

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

**Participantes:**

Ana Cristina P. Mendes Pereira – Diretora Geral INCA  
Maria Inez Gadelha – SAS/MS  
Carlos Chiatonne - ABHH  
Daniel Neves Forte - ANCP  
José Eluff Neto - FOSP  
Felipe Erlich - SBRT  
Ricardo Cesar Pinto - SBC  
Odilon Souza Filho - SBCO  
Alexandre Ferreira Oliveira - SBCO  
Ana Paula de Almeida Tomaz - SBEO  
José Getúlio Segalla - ABRC  
Roberto Gil - SBOC  
Marcelo Milone da Silva - SOBOPE  
Viviane dias Rodrigues - SBNO  
Vergílio Antonio Rensi Colturato - SBTMO  
Mario Jorge Sobreira da Silva - SOBRAFO  
Pascoal Marracini - ABIFICC  
Monica Almeida Neri - ABRAHUE  
Luiz Antônio Negrão Dias – CMB

**Ausências justificadas:**

Gastão Wagner de Souza Campos - ABRASCO  
Michele Caputo - CONASS  
Mauro Guimarães Junqueira – CONASEMS

Adriana Melo Teixeira – DAHU/SAS/MS  
Fernando Machado de Araujo – DAET/SAS/MS  
Camile Sachetti – DECIT/SCTIE/SAS/MS  
Arthur Felipe Siqueira de Brito – DGITS/ SCTIE/SAS/MS  
Cleoneide Paulo Oliveira - CNS

**Convidados INCA:**

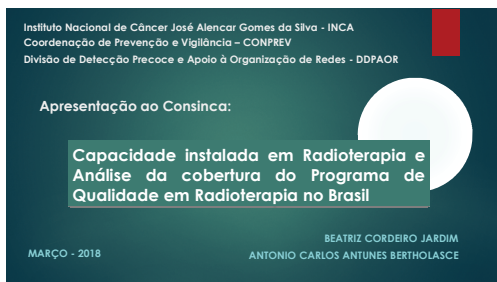
Ailse Rodrigues Bittencourt - Chefe de Gabinete/INCA  
Gelcio Luiz Quintella Mendes – COAS/INCA  
Mauro Musa Zamboni – COENS/INCA  
João Viola – CPQ/INCA  
Eduardo Franco - CONPREV  
Thiago Knopp – COAD/INCA  
Cassilda Soares – COGEP/INCA  
Roberto Araújo Lima – HCI/INCA  
Paulo Mora - HCII  
Germana Hunes - HCIV  
Mônica Lisboa Torres – DCS/INCA  
Marise Cesar Gomes – ARNT/COAS/INCA  
Renata Erthal – ARNT/COAS/INCA  
Liz Almeida – CONPREV/INCA  
Marise Rebelo – CONPREV/INCA  
Jeane Tomazelli – CONPREV/INCA  
José Roberto de Menezes Pontes – HCI/INCA  
Antonio Bertolace – CONPREV/INCA

Aos vinte e um dias do mês de março de 2018, às 10 horas, no Auditório I do prédio-sede do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, reuniu-se o Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA, com as presenças e ausências registradas acima, para deliberar sobre os pontos da pauta do dia, da qual constavam os seguintes assuntos: (1) Radioterapia: Atualização sobre a publicação da portaria de radioterapia - Arthur Accioly e Felipe Erlich - SBRT/Pascoal Marracini/ABIFICC; (2) Cuidados paliativos: Daniel Forte – ANCP/Discussão de remuneração de Cuidados Paliativos em linha de Cuidado - Pascoal Marracini/ABIFICC; (3) Custo da implantação do port-a-cath - Pascoal Marracini/ABIFICC; (4) Procedimentos odontológicos em pacientes oncológicos - Pascoal Marracini/ABIFICC; (5) Nova Diretoria da ABRC para o biênio 2018 e 2019 - José Getúlio Segalla/ABRC. A Presidente do Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA, Dra. Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, saudou os presentes e passou à análise do primeiro item da pauta: **(1) Radioterapia: Atualização sobre publicação da Portaria da Radioterapia.** A Dra. Ana Cristina relatou que, em 20/03/2018, o Grupo de Trabalho da CONPREV/INCA, em parceria com o Grupo de Trabalho do Programa de Qualidade em Radioterapia PQRT, apresentou ao Gabinete do INCA um trabalho que foi concluído recentemente, sob o título: “Capacidade instalada em Radioterapia e Análise da cobertura do Programa de Qualidade em Radioterapia no Brasil”. Informou que este trabalho seria apresentado ao CONSINCA por Beatriz

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

Jardim, pois trata de um censo dos serviços de radioterapia, públicos e privados, divididos por região; e dá uma radiografia do momento do nosso país. Acrescentou que teve a notícia que a SAS iniciou um trabalho semelhante, então fez uma crítica inicial aos participantes, ressaltando a importância desse link direto, pois não poderia ser iniciado um trabalho no INCA, sem o Ministério da Saúde – MS ter sido informado, pois o INCA tem a missão de prestação de serviços ao MS, pautando e fornecendo subsídios de informações em uma visão macro da radioterapia. Completou que poderiam ter poupado a SAS deste trabalho, que inclusive envolve gastos com recursos materiais e humanos. Ressaltou que o CONSINCA é o fórum adequado para este tipo de discussão, que identifica intervenções, vazios assistenciais, e pode nortear toda uma política no Projeto de Expansão da Radioterapia, trazendo informações valiosas para uma atuação mais adequada do MS e para os prestadores de serviço em geral. Em seguida, a Sra. Beatriz Jardim iniciou a apresentação, informando que este trabalho foi iniciado em abril/2017, e se tratava de um levantamento da capacidade instalada de radioterapia e análise da cobertura do Programa de Qualidade de Radioterapia no Brasil (PQRT).



*Apresentação em anexo.*

Finalizando, a Sra. Beatriz explicou que há um panorama de oportunidades identificadas a partir das dificuldades apresentadas. Apontou que as propostas são: Criar um Observatório Interinstitucional em Radioterapia, como estratégia para atualizar e monitorar informações e contribuir para a formulação de políticas públicas; Promover pesquisas para aprimoramento dos parâmetros atuais e melhor alocação dos recursos; Viabilizar maior participação dos Estabelecimentos de Saúde com serviço de radioterapia em programas externos de qualidade em radioterapia, conforme normas em vigor, como, por exemplo, criação de um fórum, com a participação dos atores públicos da área (INCA/MS, CNEN, ANVISA), que discuta e proponha uma política de qualidade na área de radioterapia, que possa abarcar um número maior de

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

estabelecimentos, principalmente no SUS. Justificou que a partir disso será possível planejar. O Dr. Roberto Gil questionou se a proposta do trabalho apresentado é melhorar um cadastro quantitativo e qualitativo, citando as dificuldades existentes para conhecimento dos dados. Lembrou que a radioterapia foi muito discutida em reuniões anteriores do CONSINCA, e lembrou que naquele momento tentavam estabelecer uma Política de Estado que aumentasse a cobertura, citando o Programa Expande. Resumiu que, atualmente, conforme apresentado, melhorou a cobertura, mas ainda há deficiência na questão qualitativa. Concluiu que a ideia deste Fórum é canalizar todo o trabalho feito pela CONPREV/INCA, no sentido de criar um banco de dados que permita informações mais claras, tanto no aspecto quantitativo, quanto no aspecto qualitativo. A Sra. Beatriz esclareceu que não seria um banco de dados, e sim, um Sistema de Informações, porque, na verdade, todas essas instituições já utilizam banco de informações consolidados. Colocou que é necessário trabalhar a qualidade dessas informações; propiciar uma integração entre todos os sistemas que já existem; fazer uma crítica para poder melhorar a qualidade das informações de forma que haja um sistema que abarque todas essas informações; e, a partir daí, formar uma base de dados para a radioterapia. O Dr. Antonio Bertolace complementou que, nesse observatório, se considerou a fundamental participação da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, que é responsável por controlar o fluxo de equipamentos no País e já tem um Sistema de Informação, mas que precisaria ser alimentado. Citou que o Programa de Qualidade em Radioterapia – PQRT também tem um banco de dados interessante, mas que também está desatualizado; então fazer a integração de todos esses bancos, de quem realmente faz o monitoramento no País, seria fundamental. Destacou também a qualidade da radioterapia, ou seja, não adianta estar produzindo uma série de equipamentos de radioterapia, quando se tem um Programa de Qualidade no INCA, que é um programa voluntário, é demanda espontânea, e grande parte dos campos no Brasil são aplicados em serviços que não passam pelo Programa de Qualidade. Informou que é preconizado pela própria CNEN que, de dois em dois anos, teria que ter essa avaliação, uma auditoria externa de qualidade, e, hoje, isso é utilizado quando a unidade não aderiu ao PQRT. Acrescentou que, segundo informações do próprio PQRT, são os físicos que fazem essa interação. Destacou que, em relação ao Programa de Expansão da Radioterapia, todos os serviços que já estão entrando em funcionamento foram

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

considerados nesse estudo, como soluções entregues até dezembro/2017. Também estão previstos vários serviços para entrar em funcionamento, e ainda tem os equipamentos financiados pelos convênios. Concluiu que isso tem uma dinâmica que precisaria estar sendo monitorada para essas avaliações serem atualizadas, e novas políticas construídas em cima disto. A Dra. Maria Inez Gadelha solicitou a palavra para complementar que, em relação ao serviço isolado de radioterapia, ainda existem nove no Brasil, mas, a rigor, não são habilitados; o que eles têm é uma autorização para fazer o atendimento e o faturamento. Explicou que, principalmente em 2014, quando a Portaria SAS/MS n° 140/2014 foi publicada, atualizando a Portaria SAS/MS n° 741/2005, seria uma irresponsabilidade fechar serviços de radioterapia para a população, como os que existem em Nova Iguaçu e no Rio de Janeiro; então eles não constam como habilitados, não têm portaria de habilitação, o que eles têm é uma autorização no SIA para faturamento e atendimento aos pacientes sob regulação; seus cadastros estão no sistema e sua produção é captada. Relatou que, na radioterapia, quando o Ministro Ricardo Barros informou que só iria continuar repassando recursos para quem produz, foi feito um grande levantamento de toda a produção na alta complexidade, sendo constatado que os hospitais não estavam cumprindo aquilo que é estabelecido como mínimo de produção em cirurgia cardíaca pediátrica na radioterapia, ou seja, o Recurso Federal estava indo além do que o Estado e o Município estavam utilizando para aquele pagamento. Continuou explicando que, em relação à atualização do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, isto é uma função de Secretaria de Estado e de Município; o Ministério da Saúde – MS apenas recebe os dados no Sistema Nacional. Sugeriu que o CONSINCA encaminhasse as inconsistências encontradas para que o Ministério da Saúde possa cobrar das Secretarias, justificando que não é o MS que atualiza o SNES. Esclareceu que o MS foi muito criticado quando fez os parâmetros de necessidades de radioterapia, que era para cada mil casos novos de câncer, a necessidade de radioterapia seria de 60%, porém no cômputo desses mil casos novos, se exclui câncer de pele não melanótico, porque representam 26% de todo o total de casos de câncer, e com isso seriam necessários muitos mais hospitais do que realmente se precisa, gerando uma necessidade equivocada para o País. Então, retiraram-se os casos de câncer não melanóticos de pele para a estimativa da necessidade de serviços, mas, quando se coloca a produção que cada serviço deve ter, o câncer de pele está presente

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

também. Continuou explicando que é bem diferente tirar para a necessidade de um serviço que exige toda a complexidade de porte tecnológico para ser habilitado em oncologia de não incluir o câncer de pele dependente de toda essa tecnologia, que está previsto na produção. Essa questão da cobertura universal foi o que deu vazão a muita crítica, principalmente na imprensa, que dizia que só há 40% de cobertura, quando considera a população brasileira como um todo, mas, conforme apresentado por Beatriz, o SUS chega a 70% de cobertura; e quando soma tudo, a população brasileira está praticamente toda coberta pela radioterapia. Informou que esse tipo de iniciativa e de proposta já está sendo conduzido pela ANVISA. Informou, ainda, que a ANVISA já tem um observatório, inclusive já foi desenvolvido um Sistema de Informática na Universidade de Viçosa, e o Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAS está com todo senso feito também. Sugeriu juntar tudo para evitar duplicidade de trabalho e de gasto. A Dra. Maria Inez relatou que o Ministro da Saúde ficou horrorizado quando descobriu que havia 700 sistemas de informática dentro do MS e iniciou um trabalho interno muito intenso de reduzir, ou, pelo menos, integrar esses sistemas e não criar uma nova rota. Lembrou que foi proposta do INCA fazer um programa mais elaborado, com bases técnicas muito melhores que as do Expande, e um dos esteios foi o Programa de Qualidade em Radioterapia, mas no senso que foi feito pelo DAET/SAS não se considerou o PQRT; então sugeriu juntar os trabalhos para obter resultados melhores. O Dr. José Eluf disse que, de acordo com os dados apresentados, a cobertura está satisfatória, e questionou como se explica o atraso para os pacientes iniciarem a radioterapia, citando o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP. A Dra. Maria Inez respondeu que é a concentração, é fila hospitalar interna, devido a outros estarem deixando de fazer. Destacou que o ICESP é o que tem mais aparelhos de radioterapia no País. Quando considerada a capacidade instalada, inclusive para o SUS, a cobertura é de 70%. Continuando a discussão da primeira pauta, o Dr. Felipe Erlich parabenizou o trabalho do INCA e da SAS, de realizar esse levantamento sobre a radioterapia, e informou que, em 2017, a Sociedade Brasileira de Radioterapia - SBRT contratou uma empresa privada para fazer este levantamento nos mesmos moldes das empresas privadas e tiveram muita dificuldade no acesso a essas informações. Ressaltou que, por mais que existam estes esforços em aumentar, tanto em capacidade instalada, como em cobertura, o que mais preocupa a SBRT é a não adequação da

