientes com doença não curável

1964 – “Dor Total” e “Cuidado Total”



**1986** – “Dying Well” – Cambridge Review

1. Alívio do Sofrimento Físico através do Controle de Sintomas: A prática dos Cuidados Paliativos;
2. Atendimento ao Sofrimento Mental e Espiritual dos Pacientes – “Dor Total”;
3. Promoção de Relações Seguras.



PERGAMON

Social Science & Medicine 49 (1999) 727–736

SOCIAL  
SCIENCE  
&  
MEDICINE

www.elsevier.com/locate/socscimed

# ‘Total pain’, disciplinary power of Cicely Saunder

David Cla

*Department of Palliative Medicine, University of Sheffield, Ro  
Sheffield S10 2J.*

<sup>1</sup>School of Interdisciplinary  
Studies, University of Glasgow,  
Dumfries, UK

<sup>2</sup>School of Critical Studies,  
College of Arts, University of  
Glasgow, Glasgow, UK

**Correspondence to**  
Joe Wood, School of  
Interdisciplinary Studies,  
University of Glasgow, Dumfries  
DG1 4UQ, UK;  
j.wood.2@research.gla.ac.uk

Accepted 15 March 2021

Original research

## Cicely Saunders, ‘Total Pain’ and emotional evidence at the end of life

Joe Wood  <sup>1,2</sup>

### ABSTRACT

In this article I explore how Cicely Saunders championed the hospice movement and initiated what became palliative care by representing her emotional connections with others. She became friends (and, once or twice, fell in love) with dying patients and encouraged others to follow her example in listening to patients’ descriptions of pain. Her approach was radical at a time when she believed doctors routinely ‘deserted’ dying patients because it urged them to understand another’s embodied pain as inextricably bound up with the emotional impact of a terminal diagnosis. Saunders’ attention to how patients expressed their experience is summed up in her term ‘total pain’, which communicates how an individual’s pain is a whole overwhelming experience, not only physical but also emotional, social and spiritual. Previous research frames ‘total pain’ in terms of narrative, emphasising Saunders’ focus on listening to her patients and her use of narratives as evidence in advocating for cultural and institutional change, both

medical social worker, and finally, from the 1950s, as a physician, as well as her devout Christianity following a conversion experience in 1945. Saunders pioneered what we now know as end-of-life care by combining regular pain relief and symptom management with pastoral care and companionship. After years of campaigning and fundraising, in 1967 she founded St Christopher’s Hospice in London as the world’s first research-led teaching hospice. The work of Saunders and her colleagues at St Christopher’s inspired the international modern hospice movement and led to the acknowledgement of palliative care as a medical specialty.

With ‘total pain’, Saunders reframed the relationship between medical professionals and dying patients and she continued to use the term throughout her career to advocate for emotionally engaged end-of-life care. Although not as prominent as her near-contemporary Elizabeth Kübler-Ross, Saunders achieved minor celebrity as an

## Construto Filosófico:

- Afirmação da Morte como Processo Natural;
- Não Apressa nem adia a morte;
- Alívio da Dor e sintomas angustiantes;
- Integração de aspectos Sociais, psicológicos e espirituais;
- Disponibiliza rede de apoio;
- Sistema de apoio ao luto



## Idealização do St. Christopher Hospice

1963 – Arrecadação de fundos ainda no St. Joseph's Hospice / Londres.

1967 – Inauguração



# Cicely Saunders

14 de Junho de 2005 –

Encerra seu ciclo vital serenamente, no St. Christopher Hospice.



**Cuidados Paliativos consistem em abordagens que melhora a qualidade de vida das pessoas (independente da idade) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida.**

Organização Mundial da Saúde, 2020

**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS  
Américas



Década  
do envelhecimento  
saudável  
nas Américas

**Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais.**

Organização Mundial da Saúde, 2020

**OPAS**



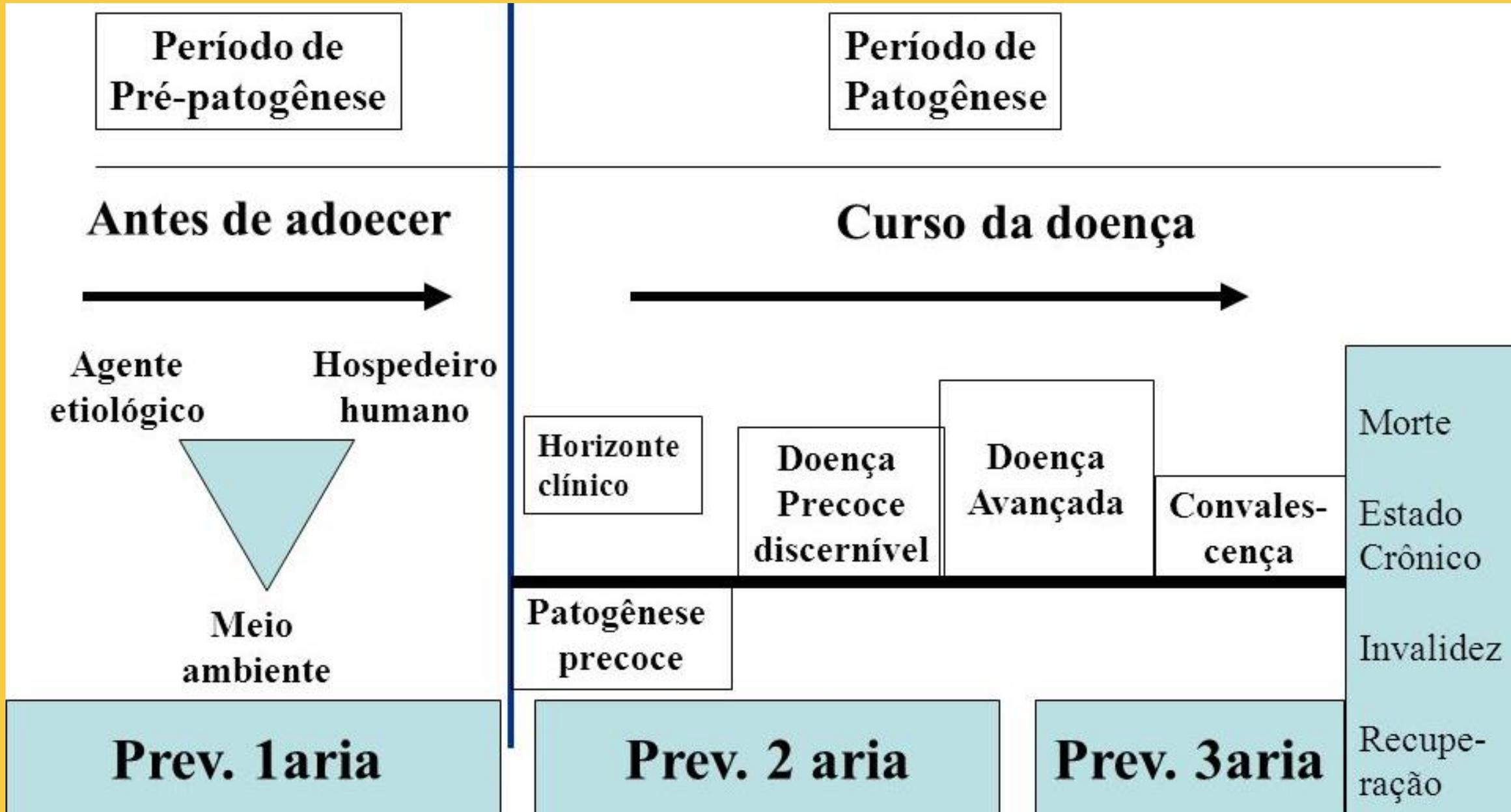
Organização  
Pan-Americana  
da Saúde

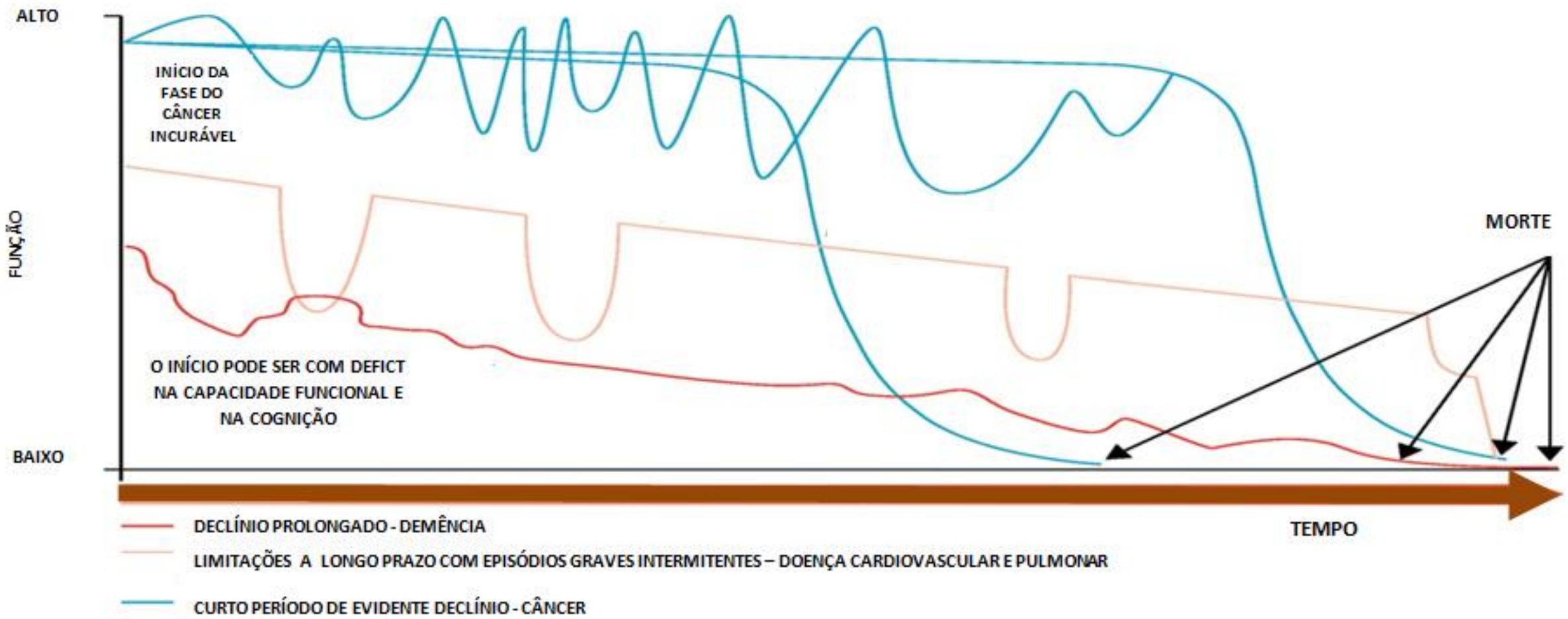


Organização  
Mundial da Saúde  
Américas



Década  
do envelhecimento  
saudável  
nas Américas







Pacientes com doenças crônicas estão sujeitos a **modelos de atenção** à saúde fortemente **orientados para as condições e eventos agudos.**



As organizações de saúde têm buscado o desenvolvimento de políticas de cuidado que funcionem a partir da **estratificação de riscos e necessidades.**



Resultado: acesso universal e direcionamento das equipes de saúde para o **uso apropriado de tecnologias e medicamentos.**

# Global Atlas stats

## ALMOST 57 MILLION PATIENTS AND FAMILIES NEED PALLIATIVE CARE ANNUALLY

7%

of people that needs palliative care annually are children



ONLY 12%

of global palliative care need is being met

ALMOST 25%

of those 57 million suffer from communicable diseases like HIV, TB, and even COVID-19.