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

maneira de mensurar a produtividade, associado também a remuneração dos novos procedimentos em serviços de radioterapia. Citou, como exemplo, que o INCA começou a usar a Radioterapia com Intensidade Modulada - IMRT na sua prática cotidiana em 2004, porém não se tem a mínima ferramenta de cobrança de IMRT, por conta da tabela de precificação do MS, ou seja, a maneira que o MS e o SUS mensuram a produção de radioterapia é baseada naqueles campos de megavoltagem que era utilizados a 30, 40, 50 anos atrás: que é radioterapia bidimensional, que não é feito na maior parte dos serviços e acaba criando uma maneira completamente deturpada de medir a produção de um serviço de radioterapia. Questionou à Dra. Maria Inez como está sendo dentro da SAS essa discussão da proposta de fazer as coisas como um pacote, ou tentar uma maneira mais democrática de oferecer uma cobertura de melhor qualidade no serviço de radioterapia do SUS, apontando que a dúvida é como será feita esta adequação de serviços novos. A Dra. Maria Inez respondeu que o que foi proposto ao MS, e em um trabalho muito conjunto, é uma mudança no modelo de proceder à distribuição do atendimento na tabela do SUS, porque a tabela do SUS é a consequência do modelo que se adota. Destacou que o Dr. Weltman trouxe a ideia que já se buscava desde 1998, que seria acabar com o modelo baseado em campos. Lembrou que naquela ocasião optaram por manter o procedimento como no tempo do INAMPS, com cobaltoterapia, acelerador linear de fóton e elétron, acelerador de elétron; e o máximo que avançaram foi com a inclusão de procedimentos específicos, como irradiação de pele total, irradiação de meio corpo e irradiação de corpo total para transplante de medula óssea. Continuou relatando que, então, a Sociedade Brasileira de Radioterapia - SBRT apresentou a proposta de classificar os serviços em quatro portes tecnológicos, como é feito na quimioterapia e, com isso, deixar que o serviço ficasse muito à vontade para estabelecer a técnica que lhe compete. Esclareceu que nenhum serviço está impedido de fazer nenhuma técnica, mas como a maioria dos serviços é de natureza não pública, e mesmo quando eles estão em serviços filantrópicos, a maioria é de serviços terceirizados, se encontra a IMRT em alguns hospitais. Destacou que os estudos, e a própria SBRT, reconheceram que a IMRT, como técnica, não poderia ser de uso generalizado; então trabalharam no sentido de fazer a nova distribuição por topografia tumoral, considerando quando se incluía e quando não se incluía a cadeia de drenagem linfática. A Dra. Maria Inez continuou, relatando que, contudo, na última reunião do

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

CONSINCA, o Dr. Arthur Rosa e o Dr. Marcus Castilho, da SBRT, derrubaram essa proposta de ser por porte tecnológico, e sugeriram que se passasse a indicar o porte tecnológico no procedimento. Então, a SAS/MS voltou a revisar todo trabalho feito, e agora a dificuldade é que, por procedimento, irá reduzir o acesso da mesma maneira dos doentes ao serviço. Resumiu que a SAS está fazendo o maior esforço para que consiga apresentar ainda para o Ministro Ricardo Barros todas essas questões. Informou que a SAS tem essa preocupação com a mudança de porte, restrição de procedimentos, mas uma coisa é certa, o impacto que isto vai ter no SUS é principalmente na universalização do planejamento tridimensional para todas as áreas, exceto para aquelas que não têm necessidade (radioterapia superficial ou metástase óssea), e a inclusão da braquiterapia ocular. A Dra. Maria Inez esclareceu que o SUS não é um sistema público, é um sistema de financiamento público, pois na alta complexidade em oncologia e, na alta complexidade como um todo, 75% dos hospitais não são instituições públicas, e a lógica do funcionamento dos serviços varia; então uma instituição de natureza pública, como é o INCA e o ICESP, chegam a um ponto que precisa que seja feito algo, pois a Instituição não limita a entrada, ela faz uma fila interna enorme. O Dr. Roberto Gil tomou a palavra e disse que é necessário se construir uma política de sustentabilidade em todas as áreas. Questionou como será possível oferecer esse serviço com qualidade, e ser ele financiado de alguma forma que permita a sua sustentabilidade. A Dra. Maria Inez completou que a forma de financiar é por tabela, e esta tabela é federal, porque o financiamento é tripartite, e o que é visível no SUS é a tabela que diz respeito aos Recursos Federais por produção. Relatou que o Secretário de Atenção à Saúde veio da iniciativa privada, com fins lucrativos, e também trabalhou em entidades não públicas filantrópicas, então, sabe muito bem o quanto custa para o hospital, e diz que o retorno da radioterapia, a grosso modo, é de 30%, com a tabela federal. Declarou que é uma discussão infinita, a não ser que o modelo de financiamento mude, e é isto que está sendo proposto para a radioterapia. O Dr. Pascoal Marracini relatou que, em maio de 2017, foi apresentado em reunião da Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer/ABIFICC, o modelo para os novos procedimentos para a radioterapia, e em novembro de 2017, na inauguração da fábrica da VARIAN, na cidade de Itapeva, o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, juntamente com o Secretário de Atenção à Saúde, Francisco de Assis Figueiredo,

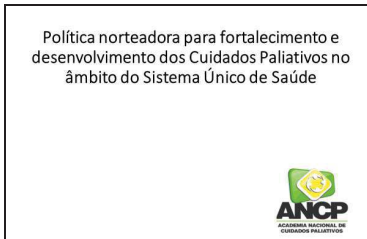
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

informaram que a Portaria para a nova tabela já estava pronta para publicação. O Dr. Pascoal questionou à Dra. Maria Inez quanto à demora para a publicação. A Dra. Maria Inez explicou que na reunião do CONSINCA, de 13/12/2017, a SBRT propôs que, ao invés de fazer a distribuição por porte tecnológico dos serviços, incluísse isso nos procedimentos, para diminuir esse risco de fechar o acesso dos pacientes ao serviço que está na sua cidade, então todo o texto da minuta da Portaria precisou ser refeito. Ressaltou que todas as propostas dessa natureza que chegam à SAS precisam ser enviadas ao Departamento de Economia da Saúde, o que acaba atrasando o processo. Em seguida, o Dr. Pascoal colocou que, em relação aos incrementos dos equipamentos de radioterapia, as Instituições têm sido beneficiadas com equipamentos através de emendas e convênios, mas quando querem fazer *up grade* nessas máquinas não podem, porque o plano de trabalho não permite. Questionou se seria possível propor à SAS que faça um estudo no sentido de autorizar que as entidades que compram ou recebem esses equipamentos possam efetivamente fazer o incremento deles. A Dra. Maria Inez informou que a Varian já apresentou ao MS um plano de *up grade*, pago pelo MS, obviamente. Disse que iria verificar melhor, mas acreditava se tratar de uma cláusula contratual, que não se pode mexer no aparelho recebido, mas o que for de acessório é permitido. Solicitou que o Dr. Pascoal formalizasse o seu questionamento, para facilitar a análise. O Dr. Antônio Bertolace solicitou a palavra e acrescentou que as unidades de cobaltoterapia estão sendo desativadas, e não está tendo uma substituição desses equipamentos. Em seguida, a Dra. Mônica Almeida Neri solicitou a palavra, para trazer alguns pontos para reflexão em relação aos Hospitais Universitários e de Ensino, como unidades estratégicas no Sistema de Saúde do País. Falou da necessidade de se trabalhar com as Secretarias de Estado e Município, para realmente cobrarem das Instituições de Saúde essas atualizações, pois as inconsistências das informações podem impactar na definição das políticas públicas. Ressaltou também a necessidade de se analisar a produção abaixo da capacidade instalada e a qualidade do serviço que está sendo entregue. Outro ponto apresentado pela Dra. Mônica foi quanto à certificação dos Hospitais Universitários e de Ensino, que poderiam se transformar em polos, não só para controle, mas multiplicadores dessa qualidade do serviço. Citou a Portaria de certificação, que está em fase de revisão, sugerindo colocar alguns critérios que aqueles hospitais que têm o serviço de radioterapia precisem atender, e também que eles



poderiam se comprometer a serem multiplicadores para outros serviços. Após uma breve discussão sobre o assunto, a Dra. Ana Cristina apresentou a pauta: **(2) Cuidados paliativos: “Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde.” Daniel Forte – ANCP.**



*Apresentação em anexo*

O Dr. Daniel iniciou, informando que a ANCP está trabalhando junto ao MS, para elaborar uma política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos cuidados paliativos no âmbito do SUS. Apresentou a trajetória política de iniciativa que estão percorrendo, destacando os pontos mais importantes do documento que está sendo produzido, conforme apresentação em anexo, para discussão e sugestões de aprimoramento. Colocou que o objetivo deste documento é fazer com que as pessoas trabalhem entre equipes, para que as equipes consigam se integrar com o resto do sistema, permitindo-se apontar um norte de crescimento, que tem grande função numa política pública. Concluiu que assim será possível não só otimizar o uso dos recursos na saúde, mas também atender o principal fim do Sistema de Saúde, que é cuidar das pessoas. Dando continuidade à pauta Cuidados Paliativos, o Dr. Pascoal destacou que, atualmente, não existem parâmetros para justificar se existem cuidados paliativos nos hospitais, e fez uma breve apresentação.



*Apresentação em anexo.*

O Dr. Pascoal apontou que a proposta da ABIFICC era que fosse feito um estudo, como foi mostrado que já está sendo feito pelo MS e a ANCP, para melhorar a classificação da tabela do SUS, no sentido de estatística, de base de dados, principalmente para saberem sobre esses pacientes que estão em cuidados paliativos. A Dra. Ana Cristina

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

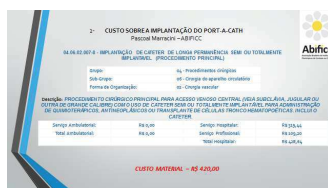
Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

ratificou que o CONSINCA é o fórum adequado para esse tipo de solicitação e passou a palavra para a Dra. Maria Inez. A Dra. Maria Inez relatou que, quando começou a discussão de cuidados paliativos, em 1987, o INCA criou o seu suporte terapêutico oncológico e, a partir de então, começou a se pautar o assunto dentro do CONSINCA, porém pouco se avançou. Continuou relatando que, posteriormente, a discussão girou em torno de construir hospices, porém sinalizou-se que o Brasil é enorme, as diferenças regionais são grandes, e seria necessário pensar em uma coisa mais flexível, como a ANCP está trazendo. Explicou que, se for cirurgia paliativa, consulta psiquiátrica, consulta de psicologia, consulta de clínico geral, tudo é pulverizado dentro de uma tabela de procedimentos, então existe um ressarcimento, mas não é possível dizer que aquilo é para cuidado paliativo. Disse que conseguiram evoluir um pouco com a criação dos dois códigos de intercorrências, que lhes deram uma ideia de como estava o cuidado paliativo no SUS, que é o tratamento clínico de paciente oncológico. Com isso, aumentou-se a permanência do paciente, que pode variar até um mês inteiro, e com renovação, na média complexidade, por diária hospitalar. Disse que este foi o primeiro passo para tentar somar, e tem indicadores para acompanhamento de serviços. Relatou que, após a criação desses procedimentos, observou-se que as intercorrências dos pacientes estavam sendo atendidas nos hospitais habilitados, foi um crescimento ao longo do tempo e, atualmente, estão com 83% no SUS, de atendimento de intercorrência em hospitais habilitados, ou seja, está se usando porte tecnológico, leito que poderia estar sendo utilizado em hospital habilitado para tratar, para cuidado paliativo. Finalizando, a Dra. Maria Inez disse que tudo o que foi feito no Ministério da Saúde foi passado para a ANCP, que está melhorando muito a proposta. Acrescentou que estão convergindo para uma situação mais formal e organizada. Ressaltou a necessidade do cuidado na linguagem, que a questão de curativo x paliativo, confundiu muito a própria Organização Mundial da Saúde - OMS, que contrapunha a estes dois termos, sendo o correto, terapêutico em vez de paliativo, pois a própria terapêutica pode ser paliativa. Sugeriu aproveitar este trabalho para deixar isso claro. Também sugeriu que, ao invés de 12 códigos, tenha apenas 04: ambulatorial, hospitalar, domiciliar e hospice (internação especializada); e transformariam em 12 pelo atributo na tabela de classificação, sem perder a qualidade da informação. Em seguida, a Dra. Germana Hunes elogiou a colocação da Dra. Maria Inez, e ressaltou que o ideal é que o cuidado

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

paliativo seja feito de uma forma mais precoce. Falou que existem as questões institucionais, mas também tem a questão de formação dentro da oncologia. Acrescentou que, em relação à mudança do código, sua expectativa é que pacientes internados nesses setores não fiquem um tempo tão mais prolongado. Informou que no HC IV, a média de permanência é de sete dias, pois contam com outros serviços que possibilitam a saída do paciente, como atendimento em assistência domiciliar especializada e em ambulatório especializado. O vínculo hospitalar é específico para aqueles pacientes com necessidade de controle de sintomas ou pacientes que optam por permanecerem no hospital, ao invés da sua residência. Finalizou, dizendo que, quando se tem uma equipe especializada, a média de permanência desses pacientes no hospital é muito menor. A Dra. Ana Cristina complementou que o hospice é e sempre será necessário na disputa por espaço. A cirurgia oncológica não aceita, considerando a necessidade de dar sequência na linha de tratamento, por indicação cirúrgica, disputar leito com o paciente de cuidados paliativos. Ressaltou que envolve uma mudança de cultura que começa na formação de qualquer profissional na área da saúde. Concluiu que não será possível mudar o cenário, sem uma intervenção no início, no nascedouro do profissional, para, aos poucos, ir mudando a sociedade, em relação à visão da assistência domiciliar. Após a discussão sobre a pauta, o Fórum apoiou a ANCP na elaboração do documento. A Dra. Ana Cristina passou a palavra ao Dr. Pascoal Marracini que apresentou a pauta: **(3) Custo Sobre A Implantação Do Port-A-Cath - Pascoal Marracini/ABIFICC.**



*Apresentação em anexo.*

O Dr. Pascoal falou que, em relação a implantação de cateter de longa permanência semi ou totalmente implantável, atualmente, o valor que é repassado para os hospitais é de R\$ 428,00, porém somente o custo do material é de R\$ 420,00, que é o valor do Port-A-Cath. Propôs que seja encaminhada pelo CONSINCA a proposta de revisão desse procedimento, para que seja efetivamente pago o valor desse material. Em seguida, a Dra. Ana Cristina passou a palavra a Dra. Maria Inez. A Dra. Maria Inez explicou que, há dois tipos de códigos: um para internação e um para uso ambulatorial. Relatou que,

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

há aproximadamente um mês, chegou ao MS uma proposta de comprar, centralizadamente, um milhão de cateteres para serem distribuídos aos hospitais. Informou que na SAS, a área técnica no DAET, fez uma avaliação da proposta e ponderou que não há esse uso disseminado de cateter, e jamais no SUS haveria a necessidade dessa quantidade, pois esta conta havia sido feita de trás para frente. Sendo assim, sugeriram que se, o MS quisesse assumir 100% do custo da implantação de cateter, deveria aumentar o valor do procedimento. Informou que, pela norma, compete ao MS cobrir 50% do financiamento do SUS e, seguindo essa norma, a parte federal está sendo cumprida. Em seguida, a Dra. Ana Cristina voltou a palavra ao Dr. Pascoal Marracini para que o mesmo apresentasse a próxima pauta: **(4) Procedimentos odontológicos em pacientes oncológicos - Pascoal Marracini – ABIFICC**, contudo o mesmo declarou que seria mais conveniente apresentar a pauta em outra ocasião. Sendo assim, a Dra. Ana Cristina passou a palavra ao Dr. José Getúlio Segalla, para que apresentasse a última pauta da reunião: **(5) Nova Diretoria da ABRC para o biênio 2018 e 2019 - José Getúlio Segalla (ABRC)**, contudo, pelo adiantado da hora, o mesmo preferiu não falar sobre este assunto, e informou que, em fevereiro/2018, foi publicado o novo código brasileiro de ocupações, e no campo dos trabalhadores em informação de saúde, consta o código 4153-05 (registrator de câncer), ou seja, o registro do profissional que trabalha em Registros de Câncer como uma função. Comunicou também que foi aprovado o Projeto de Lei nº 8470/17 (*acrescenta o art. 4º a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação e o registro compulsório de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias e nova emenda: Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº 12.662, de cinco de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas*). Explicou que o PL já foi para aprovação do Senado e mudou o número para PLC 1418/18. A Dra. Ana Cristina sugeriu que o tema Notificação Compulsória seja pauta da próxima reunião do CONSINCA, e todos concordaram. Em seguida, a Dra. Ana Cristina informou que recebeu uma proposta de inclusão da especialidade de cirurgia de cabeça e pescoço no CONSINCA, e o Dr. Alexandre Ferreira esclareceu que, em conversa com o Dr. Roberto, foi informado que a inclusão no CONSINCA seria porque a Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço não está de acordo com algumas particularidades da tabela do SUS e entende que, participando do CONSINCA, teria

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva  
**CONSELHO CONSULTIVO DO INCA (CONSINCA)**

Reunião de 21 de março de 2018 – 10 horas – auditório I do prédio sede do INCA

acesso maior para discutirem o assunto. O Dr. Alexandre relatou que explicou que isto poderia ser feito de outra forma, que o CONSINCA consulta as Sociedades, que mandam suas propostas e são convidadas a participarem das reuniões, para discutirem os assuntos e o Dr. Roberto concordou. **Encaminhamento:** A pauta próxima reunião do CONSINCA (13/06/2018) será Notificação Compulsória. **Encerramento:** A Dra. Ana agradeceu a presença de todos e encerrou a reunião. *Eu, Debora Cristina Malafaia Fernandes, secretariei, digitei e encerro esta ata. Rio de Janeiro, 21 de março de 2018.*

CONSINCA 21/03/2018

Apresentação pauta (1): Radioterapia: Atualização sobre publicação da Portaria da Radioterapia.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA

Coordenação de Prevenção e Vigilância – CONPREV

Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Redes - DDPAOR

Apresentação ao Consinca:

Capacidade instalada em Radioterapia e  
Análise da cobertura do Programa de  
Qualidade em Radioterapia no Brasil

BEATRIZ CORDEIRO JARDIM

ANTONIO CARLOS ANTUNES BERTHOLASCE

MARÇO - 2018

# Capacidade Instalada em Radioterapia - Objetivos

- ▶ 1. Identificação dos Estabelecimentos de saúde em Radioterapia no país - ESRT (SUS e não SUS) em funcionamento;
- ▶ 2. Identificação dos Equipamentos em funcionamento nos ESRT

# Capacidade Instalada em Radioterapia - Método

- ▶ Construção de uma base de dados única por meio de relacionamento determinístico utilizando as bases constantes no ano de 2017:
  - CNEN – Comissão Nacional de Energia Nuclear
  - CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
  - PQRT/ATQRI/INCA – Programa de Qualidade em Radioterapia
  - SBRT – Sociedade Brasileira de Radioterapia
  - DIRAC/IAEA - Diretório Internacional dos Centros de Radioterapia
  - SIA/DATASUS – Sistema de Informações Ambulatoriais
  - DDPAOR – Base de dados de ESRT construída após levantamento em 2014



# Capacidade Instalada em Radioterapia - Método

- ▶ Validação das informações contidas na base unificada dos ESRT
  - Análise das interseções entre as bases;
  - Google Maps;
  - Páginas eletrônicas dos ESRT;
  - Notícias recentes sobre os ESRT;
  - Portarias de habilitações publicadas até outubro de 2017;
  - Contato telefônico com as SES e/ou ESRT;
  - Reuniões com os físicos médicos do PQRT.

# Capacidade Instalada em Radioterapia - Método

► Ferramentas utilizadas para o relacionamento das bases e processamento de informações:

- Tabwin
- STATA MP2 Versão 14
- Excel

# Capacidade Instalada em Radioterapia - Resultados

## ► Problemas identificados nas bases

- Falta de atualização dos cadastros dos estabelecimentos:
  - Dados duplicados de habilitação em um mesmo serviço e entre serviços (habilitado e terceiro);
  - Serviços ainda cadastrados como "Serviço Isolado de Radioterapia (Cod 1704)".
  - CNES com erro de informação sobre habilitação;
  - Habilitação revogada.

# Capacidade Instalada em Radioterapia - Resultados

- ▶ 257 ESRT ativos no Brasil, sendo:
  - 154 (60%) habilitados pelo SUS
  - 103 (40%) totalmente privados

Região	ESRT Habilitados em RT no SUS				Total
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Centro-Oeste	10	58,8%	7	41,2%	17
Nordeste	27	73,0%	10	27,0%	37
Norte	7	58,3%	5	41,7%	12
Sudeste	75	52,4%	68	47,6%	143
Sul	35	72,9%	13	27,1%	48
<b>Total Geral</b>	<b>154</b>	<b>59,9%</b>	<b>103</b>	<b>40,1%</b>	<b>257</b>

# Capacidade Instalada em Radioterapia - Resultados

- ▶ 397 Equipamentos de teleterapia profunda (Aceleradores lineares e Co-60) ativos no Brasil, sendo:
  - 256 (64,5%) em ESRT habilitados pelo SUS
  - 141 (35,5%) totalmente privados

Região	Equip Teleterapia				Total
	hab		não hab		
	n	%	n	%	
Centro-Oeste	15	65,2%	8	34,8%	23
Nordeste	49	77,8%	14	22,2%	63
Norte	9	60,0%	6	40,0%	15
Sudeste	128	57,9%	93	42,1%	221
Sul	55	73,3%	20	26,7%	75
<b>Total Geral</b>	<b>256</b>	<b>64,5%</b>	<b>141</b>	<b>35,5%</b>	<b>397</b>

# Capacidade Instalada em Radioterapia - Resultados

- ▶ 109 Equipamentos de Braquiterapia de Alta Taxa (HDR) ativos no Brasil, sendo:
  - 83 (76,1%) em ESRT habilitados pelo SUS
  - 26 (23,9%) totalmente privados

Região	Equip HDR				Total
	hab		não hab		
	n	%	n	%	
Centro-Oeste	4	66,7%	2	33,3%	6
Nordeste	18	85,7%	3	14,3%	21
Norte	6	85,7%	1	14,3%	7
Sudeste	45	73,8%	16	26,2%	61
Sul	10	71,4%	4	28,6%	14
<b>Total Geral</b>	<b>83</b>	<b>76,1%</b>	<b>26</b>	<b>23,9%</b>	<b>109</b>

# Capacidade Instalada em Radioterapia - Resultados

- ▶ 87 ESRT Possuem Equipamentos com Radioterapia de Intensidade Modulada (IMRT) ativos no Brasil, sendo:
  - 34 (39,1%) são ESRT habilitados pelo SUS
  - 53 (51,5%) são ESRT totalmente privados

Região	ESRT com IMRT				Total
	hab		não hab		
	n	%	n	%	
Centro-Oeste	1	25,0%	3	75,0%	4
Nordeste	4	33,3%	8	66,7%	12
Norte	0	0,0%	4	100,0%	4
Sudeste	21	42,0%	29	58,0%	50
Sul	8	47,1%	9	52,9%	17
<b>Total Geral</b>	<b>34</b>	<b>39,1%</b>	<b>53</b>	<b>60,9%</b>	<b>87</b>

# Capacidade Instalada em Radioterapia - Resultados

- ▶ Razão do número de Equipamentos de Teleterapia por casos novos\* de câncer:
  - 0,7 Equipamentos em ESRT habilitados pelo SUS para cada 900 casos novos\* SUS dependentes\*\*
  - 1,4 Equipamentos em ESRT privados para cada 900 casos novos\* na população não dependente do SUS\*\*
  - 0,6 Equipamentos em ESRT habilitados pelo SUS para cada 900 casos novos\*
  - 0,9 Equipamentos em ESRT em funcionamento para cada 900 casos novos\*

Região	Equip hab/900 casos SUS dep	Equip priv/900 casos S.Supl	Equip hab/900 casos total	Equip total/900 casos Total
<b>Centro-Oeste</b>	<b>0,5</b>	<b>1,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,7</b>
<b>Nordeste</b>	<b>0,6</b>	<b>1,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>
<b>Norte</b>	<b>0,5</b>	<b>3,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,7</b>
<b>Sudeste</b>	<b>0,9</b>	<b>1,3</b>	<b>0,6</b>	<b>1,0</b>
<b>Sul</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>	<b>0,6</b>	<b>0,8</b>
<b>Total Geral</b>	<b>0,7</b>	<b>1,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,9</b>

\*Estimativa de casos novos de câncer para 2018/2019, exceto pele não melanoma

\*\*Considerando cobertura da Saúde Suplementar na Segmentação de Grupo Referência, Ambulatorial e Hospitalar + Ambulatorial em dez 2017



# Análise da cobertura do PQRT - Objetivos

- ▶ 1. Identificação dos ESRT habilitados pelo SUS participantes no PQRT entre 2012 e 2016;
- ▶ 2. Avaliação da produção dos ESRT habilitados no SUS segundo participação no PQRT.

# Análise da cobertura do PQRT - Método

- ▶ Construção de uma base de dados única por meio de relacionamento determinístico utilizando as bases:
  - dos ESRT identificados na etapa anterior;
  - base do PQRT (ESRT participantes entre 2012 e 2016);
  - SIA-DATASUS (produção em teleterapia profunda entre 2014 e 2016).
- ▶ Ferramentas utilizadas:
  - Tabwin
  - STATA MP2 Versão 14
  - Excel

# Análise da cobertura do PQRT - Resultados

- ▶ Número de estabelecimentos avaliados pelo PQRT segundo vínculo com o SUS, 2012-2016, BR

Região	2014			2015			2016		
	Avaliado		Total	Avaliado		Total	Avaliado		Total
	n	%		n serv	%		n serv	%	
<b>Centro-Oeste</b>	6	60,0%	10	5	50,0%	10	2	20,0%	10
<b>Norte</b>	8	29,6%	27	7	25,9%	27	5	17,9%	28
<b>Nordeste</b>	1	14,3%	7	2	28,6%	7	3	42,9%	7
<b>Sudeste</b>	25	32,9%	76	13	17,3%	75	13	17,1%	76
<b>Sul</b>	12	34,3%	35	10	28,6%	35	14	38,9%	36
<b>Total Geral</b>	<b>52</b>	<b>33,5%</b>	<b>155</b>	<b>37</b>	<b>24,0%</b>	<b>154</b>	<b>37</b>	<b>23,6%</b>	<b>157</b>

Produção em Teleterapia profunda (número de campos) pelo SUS e Avaliação pelo PQRT – Brasil e Regiões, 2014-2016

Região	2014-2016				
	Não Avaliados		Avaliados		Total
	n	%	n	%	
<b>Centro-Oeste</b>	1.017.490	66,4%	515.243	33,6%	1.532.733
<b>Norte</b>	5.022.468	75,7%	1.609.284	24,3%	6.631.752
<b>Nordeste</b>	577.285	71,4%	230.817	28,6%	808.102
<b>Sudeste</b>	10.200.877	69,8%	4.406.271	30,2%	14.607.148
<b>Sul</b>	3.951.132	68,0%	1.861.133	32,0%	5.812.265
<b>Total Geral</b>	<b>20.769.252</b>	<b>70,7%</b>	<b>8.622.748</b>	<b>29,3%</b>	<b>29.392.000</b>

# Conclusões

- Todas as bases consultadas apresentam algum grau de incompletude;
- A base da CNEN, apresenta a maior completude (90%);
- A base do CNES apresenta múltiplas inconsistências;
- A base da SBRT não é específica em relação a presença do equipamentos e ;
- A base do PQRT não é alimentada de forma sistemática e contém serviços já desativados.

# Propostas

- ▶ Criação de um Observatório interinstitucional em Radioterapia como estratégia para atualizar e monitorar informações e contribuir para a formulação de políticas públicas;
- ▶ Promover pesquisas para aprimoramento dos parâmetros atuais e melhor alocação dos recursos;
- ▶ Viabilizar maior participação dos ESRT em programas externos de qualidade em radioterapia, conforme normas em vigor. Ex.: criação de um fórum, com a participação dos atores públicos da área (INCA/MS, CNEN, ANVISA), que discuta e proponha uma “política de qualidade na área de radioterapia”.