87%

The percentage palliative care is expected to increase by 2060

ALMOST 45%

of those 57 million are at the end of life



83%

of countries have low to non-existent access to opioids for pain relief



64%

of countries have no or very limited provision of palliative care

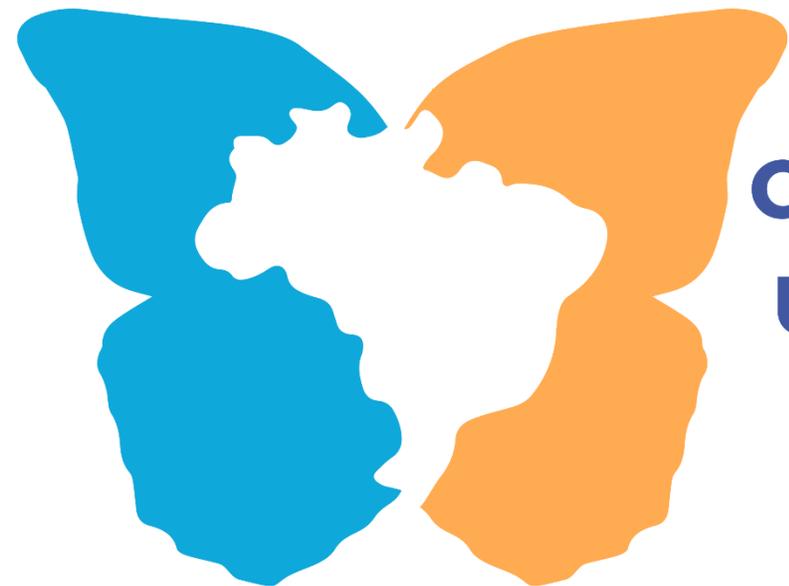
ALMOST 69%

of people needing palliative care suffer from non-communicable diseases like cancer, dementia, stroke, heart-liver-kidney failure, lung diseases, or injuries



76%

of adult palliative care need is in low & middle-income countries



**PALIATIVISTAS**

Frente de Cuidados Paliativos pelo Brasil

**CUIDADOS PALIATIVOS  
UM DIREITO HUMANO:  
POLÍTICAS PÚBLICAS  
JÁ!**





SENADO FEDERAL

# CONSTITUIÇÃO

da República Federativa do Brasil

## Seção II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.



Assuntos > Notícias > 2022 > Fevereiro > Pesquisa do grupo de contas de saúde aponta que gasto corrente com saúde no Brasil aumentou em 25,1% entre 2015 e 2019

SUS

## Pesquisa do grupo de contas de saúde aponta que gasto corrente com saúde no Brasil aumentou em 25,1% entre 2015 e 2019

Valor do gasto passou de R\$ 531,8 bilhões para R\$ 710,4 bilhões, em valores correntes, nos cinco anos

Publicado em 02/02/2022 18h20

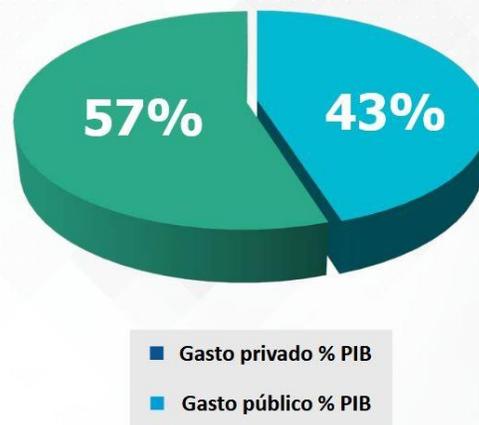
Atualizado em 03/11/2022 13h40

Compartilhe: [f](#) [X](#) [in](#) [📧](#) [🔗](#)

**Setor Saúde  
representa 9,1%  
do PIB Nacional**

Em 2015, os gastos públicos responderam por **43%** do financiamento da saúde.

O setor privado por **57%**



Fonte: 2010 a 2015 – IBGE 2017

# TERCEIRO SETOR e o SUS

No setor saúde, a participação do Terceiro Setor se concentra nas entidades constituídas sob as seguintes conformações:

- Serviços Sociais autônomos (Associação das Pioneiras Sociais)
- Sociedades científicas (Sociedade Brasileira de Cardiologia)
- Sociedades Benéficas (Hospitais filantrópicos)
- Congregações e ordens religiosas (inclusive CNBB e Pastorais)
- Fundações
- Organizações Sociais (OS)
- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE

# Os filantrópicos respondem por **11,5%** dos atendimentos ambulatoriais/SUS

*2,4 BILHÕES DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MAC / SUS –BRASIL/2017*

10 milhões



**17,9%** dos atendimentos ambulatoriais de Média Complexidade/SUS ocorrem nos filantrópicos

**1,9%** dos atendimentos ambulatoriais de Alta Complexidade/SUS ocorrem nos filantrópicos



MINISTÉRIO DA SAÚDE

# LEI Nº 12.101, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2009

Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências.

## **Seção I Da Saúde**

Art. 4º Para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá, nos termos do regulamento:

I - comprovar o cumprimento das metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere celebrado com o gestor local do SUS;

II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);

III - comprovar, anualmente, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base no somatório das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados.

§ 1º O atendimento do percentual mínimo de que trata o *caput* pode ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da pessoa jurídica, desde que não abranja outra entidade com personalidade jurídica própria que seja por ela mantida.

§ 2º Para fins do disposto no § 1º, no conjunto de estabelecimentos de saúde da pessoa jurídica, poderá ser incorporado aquele vinculado por força de contrato de gestão, na forma do regulamento.



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

**PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016**

*Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e as diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Art. 17. A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I - EMAD

Tipo 1:

- a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

II - EMAD

Tipo 2:

- a) profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente de EMAD poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Art. 18. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - odontólogo;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; ou

VIII - terapeuta ocupacional.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

## CAPÍTULO IV

### DO FINANCIAMENTO

Art. 34. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do SAD será distribuído da seguinte forma:

I - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1;

II - R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) por mês para cada EMAD tipo 2; e

III - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês para cada EMAP.

Parágrafo único. O incentivo financeiro será repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado.



**Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro**

**PORTARIA Nº 199, DE 30 DE JANEIRO DE 2014**

*Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio.*

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

Art. 12 A organização do cuidado das pessoas com doenças raras será estruturada nos seguintes eixos:

I - Eixo I: composto pelas doenças raras de origem genética e organizado nos seguintes grupos:

- a) anomalias congênitas ou de manifestação tardia;
- b) deficiência intelectual; e
- c) erros inatos de metabolismo;

II - Eixo II: composto por doenças raras de origem não genética e organizado nos seguintes grupos:

- a) infecciosas;
- b) inflamatórias; e
- c) autoimunes.

## PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

*Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.*

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

**Art. 1º** As políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

### **Seção III**

Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais

**Art. 4º** São políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais:

- I - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), na forma do Anexo X;
- II - Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde;
- III - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo XI;
- IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM);
- V - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na forma do Anexo XII;
- VI - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo XIII;
- VII - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo XIV;
- VIII - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na forma do Anexo XV;
- IX - Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, na forma do Anexo XVI;
- X - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, na forma do Anexo XVII;
- XI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, na forma do Anexo XVIII.

MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

## **RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018**

---

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

DOU de 23/11/2018 (nº 225, Seção 1, pág. 276)

Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).