CONSINCA 21/03/2018

Apresentação pauta: (2) Cuidados paliativos: “Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde” - Daniel Forte (ANCP)

## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde



# Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- 1. A trajetória político-administrativa do documento**
2. O documento
  - a) por quê?
  - b) para quê?
  - c) como?
3. Discussão:
  - a) melhorias no documento
  - b) próximos passos na trajetória político-administrativa



# Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

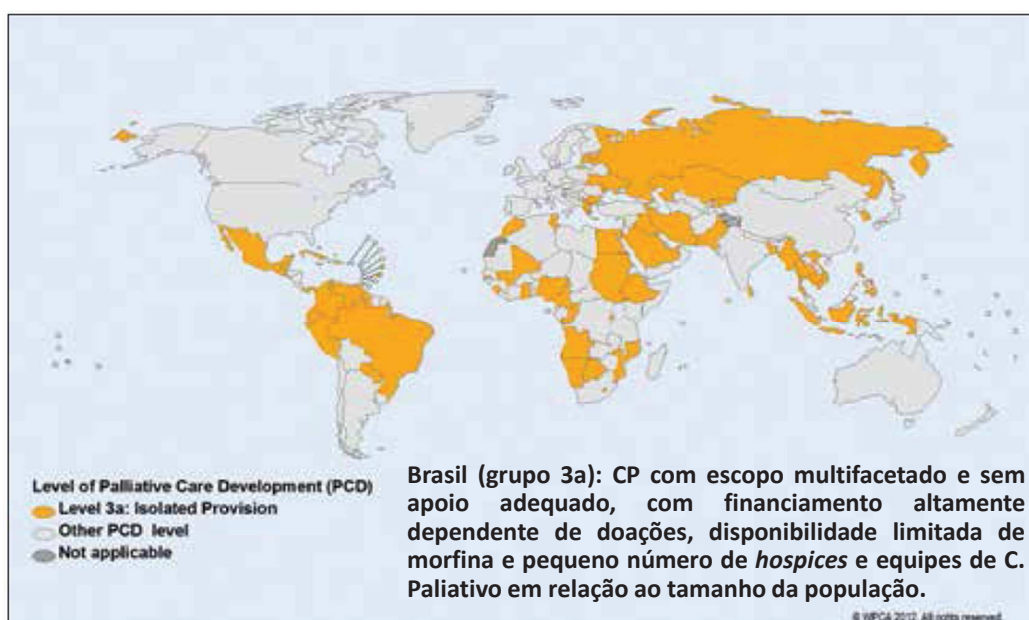
## 1. A trajetória político-administrativa do documento

- Janeiro de 2017: ANCP e Ministério da Saúde
  - + Departamento de Atenção Especializada e Temáticas (DAET)
  - + Departamento de Atenção Básica (DAB)
  - + Coordenação da saúde da Pessoa Idosa
  - + Coordenação Geral da Atenção Domiciliar (CGAD)
- Agosto de 2017: GT-CP/MS aprova preliminarmente do documento. Envio ao CFM.
- Março de 2018: Câmara técnica de CP-CFM aprova o documento. Aguarda aprovação pela plenária do CFM para posterior retorno ao MS.

# Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

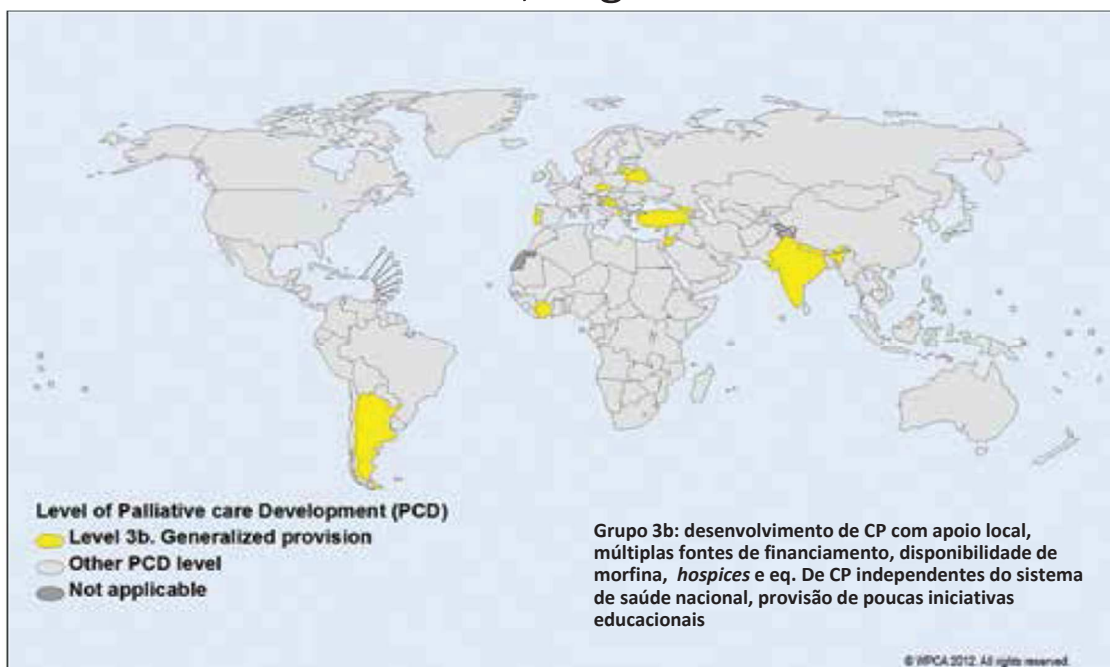
1. A trajetória político-administrativa do documento
2. **O documento**
  - a) **por quê?**
  - b) para quê?
  - c) como?
3. Discussão:
  - a) melhorias no documento
  - b) próximos passos na trajetória político-administrativa

## Cuidado Paliativo: Diagnóstico situacional do Brasil em relação ao mundo (OMS, 2014)



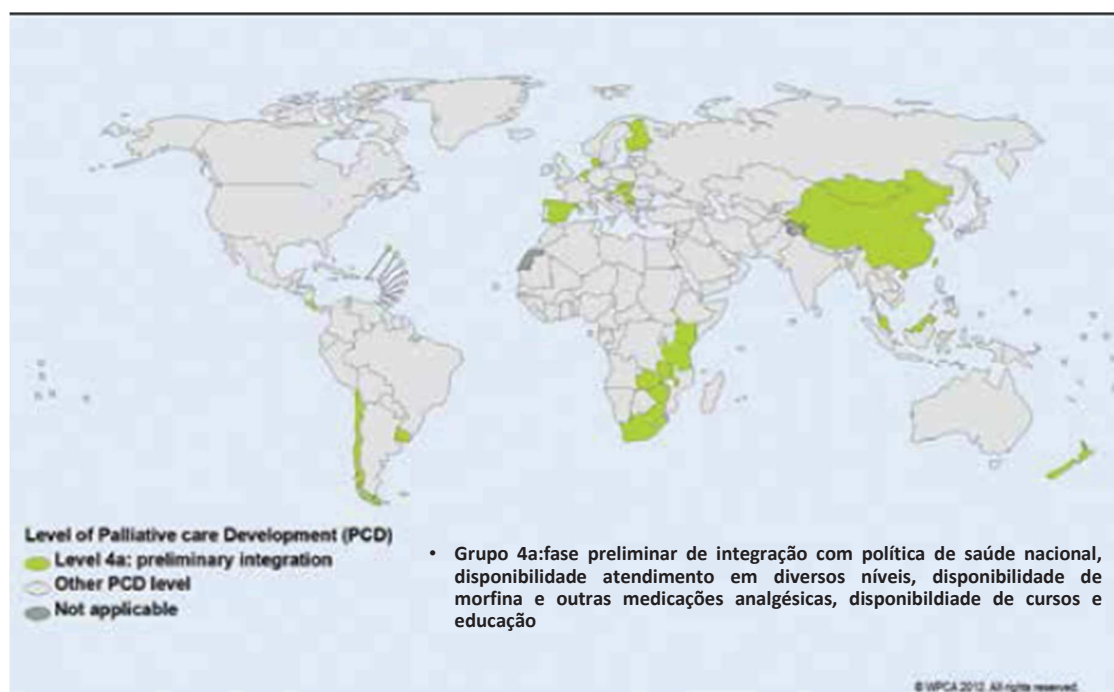
Global Atlas of Palliative Care  
WHO, 2014

## C. Paliativo no mundo, segundo a OMS



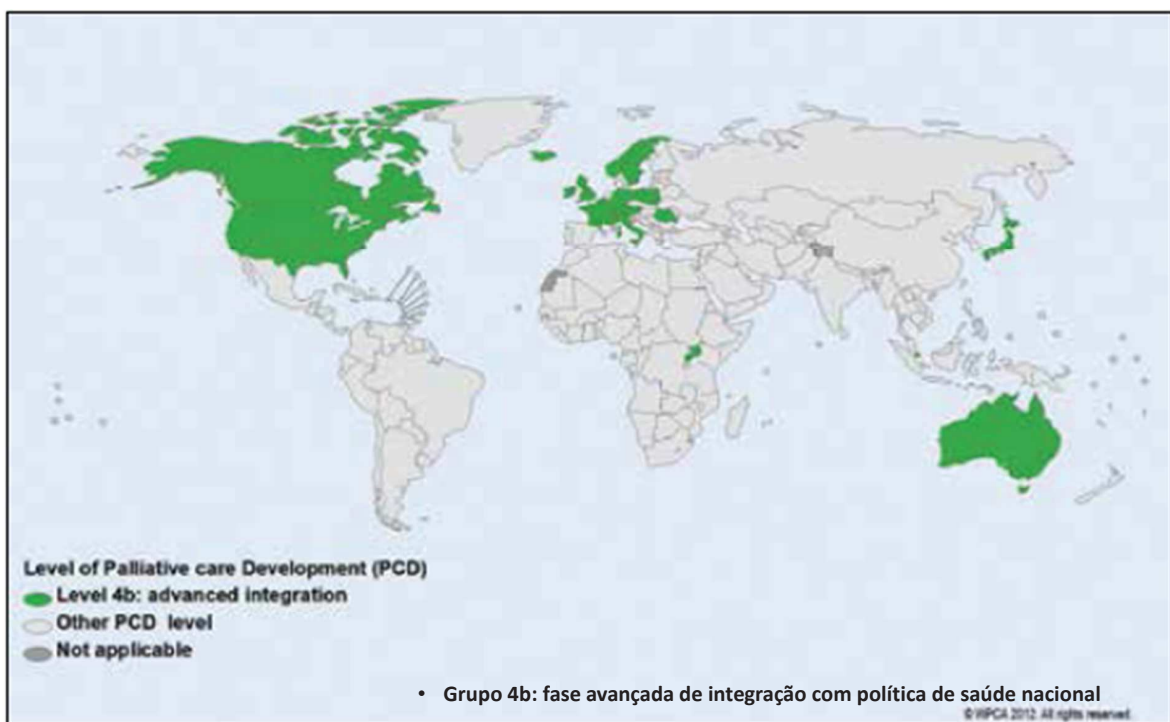
Global Atlas of Palliative Care  
WHO, 2014