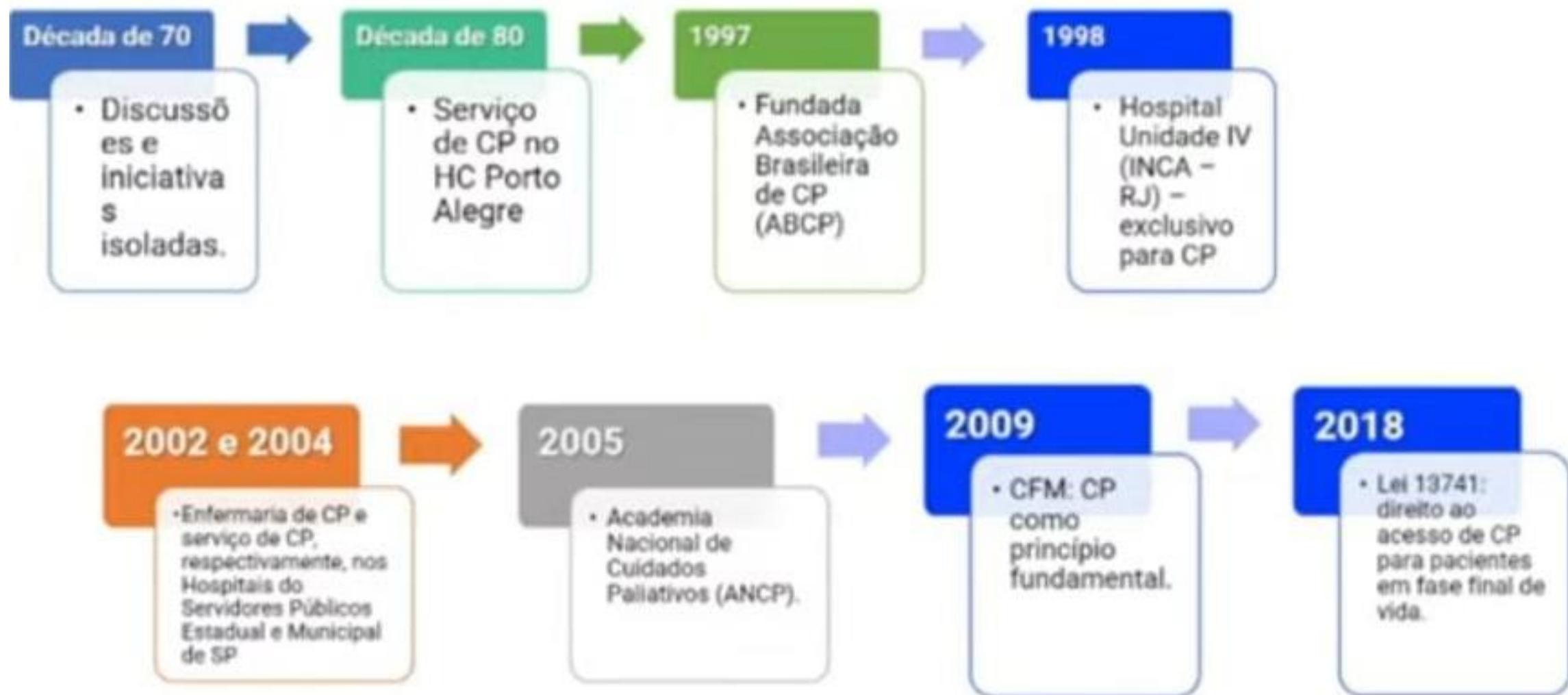
**PALIATIVISTAS**

Frente de Cuidados Paliativos pelo Brasil

**CUIDADOS PALIATIVOS  
UM DIREITO HUMANO:  
POLÍTICAS PÚBLICAS  
JÁ!**



# Trajetória dos CP no Brasil



# Trajetoária dos CP no MS

2013 a 2016

- GT interministerial para construção de política CP. Não efetivada.