## C. Paliativo no mundo, segundo a OMS



Global Atlas of Palliative Care  
WHO, 2014

## C. Paliativo no mundo, segundo a OMS



Global Atlas of Palliative Care  
WHO, 2014

**The  
Economist**

Intelligence  
Unit

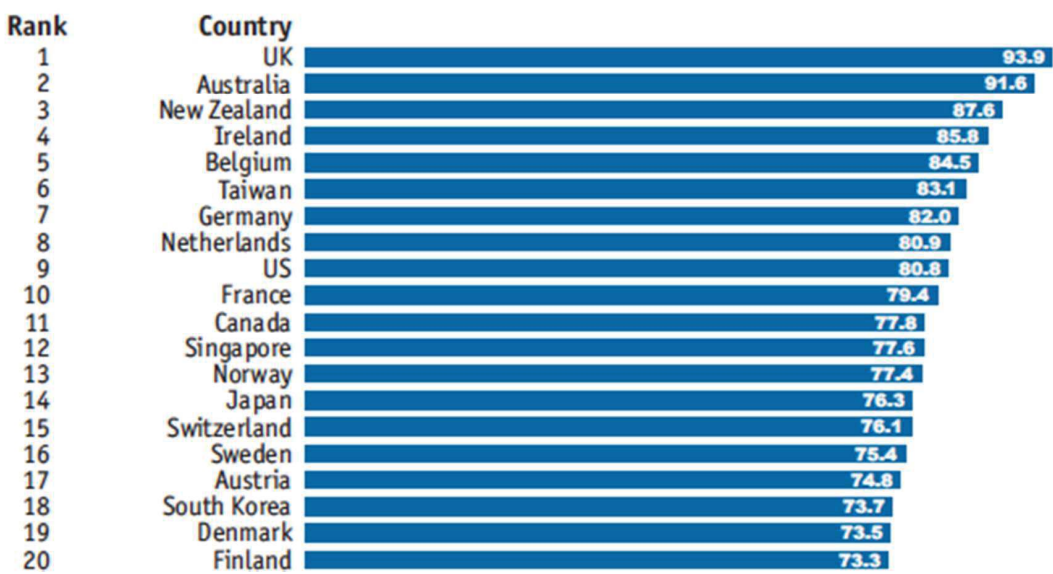
# **The 2015 Quality of Death Index**

## **Ranking palliative care across the world**

A report by The Economist Intelligence Unit

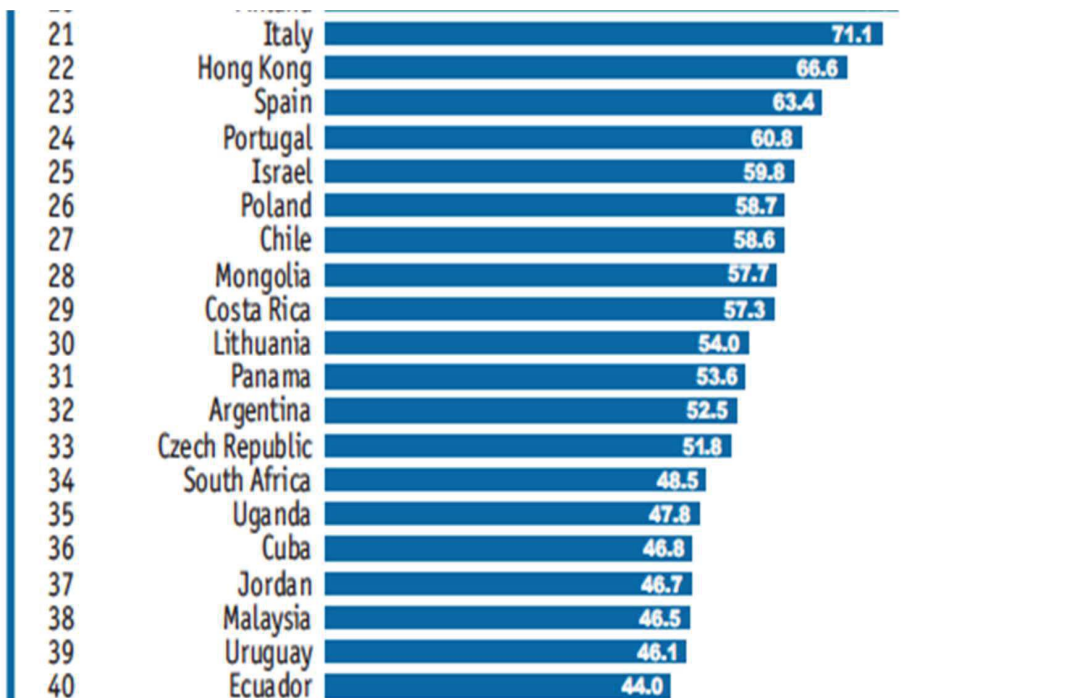
**Figure 1.2**

**2015 Quality of Death Index—Overall scores**

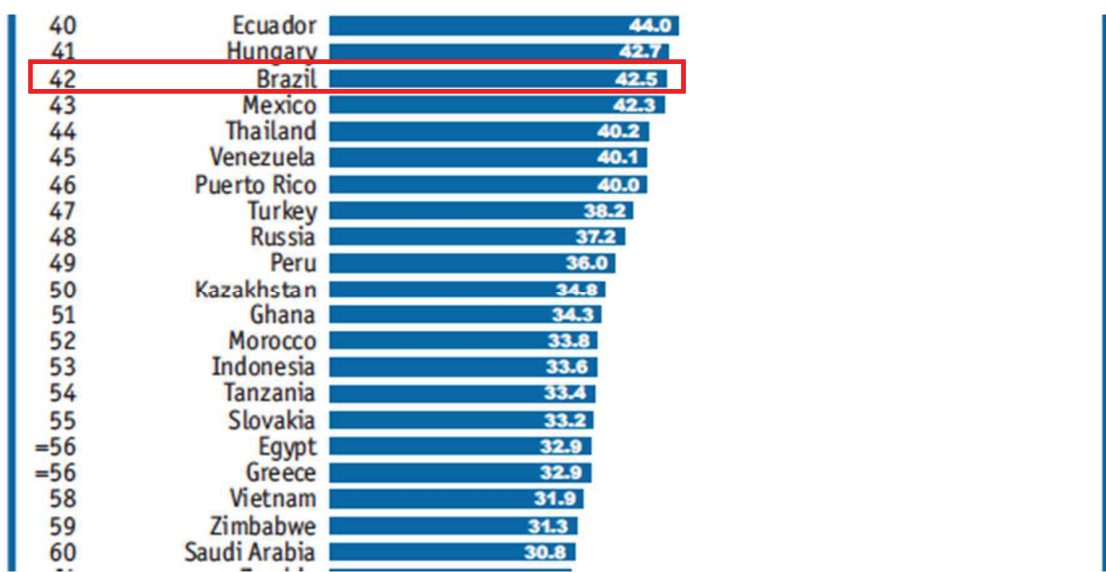


The Economist – Quality of death index 2015





The Economist – Quality of death index 2015



The Economist – Quality of death index 2015

The Lancet Commissions

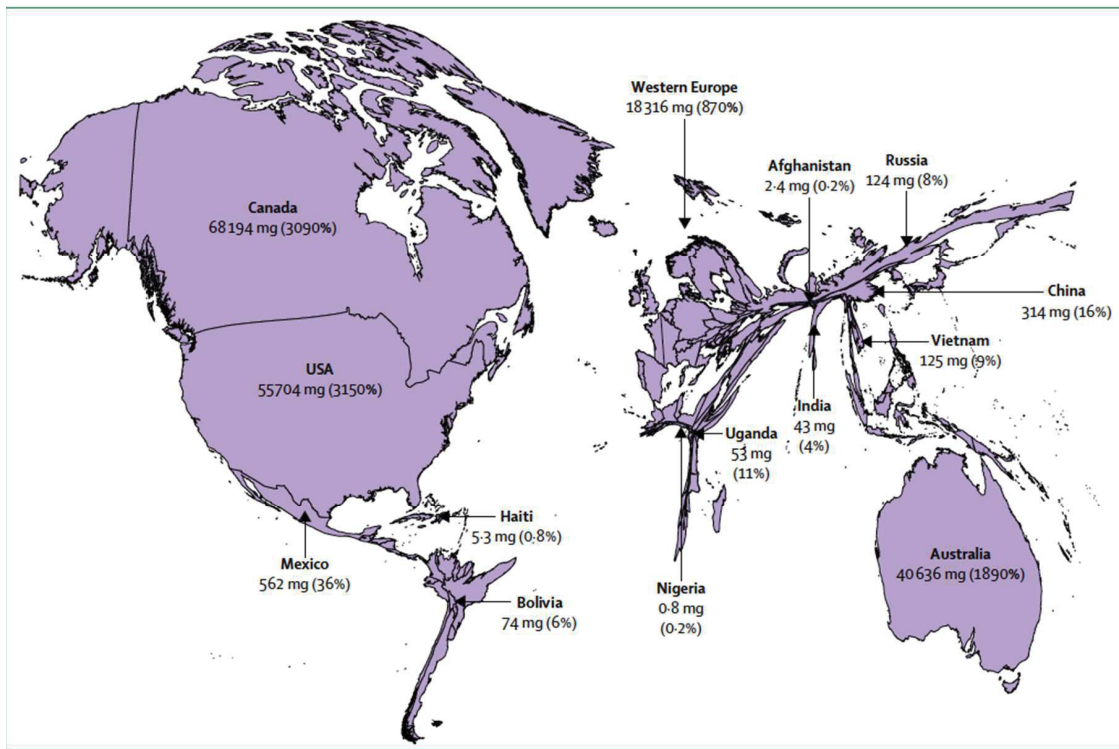
October 12, 2017

---

**Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—  
an imperative of universal health coverage: the Lancet  
Commission report**



*Felicia Marie Knaul, Paul E Farmer\*, Eric L Krakauer\*, Liliana De Lima, Afsan Bhadelia, Xiaoxiao Jiang Kwete, Héctor Arreola-Ornelas, Octavio Gómez-Dantés, Natalia M Rodriguez, George A O Alleyne, Stephen R Connor, David J Hunter, Diederik Lohman, Lukas Radbruch, María del Rocío Sáenz Madrigal, Rifat Atun†, Kathleen M Foley†, Julio Frenk†, Dean T Jamison†, M R Rajagopal†, on behalf of the Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group‡*



Knaul, Lancet 2017

	S-DDD use per million people per day		
	2001-03	2011-13	Absolute change*
America (South)	152 (102 to 201)	347 (239 to 455)	195
Falkland Islands	5381	2670	-2711
Chile	216	747	531
Argentina	158	741	583
Brazil	193	342	149
Colombia	84	329	245
Uruguay	604	311	-293
Venezuela	94	126	32
Guyana	27	123‡	96
Peru	55	102	47
Ecuador	42	79	37
Bolivia	20	32†	12
Paraguay	94	0	-94
Suriname	61	0	-61

Berterame, Lancet 2016

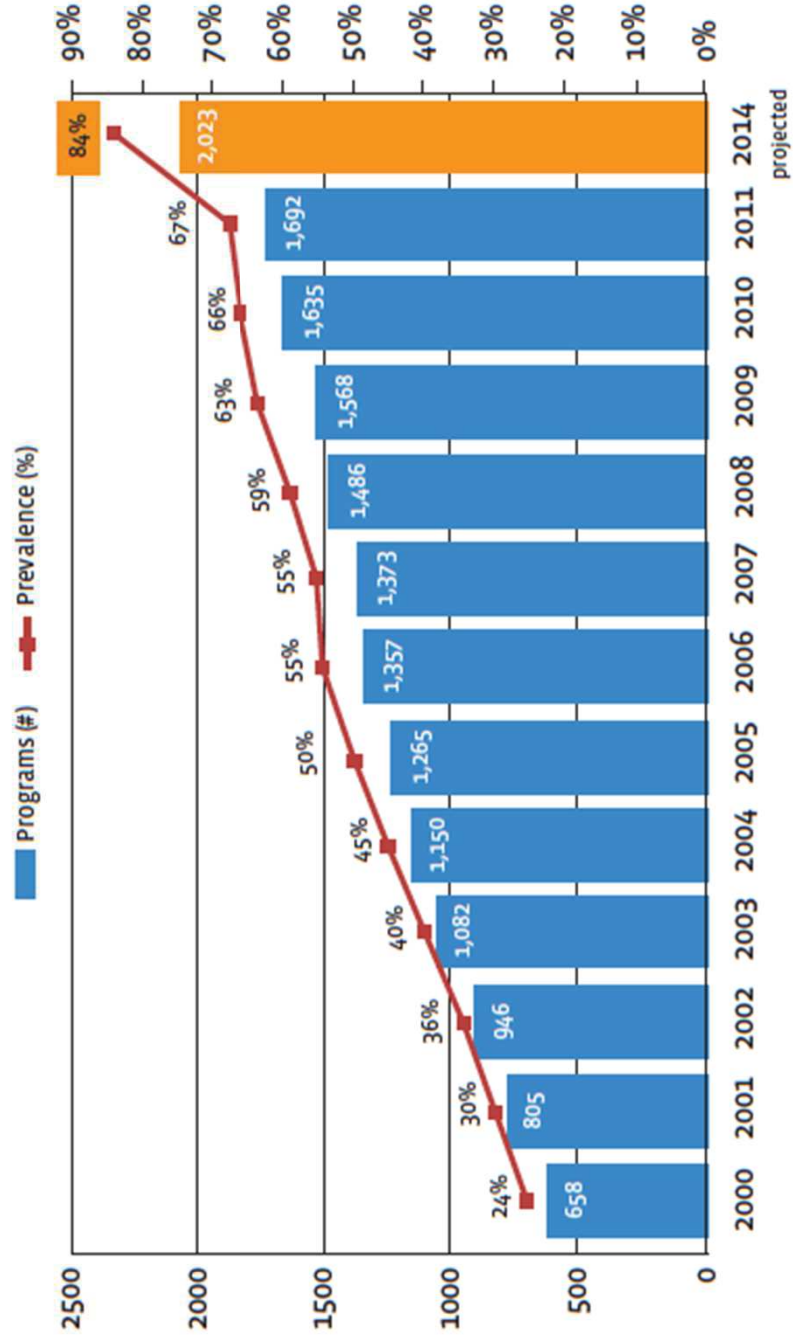
## Análise de estimativa de demanda-

- Estimativa mais conservadora (OMS) 20 milhões de pessoas no mundo -1 milhão de crianças.
- Além da fase final de vida: 40 milhões de pessoas/ano (WPCA, 2017).
  
- Recebem CP: 14%
  
- Brasil: ano 2014: 1.227.039 óbitos
- Necessidades de CP: 457.913/ano



## PALLIATIVE CARE IN THE U.S.

Prevalence of Palliative Care (2000-2011) in U.S. Hospitals with 50 or More Beds



## Cuidado Paliativo no Brasil

- Dados preliminares ATLAS de CP do Brasil, ANCP
- 127 serviços cadastrados
- Brasil: aproximadamente 2500 hospitais com >50 leitos
- < 5% dos hospitais brasileiros
- 36% serviços públicos



## Cuidado Paliativo no Brasil

- Dados preliminares ATLAS de CP do Brasil, ANCP
- 127 serviços cadastrados

Região	N serviços	%	população	Hab/ser (mi/ser)
sudeste	74	58%	80 mi	1,1
sul	18	14%	26 mi	1,4
nordeste	21	17%	50 mi	2,4
norte	4	3%	16 mi	4
centro-oeste	10	8%	16 mi	1,6

## Cuidado Paliativo no Brasil

- Dados preliminares ATLAS de CP do Brasil, ANCP
- 127 serviços cadastrados
- 47 (37%) serviços públicos
- 72 (57%) funcionam em um hospital
- 25 (20%) fazem atenção domiciliar
- 17 (14%) atendem crianças/adolescentes

## Atitudes profissionais frente a Cuidados Paliativos

- Paliofobia
- Paliolalia



1990

Organização Mundial da Saúde

Cuidado Paliativo:

O cuidado total ativo de **pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento curativo**. O controle da dor, outros sintomas, e da psicológica, social e problemas espirituais é primordial.

Clarke, Lancet 2007

1990

## Organização Mundial da Saúde

Cuidado Paliativo:

O cuidado total ativo de **pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento curativo**. O controle da dor, outros sintomas, e da psicológica, social e problemas espirituais é primordial.



Lanken, 2008

# 2002 Organização Mundial da Saúde Definição Cuidados Paliativos

“**Abordagem** que busca  
qualidade de vida...”

[www.who.int](http://www.who.int)

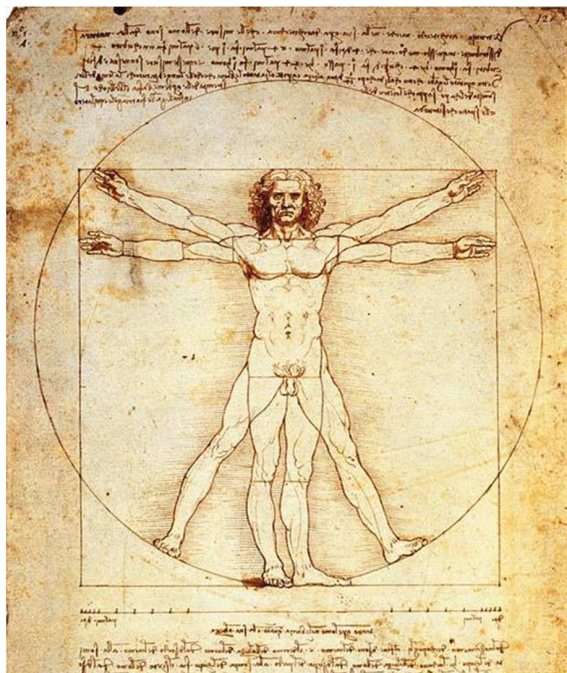
## 2002 Organização Mundial da Saúde Definição Cuidados Paliativos

“...prevenção e alívio do **sofrimento**...”