2017

- ANCP procura MS.
- GT reativado: ANCP, SAPS, INCA, SAES, AD, DRAC, Hospital de apoio do DF, Coord. Pessoa Idosa.

2017

- GT aprova documento e envia para CFM (aprovado posteriormente)

2018

- Pactuação na CIT da Resolução 41.

2018 e 2019

- CGAE/DAET: oficinas para minuta de política nacional de CP.

2020

- Sem atividades da pauta.

2021

- 3 PLs, todos da Câmara dos Deputados
- MS se posicionou.

2023

- Conferências Estaduais e 17ª Nacional.
- Apelo da sociedade civil.
- SAES/DAHU/CGADOM assume a pauta.

# Pressupostos da PNCP-SUS

Transversalidade

Capilaridade

“A prática dos cuidados paliativos não se restringe a um lugar ou modalidade de atendimento específicos. O local mais indicado vai depender das necessidades clínicas e dos objetivos de cuidado, embasados nas vontades e valores da pessoa, com possibilidades de ser o domicílio, instituição hospitalar, unidade especializada (hospice), ambulatório, ou instituição de longa permanência. A qualidade do cuidado e o local onde é realizado também se tornam significativos para o processo de luto vivenciado durante o processo de adoecimento e após o falecimento da pessoa”.

(PROADI-MS/Manual Sírio Libanês CP 2023, pág. 16)

Consonância com a PNAES e Resolução 41

## Levantamento da ANCP – Serviços existentes de CP na Atenção Especializada

Tipos de serviços	Número
Comissões de CP	32
Hospitais	153
CACONS e UNACONS habilitados	317
Atend. ambulatorial	146
AD-Melhor em Casa	89
Serviços privados	77
Hospitais UNIMED	22
Hospices	18
<b>Total:</b>	<b>854</b>

Especificidades	número
Atendem pediatria	103
Oferecem interconsultas	204
Atendem oncologia	todos
Realizam atividades regulares para cuidadores	110
Realizam capacitação para equipes	233
Tem protocolo de dor institucionalizado	153
Não tem dificuldade de acesso a opioides	13

# CAPÍTULO VII

## Equipes de Cuidados Paliativos

### EMCP (Equipe Matricial em CP )

- Médico (40h); Enfermeiro (30h); Psicólogo + Assistente Social (40h)

### EMCPAP (Equipe Matricial em CP Adulto e Pediátrico)

- Médico Clínico (20h); Médico Pediatra (20h); Enfermeiro (30h); Psicólogo + Assistente Social (40h)

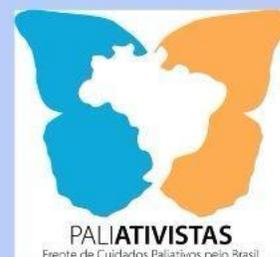
### EACP (Equipe Assistencial em CP)

- Médico Clínico (20h); Enfermeiro (30h); Técnico de Enfermagem (90h); 02 profissionais de apoio (preferencialmente Psicólogo e Assistente Social (60h)

# OBSERVATÓRIO NACIONAL de Cuidados Paliativos no SUS



Ecuador  
link na bio  
até:  
07/Dez/23



PALIATIVISTAS  
Frente de Cuidados Paliativos pelo Brasil



**COMPASSIONATE COMMUNITIES**  
Together for Palliative Care  
**14 OCTOBER 2023**  
WORLD HOSPICE & PALLIATIVE CARE DAY

<https://www.tiktok.com/@lina.stefanie/video/7229797418160639238>



Muito  
Obrigado!



**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS  
Américas



Década  
do envelhecimento  
saudável  
nas Américas



---

CONTATO:  
(67) 99938-7707

REDE SOCIAL:  
[@ramonmoraespenha](#)

EMAIL:  
[ramon.Penha@ufms.br](mailto:ramon.Penha@ufms.br)