[www.who.int](http://www.who.int)

“...prevenção e alívio do sofrimento...  
**físico, psíquico, social e espiritual...**”

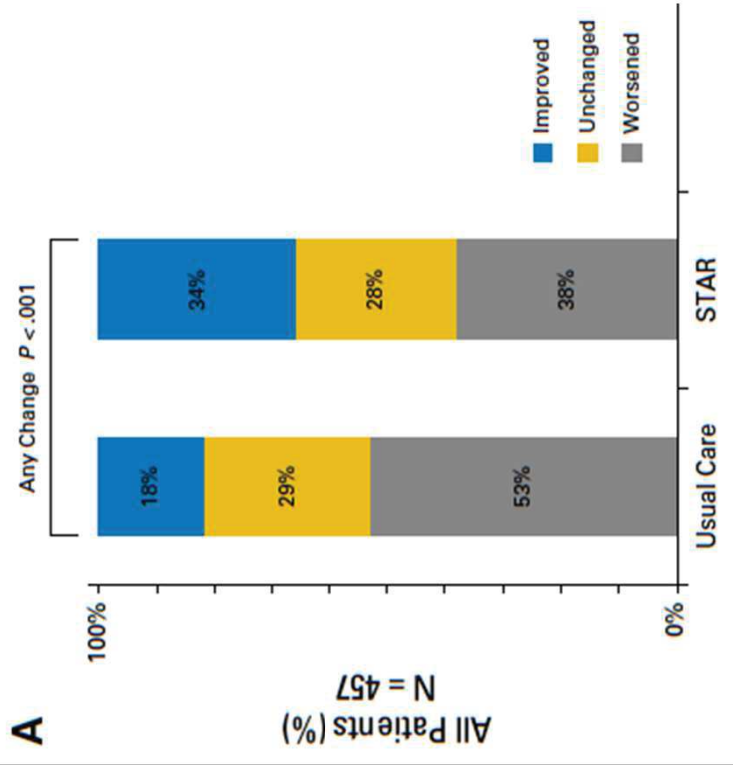


Dor  
Dispnéia  
Náuseas  
Insônia



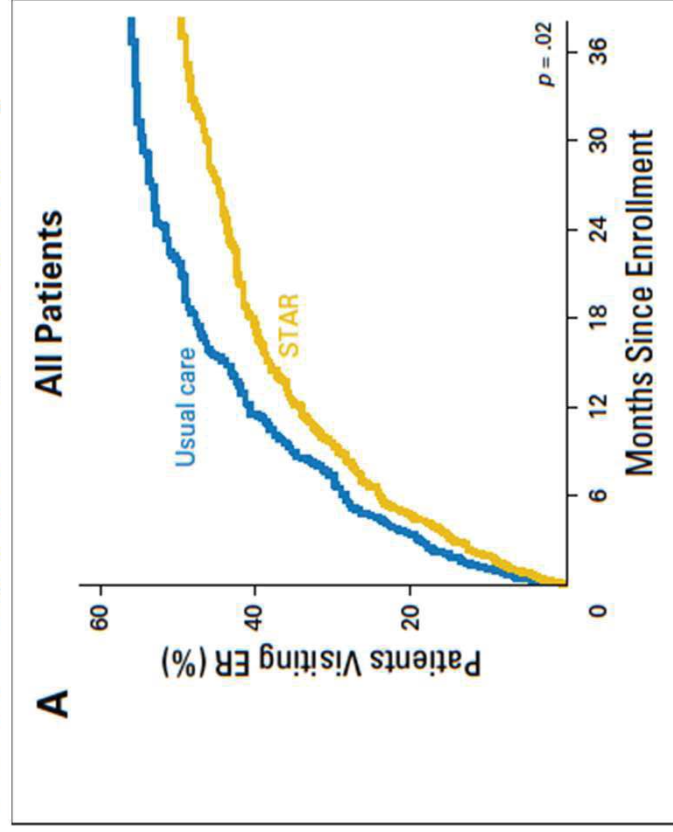
## Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial

*Ethan Basch, Allison M. Deal, Mark G. Kris, Howard I. Scher, Clifford A. Hudis, Paul Sabbatini, Lauren Rogak, Antonia V. Bennett, Anylou C. Dueck, Thomas M. Atkinson, Joanne F. Chou, Dorothy Dulko, Laura Sit, Allison Barz, Paul Novotny, Michael Fruscione, Jeff A. Sloan, and Deborah Schrag*



## Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial

Ethan Bosch, Allison M. Deal, Mark G. Kris, Howard I. Scher, Clifford A. Hudis, Paul Sabbatini, Lauren Rogak, Antonia V. Bennett, Amylou C. Dueck, Thomas M. Atkinson, Joanne F. Chou, Dorothy Dulko, Laura Sit, Allison Barz, Paul Novotny, Michael Fruscione, Jeff A. Sloan, and Deborah Schrag



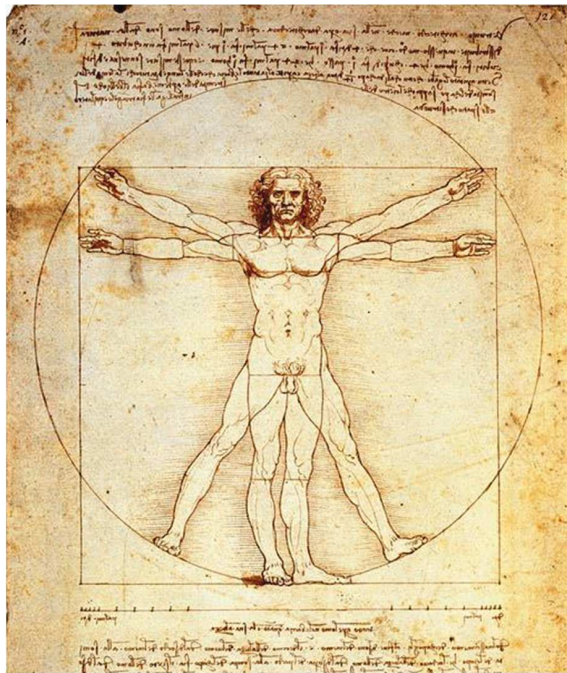
## Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial

Ethan Basch, Allison M. Deal, Mark G. Kris, Howard I. Scher, Clifford A. Hudis, Paul Sabbatini, Lauren Rogak, Antonia V. Bennett, Amylou C. Dueck, Thomas M. Atkinson, Joanne F. Chou, Dorothy Dulko, Laura Si, Allison Barz, Paul Novotny, Michael Fruscione, Jeff A. Sloan, and Deborah Schrag

**Table 3.** Overall and Quality-Adjusted Survival at 12 Months

Patients	N	STAR (95% CI)	Usual Care (95% CI)	P (Univariable)*	P (Multivariable)*
Overall survival, % alive at 1 year					
All patients	766	75.1 (70.7 to 79.0)	68.6 (63.2 to 73.6)	.03	.05
Subgroup analysis, % alive at 1 year					
Computer analysis, % alive at 1 year	227	74.2 (66.6 to 80.9)	59.7 (47.5 to 71.1)	.03	.02
Computer inexperienced	539	75.5 (70.1 to 80.4)	71.1 (65.1 to 76.7)	.25	.45
Quality-adjusted 12-month survival, months					
All patients	757†	8.7 (8.3 to 9.0)	8.0 (7.6 to 8.4)	.002	.004
Subgroup analysis, months					
Computer analysis, months	220†	8.3 (7.8 to 8.8)	7.2 (6.3 to 8.2)	.03	.02
Computer inexperienced	537†	8.8 (8.5 to 9.2)	8.2 (7.7 to 8.6)	.02	.046

“...prevenção e alívio do sofrimento...  
**físico, psíquico, social e espiritual...**”



Dor  
Dispnéia  
Náuseas  
Insônia

Ansiedade  
Depressão  
Medo

BMJ 2010;340:c1345

BMJ

RESEARCH

---

**The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial**

Karen M Detering, respiratory physician and clinical leader,<sup>1</sup> Andrew D Hancock, project officer,<sup>1</sup> Michael C Reade, physician,<sup>2</sup> William Silvester, intensive care physician and director<sup>1</sup>

The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial

Karen M Detering, respiratory physician and clinical leader,<sup>1</sup> Andrew D Hancock, project officer,<sup>1</sup> Michael C Reade, physician,<sup>2</sup> William Silvester, intensive care physician and director<sup>1</sup>

**Table 3 | Outcomes in 56 patients who died. Values are numbers (percentages) unless stated otherwise**

Outcomes	Intervention group	Control group	P value
Patients	29 (19)	27 (17)	0.75
Median (interquartile range) age (years)	85 (84-89)	84 (81-87)	0.06
Men	17 (59)	13 (48)	0.43
Completed advance care planning	25 (86)*	0 (0)	<0.001
Wishes known and followed	25 (86)	8 (30)	<0.001
Wishes unknown	3 (10)	17 (63)	<0.001
Wishes known but not followed	1 (3)	2 (7)	0.51
Location of death:			0.09 (overall)
Acute hospital but not intensive care unit	16 (55)	12 (44)	0.42
Intensive care unit	0 (0)	4 (15)	0.03
Home or non-acute hospital	6 (21)	8 (30)	0.19

## The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial

Karen M Detering, respiratory physician and clinical leader,<sup>1</sup> Andrew D Hancock, project officer,<sup>1</sup> Michael C Reade, physician,<sup>2</sup> William Silvester, intensive care physician and director<sup>1</sup>

**Table 3 | Outcomes in 56 patients who died. Values are numbers (percentages) unless stated otherwise**

Outcomes	Intervention group	Control group	P value
Patients	29 (19)	27 (17)	0.75
Median (interquartile range) age (years)	85 (84-89)	84 (81-87)	0.06
Men	17 (59)	13 (48)	0.43
Completed advance care planning	25 (86)*	0 (0)	<0.001
Wishes known and followed	25 (86)	8 (30)	<0.001
Wishes unknown	3 (10)	17 (63)	<0.001
Wishes known but not followed	1 (3)	2 (7)	0.51
Location of death:			0.09 (overall)
Acute hospital but not intensive care unit	16 (55)	12 (44)	0.42
Intensive care unit	0 (0)	4 (15)	0.03
Home or non-acute hospital	6 (21)	8 (30)	0.19

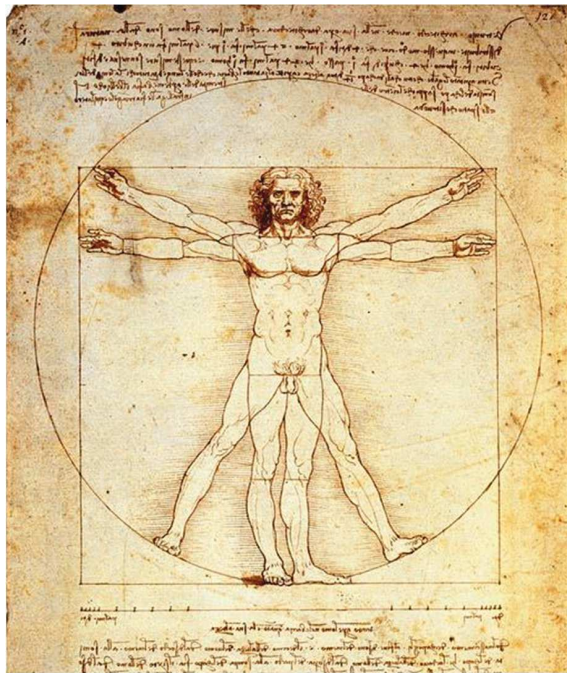
## The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial

Karen M Detering, respiratory physician and clinical leader,<sup>1</sup> Andrew D Hancock, project officer,<sup>1</sup> Michael C Reade, physician,<sup>2</sup> William Silvester, intensive care physician and director<sup>1</sup>

<b>Hospital anxiety and depression scale:</b>			
Median (interquartile range) depression	0 (0-1.5)	5 (0-9)	<0.001
Score ≥8‡	0 (0)	8 (30)	0.002
Median (interquartile range) anxiety	0 (0-3.5)	3 (0-6)	0.03
Score ≥8‡	0 (0)	5 (19)	0.02
<b>Satisfaction with quality of death</b>			
<b>Family member§¶:</b>			
Very satisfied	24 (83)	13 (48)	
Satisfied	2 (7)	8 (30)	0.02
Not satisfied	3 (10)	6 (22)	
<b>Family member's perception of patient's satisfaction**:</b>			
Very satisfied	25 (86)	10 (37)	
Satisfied	1 (4)	10 (37)	<0.001
Not satisfied	3 (10)	7 (26)	



“...prevenção e alívio do sofrimento...  
**físico, psíquico, social e espiritual...**”



Dor  
Dispnéia  
Náuseas  
Insônia

Família  
Casa  
Benefícios

Ansiedade  
Depressão  
Medo

## A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU

Alexandre Lautrette, M.D., Michael Darmon, M.D., Bruno Megarbane, M.D., Ph.D.,  
Luc Marie Joly, M.D., Sylvie Chevret, M.D., Ph.D., Christophe Adrie, M.D., Ph.D.,

Didier Barnoud, M.D., Gérard Bleichner, M.D., Cédric Bruel, M.D.,  
Gérald Choukroun, M.D., J. Randall Curtis, M.D., M.P.H., Fabienne Fieux, M.D.,  
Richard Galliot, M.D., Maité Garrouste-Orgeas, M.D., Hugues Georges, M.D.,  
Dany Goldgran-Toledano, M.D., Mercé Jourdain, M.D., Ph.D., Georges Loubert, M.D.,  
Jean Reignier, M.D., Fayçal Saidi, M.D., Bertrand Souweine, M.D., Ph.D.,

François Vincent, M.D., Nancy Kentish Barnes, Ph.D., Frédéric Pochard, M.D., Ph.D.,  
Benoit Schlemmer, M.D., and Elie Azoulay, M.D., Ph.D.

**Table 4. Outcomes Assessed on Day 90.**

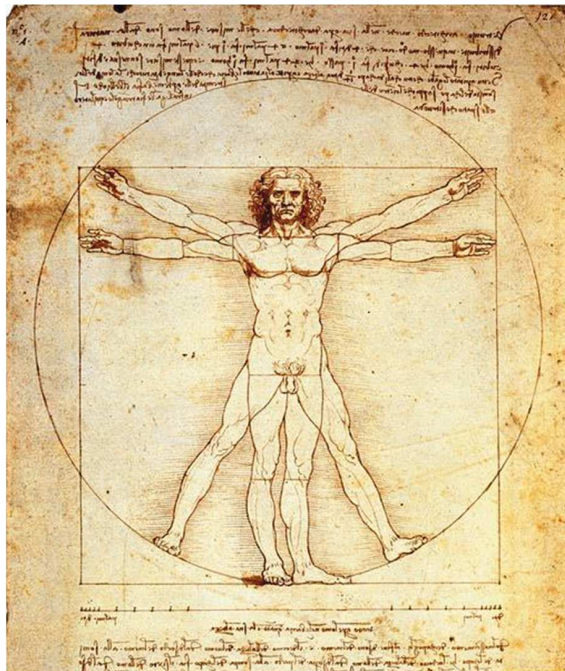
Variable	Control Group (N=52)	Intervention Group (N=56)	P Value
IES score			0.02
Median	39	27	
Interquartile range	25–48	18–42	
Presence of PTSD-related symptoms (IES score >30) — no. (%)	36 (69)	25 (45)	0.01
HADS score			0.004
Median	17	11	
Interquartile range	11–25	8–18	
Symptoms of anxiety — no. (%)	35 (67)	25 (45)	0.02
Symptoms of depression — no. (%)	29 (56)	16 (29)	0.003
Saw a psychologist after death of patient — no. (%)	6 (12)	4 (7)	0.41
Received newly prescribed psychotropic drugs after death of patient — no. (%)	12 (23)	6 (11)	0.05

N Engl J Med 2007;356:469-78.

“...prevenção e alívio do sofrimento...  
**físico, psíquico, social e espiritual...**”

Sagrado  
Significado de  
vida e morte

Família  
Casa  
Benefícios



Dor  
Dispneia  
Náuseas  
Insônia

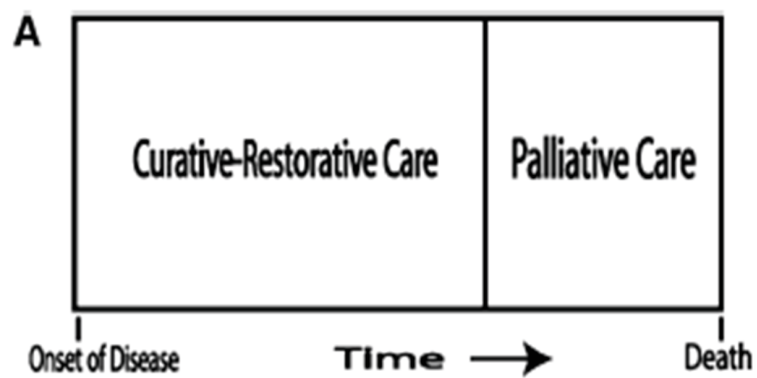
Ansiedade  
Depressão  
Medo

Definição Cuidados Paliativos  
Organização Mundial da Saúde

“...doenças que ameacem a vida...”

[www.who.int](http://www.who.int)

cuidado paliativo: definição antiga



Consenso paliativos em UTI  
American Thoracic Society 2008

Cuidado paliativo

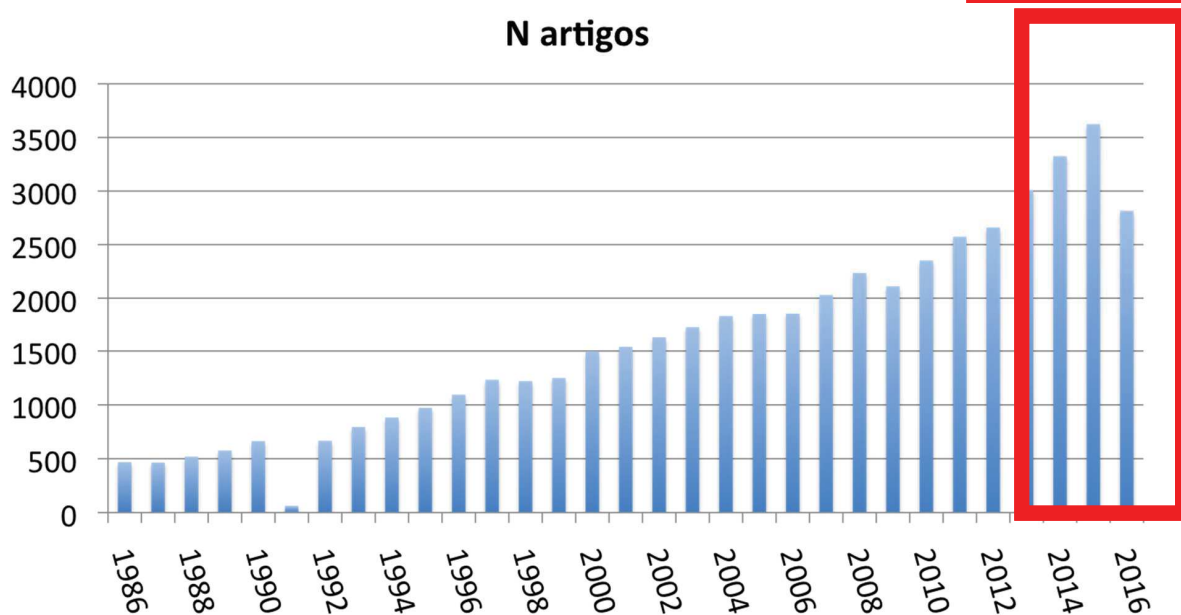


**Consenso cuidados paliativos**

- Organização Mundial de Saúde 2002
- American Thoracic Society 2008
- CREMESP 2008
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos 2009
- Forum AMIB 2011
- American Society of Clinical Oncology 2012

# Pub med: artigos publicados sobre Cuidados paliativos/ano

12.772





The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial

Karen M Detering, respiratory physician and clinical leader,<sup>1</sup> Andrew D Hancock, project officer,<sup>1</sup> Michael C Reade, physician,<sup>2</sup> William Silvester, intensive care physician and director<sup>1</sup>

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

N Engl J Med 2010;363:733-42.

Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial

Camilla Zimmermann, Nadia Swami, Monika Krzyzanowska, Breffni Hannon, Natasha Leighl, Amit Oza, Malcolm Moore, Anne Rydall, Gary Rodin, Ian Tannock, Allan Donner, Christopher Lo

JAMA | Original Investigation

## Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes A Systematic Review and Meta-analysis

Dio Kavalieratos, PhD; Jennifer Corbelli, MD, MS; Di Zhang, BS; J. Nicholas Dionne-Odom, PhD, RN; Natalie C. Ernecoff, MPH; Janel Hanmer, MD, PhD; Zachariah P. Hoydich, BS; Dara Z. Ikejiani; Michele Klein-Fedyshin, MSLS, BSN, RN, BA; Camilla Zimmermann, MD, PhD; Sally C. Morton, PhD; Robert M. Arnold, MD; Lucas Heller, MD; Yael Schenker, MD, MAS

- Meta-análise com 43 estudos randomizados e controlados, >12.000 pacientes
- Resultado:
  - Melhora qualidade de vida
  - Melhora controle de sintomas
  - Reduz uso de recursos de saúde

**N Engl J Med 2015**

**REVIEW ARTICLE**

*Edward W. Campion, M.D., Editor*

## Palliative Care for the Seriously Ill

Amy S. Kelley, M.D., M.S.H.S., and R. Sean Morrison, M.D.

**N Engl J Med 2015**

**REVIEW ARTICLE**

*Dan L. Longo, M.D., Editor*

## Comfort Care for Patients Dying in the Hospital

Craig D. Blinderman, M.D., and J. Andrew Billings, M.D.\*

**N Engl J Med 2014**

**REVIEW ARTICLE**

**CRITICAL CARE MEDICINE**

*Simon R. Finfer, M.D., and Jean-Louis Vincent, M.D., Ph.D., Editors*

## Dying with Dignity in the Intensive Care Unit

*Deborah Cook, M.D., and Graeme Rocker, D.M.*

## Estimating the Effect of Palliative Care Interventions and Advance Care Planning on ICU Utilization: A Systematic Review

Nita Khandelwal, MD, MS<sup>1</sup>, Erin K. Kross, MD<sup>2</sup>, Ruth A. Engelberg, PhD<sup>2</sup>, Norma B. Coe, PhD<sup>3</sup>, Ann C. Long, MD<sup>2</sup>, and J. Randall Curtis, MD, MPH<sup>2</sup>

Category	Percent Relative Risk Reduction <sup>a</sup>
Trials reporting on ICU admissions ( <i>n</i> = 3)	
Mean (SD)	37 (23)
Median (IQR)	50 (11, 51)
Intervention in ICU setting <sup>b</sup> ( <i>n</i> = 14)	
Mean (SD)	26 (23)
Median (IQR)	22 (48, 0)

## Benefícios da abordagem de CP na UTI

Outcome	Selected Relevant Studies
↓ Intensive care unit/hospital length of stay	Campbell et al; <sup>[11]</sup> Campbell et al; <sup>[32]</sup> Norton et al; <sup>[13]</sup> Curtis et al <sup>[48]</sup>
↓ Use of nonbeneficial treatments	Campbell et al; <sup>[11]</sup> O'Mahony et al; <sup>[14]</sup> Pierucci et al <sup>[33]</sup>
↓ Duration of mechanical ventilation	Payen et al <sup>[38]</sup>
↑ Family satisfaction/comprehension	Azoulay et al <sup>[34]</sup>
↓ Family anxiety/depression, posttraumatic stress disorder	Lautrette et al <sup>[35]</sup>
↓ Conflict over goals of care	Lilly et al <sup>[27]</sup>
↓ Time from poor prognosis to comfort-focused goals	Campbell et al <sup>[11]</sup>
↑ Symptom assessment/patient comfort	Erdek and Pronovost; <sup>[36]</sup> Chanques et al <sup>[37]</sup>

↓, decreased; ↑, increased.

Nelson JE, Crit Care Med 2010

[ Original Research **Critical Care** ]



# Decision-Making on Withholding or Withdrawing Life Support in the ICU

## A Worldwide Perspective



*Suzana M. Lobo, MD; Flávio H. B. De Simoni, MD; Stephan M. Jakob, MD, PhD; Angel Estella, MD; Sonali Vadi, MD; Andreas Bluethgen, MD; Ignacio Martin-Loeches, MD; Yasser Sakr, MD, PhD; and Jean-Louis Vincent, MD, PhD, FCCP; on behalf of the ICON investigators*

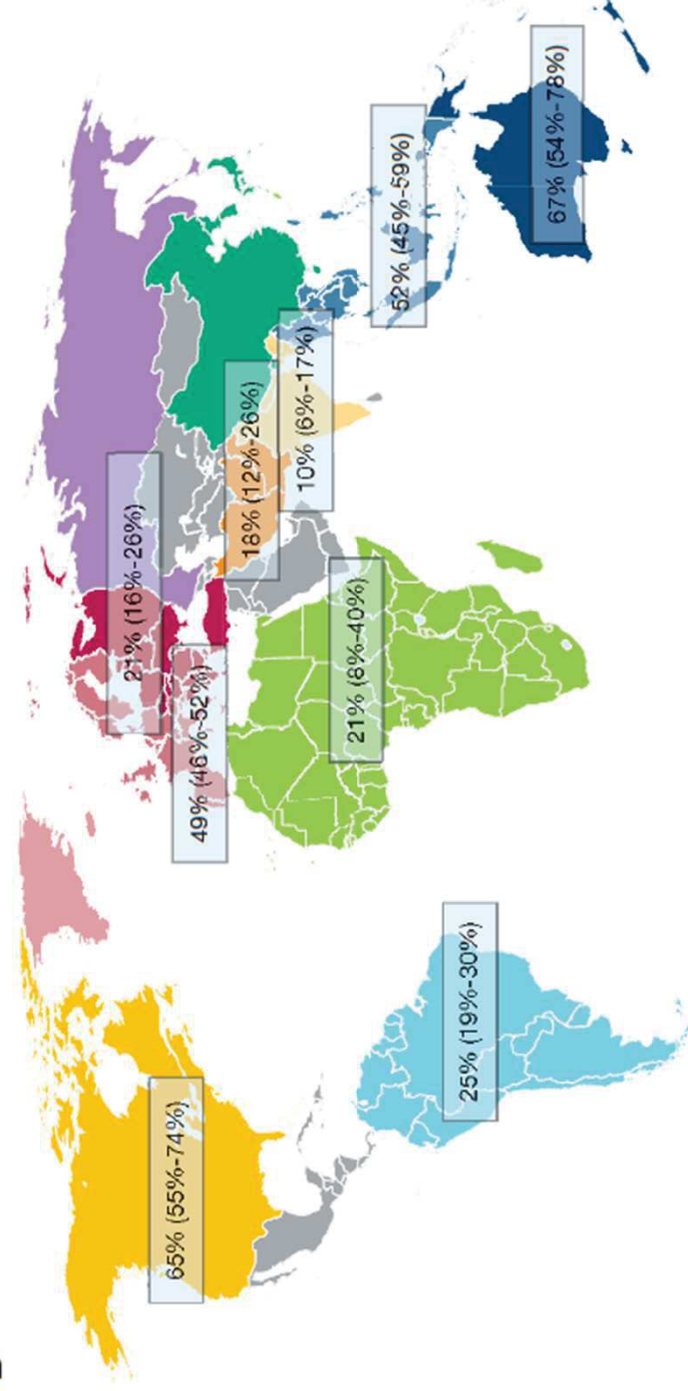
- 730 ICUs, 84 countries, 9524 patients

# Decision-Making on Withholding or Withdrawing Life Support in the ICU A Worldwide Perspective



Suzana M. Lobo, MD; Flávio H. B. De Simoni, MD; Stephan M. Jakob, MD, PhD; Angel Estella, MD; Sonali Vadi, MD;

Andre,  
on behalf



# Decision-Making on Withholding or Withdrawing Life Support in the ICU

## A Worldwide Perspective



*Suzana M. Lobo, MD; Flávio H. B. De Simoni, MD; Stephan M. Jakob, MD, PhD; Angel Estella, MD; Sonali Vadi, MD; Andreas Bluethgen, MD; Ignacio Martin-Loeches, MD; Yasser Sakr, MD, PhD; and Jean-Louis Vincent, MD, PhD, FCCP; on behalf of the ICON investigators*

	% of decisions to withdraw/withold life sustaining therapies	
Low/lower middle GNI countries	<b>6%</b>	<b>P&lt;0,001</b>
High GNI countries	<b>14%</b>	



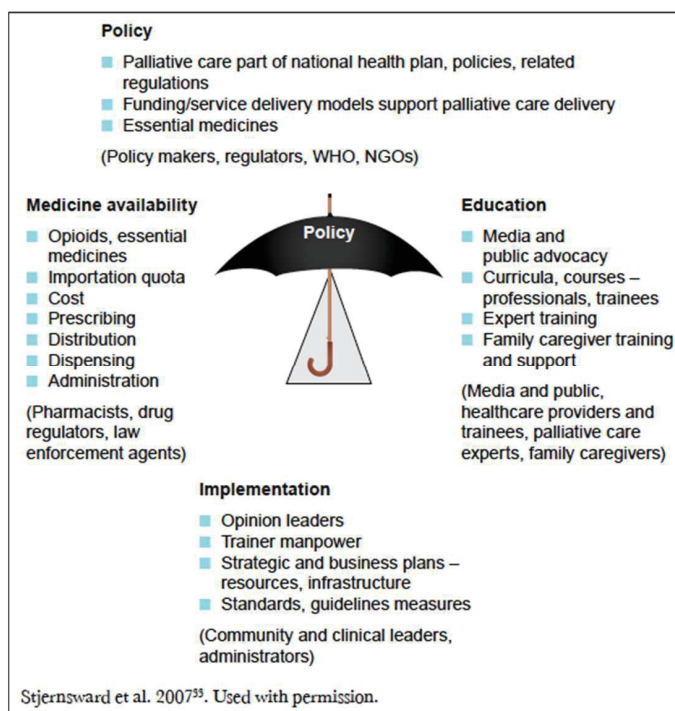
## Atitudes profissionais frente a Cuidados Paliativos

- Paliofobia
- Paliolalia
- Paliofilia
- PaliATIVO



# Principais desafios, segundo OMS

## 1. Política nacional



# Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

## 2. O documento

### b) para quê?

- Responder, progressivamente, às necessidades da comunidade, promovendo o acesso dos pacientes aos Cuidados Paliativos nas várias regiões do país e tão próximo quanto possível da sua residência;
- Responder as necessidades e preferências dos pacientes, promovendo uma gama completa de cuidados paliativos diferenciados, quer em ambulatório, internação ou domicílio;
- Garantir a qualidade da organização e da prestação da assistência paliativa, através de monitoramento, avaliação e melhoria contínua;
- Promover a equidade no acesso e na prestação dos cuidados paliativos;
- Promover a articulação entre Cuidados Paliativos e outros cuidados de saúde, cooperando e interligando-se com outras ações e serviços do SUS nos seus diversos níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado; e
- Criar condições para a formação e educação permanente de profissionais e equipes de saúde para atuação em cuidados paliativos.

# Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

1. A trajetória político-administrativa do documento

**2. O documento**

a) por quê?

b) para quê?

**c) como?**

3. Discussão:

a) melhorias no documento

b) próximos passos na trajetória político-administrativa

# Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

## Sumário

1. [Glossário](#)
2. [Introdução](#)
3. [Cuidados Paliativos: Definição e Princípios de Atuação](#)
4. [Construções Federais Sobre o Tema](#)
5. [Estimativa da Necessidade de Cuidados Paliativos no Brasil](#)
6. [Especificidades e Transversalidade do Cuidado Paliativo 17](#)
7. [...](#)

# Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

## Glossário

- Ação paliativa:
- Cuidado Paliativo:
- Unidade de internação especializada em Cuidados Paliativos/Hospice.
- Cuidados ao fim da vida:
- Doenças incuráveis em fase avançada de evolução:
- Fase final da vida:
- Processo ativo de morte:
- Futilidade terapêutica:
- Tratamento potencialmente inapropriado:
- Decisão compartilhada:
- Ortotanásia:
- Distanásia ou obstinação terapêutica:
- Eutanásia:
- Mistanásia:
- Diretiva Antecipada de Vontade:
- Testamento Vital

**Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos – parte 1**

EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE, 2013; 20 (2)

- Abordagem de CP
- CP gerais
- CP especializados



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

## Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model

Timothy E. Quill, M.D., and Amy P. Abernethy, M.D.

### Representative Skill Sets for Primary and Specialty Palliative Care.

#### Primary Palliative Care

- Basic management of pain and symptoms
- Basic management of depression and anxiety
- Basic discussions about

Prognosis

Goals of treatment

Suffering

Code status

#### Specialty Palliative Care

- Management of refractory pain or other symptoms
- Management of more complex depression, anxiety, grief, and existential distress
- Assistance with conflict resolution regarding goals or methods of treatment
  - Within families
  - Between staff and families
  - Among treatment teams
- Assistance in addressing cases of near futility



# Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

## Sumário

- [8. Estruturação dos Cuidados Paliativos dentro do Sistema de Saúde](#)
- [8.1. - 1º nível: Abordagem de cuidados paliativos](#)
- [8.2. - 2º nível: Cuidados paliativos Gerais](#)
- [8.3. - 3º nível: Cuidados paliativos Especializados](#)
- [9. Cuidados Paliativos Especializados de Grau I:](#)
- [10. Cuidados Paliativos Especializados de Grau II](#)
- [11. Cuidados Paliativos Especializados de Grau III](#)

## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- **8.1. - 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 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.

-

## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- **8.2. - 2º nível: Cuidado Paliativo Geral**

- Compreendem 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.

-

## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- **8.2. - 2º nível: Cuidado Paliativo Geral**

- 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 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*.

## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

### • 8.3. - 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. (...)
- 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 (...) 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.

## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- **8.3. - 3º nível: Serviços de Cuidados paliativos Especializados**

- 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:**
-

## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- **8.3. - 3º nível: Serviços de Cuidados paliativos Especializados**

- **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** (ambulatorial, 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 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.

## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- **8.3. - 3º nível: Serviços de Cuidados paliativos Especializados**

- **Serviço de Cuidados Paliativos Especializados de Grau I:**

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



## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- **8.3. - 3º nível: Serviços de Cuidados paliativos Especializados**
- **Serviços de Cuidados Paliativos Especializados de Grau II**
- São equipes multidisciplinares completas e capacitadas, que atuam especificamente com Cuidados Paliativos (...)
- **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.

## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- **8.3. - 3º nível: Serviços de Cuidados paliativos Especializados**
- **Serviços de Cuidados Paliativos Especializados de Grau II**

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

# Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- **8.3. - 3º nível: Serviços de Cuidados paliativos Especializados**

- **Serviços de Cuidados Paliativos Especializados de Grau II**

- **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

## Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

- **8.3. - 3º nível: Serviços de Cuidados paliativos Especializados**
- **Serviços de Cuidados Paliativos Especializados de Grau II**
- **Serviços de Cuidados Paliativos Especializados de Grau III**

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

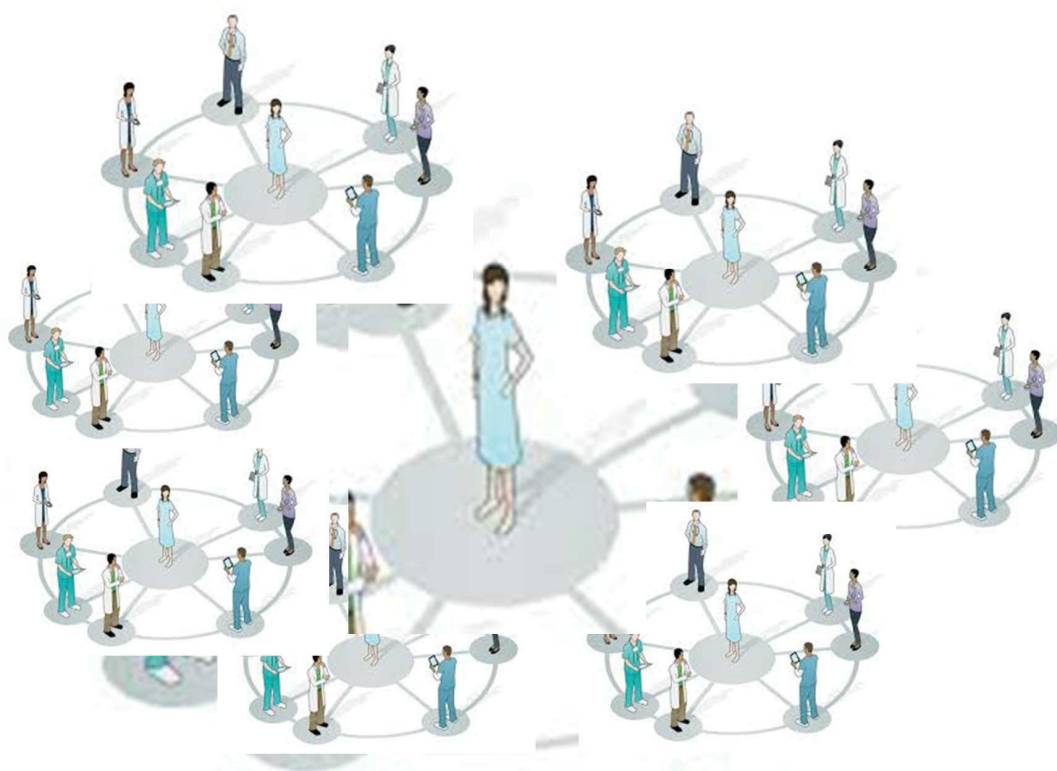
# Definição Cuidados Paliativos Organização Mundial da Saúde

**“trabalho em  
equipe...”**



[www.who.int](http://www.who.int)

# Trabalho entre equipes



# Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde

1. A trajetória político-administrativa do documento
2. O documento
  - a) por quê?
  - b) para quê?
  - c) como?
- 3. Discussão:**
  - a) melhorias no documento**
  - b) próximos passos na trajetória político-administrativa**

**OBRIGADO  
PELA PARCERIA  
E PELA ATENÇÃO!!!!**





CONSINCA 21/03/2018

Apresentação continuação pauta (2) Cuidados paliativos: "Política norteadora para fortalecimento e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde" - Pascoal Marracini (Abificc)



*CONSINCA 21/03/2018*

#### 4- CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados Paliativos – Daniel Forte – ANCP

Discussão de remuneração de Cuidados Paliativos em linha de Cuidado Pascoal Marracini – ABIFICC

- Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "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 ameace 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"
- Nas fases iniciais do câncer, o tratamento geralmente é agressivo, com objetivo de cura ou remissão, e isso é compartilhado com o doente e sua família de maneira otimista. Quando a doença já se apresenta em estágio avançado ou evolui para esta condição mesmo durante o tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa deve entrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se impõe para, através de seus procedimentos, garantir qualidade de vida.

• Fonte: INCA



#### 4- CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados Paliativos – Daniel Forte – ANCP

Discussão de remuneração de Cuidados Paliativos em linha de Cuidado Pascoal Marracini – ABIFICC

- A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes e propõe que "muitos aspectos dos cuidados paliativos devem ser aplicados mais cedo, no curso da doença, em conjunto com o tratamento oncológico ativo" e são aumentados gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte. A transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente.

- *Fonte: INCA*



#### 4- CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados Paliativos – Daniel Forte – ANCP

Discussão de remuneração de Cuidados Paliativos em linha de Cuidado Pascoal Marracini – ABIFICC



- **Os princípios dos cuidados paliativos são:**
  - Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispnéia e outras emergências oncológicas.
  - Reafirmar vida e a morte como processos naturais.
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente.
  - Não apressar ou adiar a morte.
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente.
- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte.
- Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

• **Fonte: INCA**

Procedimento: 03.04.10.001-3 - TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE PACIENTE ONCOLÓGICO

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos

Sub-Grupo: 04 - Tratamento em oncologia

Forma de Organização: 10 - Gerais em oncologia

Competência: 03/2018  [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: HospitalarHospital Dia

Complexidade: Média Complexidade

Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)

Sexo: Ambos

Média de Permanência:

Tempo de Permanência:

Quantidade Máxima: 8

Idade Mínima: 0 meses

Idade Máxima: 130 anos

Pontos: 120

Atributos Complementares: Permanência por dia

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00 Serviço Hospitalar: R\$ 37,78

Total Ambulatorial: R\$ 0,00 Serviço Profissional: R\$ 8,15

Total Hospitalar: R\$ 45,93

Classificação	Habilitação	Redes	Regra Condicionada
---------------	-------------	-------	--------------------

DE PACIENTE INTERNADO POR INTERCORRÊNCIA DEVIDA AO CANCER OU AO SEU TRATAMENTO. ENTENDE-SE POR INTERCORRÊNCIA AGUDA, PREVISÍVEL OU NÃO, DEVIDA A NEOPLASIA MALÍGNA OU AO SEU TRATAMENTO E QUE NECESSITA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR OU EM HOSPITAL DIA, PARA CONTROLE DA COMPLICAÇÃO.

Procedimento: 03.04.10.002-1 - TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE ONCOLÓGICO

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos

Sub-Grupo: 04 - Tratamento em oncologia

Forma de Organização: 10 - Gerais em oncologia

Competência: 03/2018  [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Hospitalar  
Complexidade: Média Complexidade  
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)  
Sub-Tipo de Financiamento:  
Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)  
Sexo: Ambos  
Média de Permanência: 4  
Tempo de Permanência:  
Quantidade Máxima: 1  
Idade Mínima: 0 meses  
Idade Máxima: 130 anos  
Pontos: 120  
Atributos Complementares: Admite permanência à maior

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00 Serviço Hospitalar: R\$ 302,30  
Total Ambulatorial: R\$ 0,00 Serviço Profissional: R\$ 65,14  
Total Hospitalar: R\$ 367,44

Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada
---------------	-------------	-------	--------	--------------------

DE PACIENTE INTERNADO NA MODALIDADE HOSPITALAR POR COMPLICAÇÃO AGUDA OU CRÔNICA DEVIDA À NEOPLASIA, INCLUSIVE A PROGRESSÃO TUMORAL OU COMPLICAÇÃO PROGRESSIVA. A AUTORIZAÇÃO DESTES PROCEDIMENTOS PODERÁ SER CONCEDIDA APENAS PARA O PROCEDIMENTO 04.10.001-3 - TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE PACIENTE ONCOLÓGICO, SE O CONTROLE DA DOENÇA REQUISITAR MAIOR PERMANÊNCIA HOSPITALAR.

Procedimento: 03.01.14.001-4 - ATENDIMENTO DE PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos  
Sub-Grupo: 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos  
Forma de Organização: 14 - Cuidados Paliativos

Competência: 03/2018  [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: AmbulatorialAtenção Domiciliar  
Complexidade: Atenção Básica  
Financiamento: Atenção Básica (PAB)  
Sub-Tipo de Financiamento:  
Instrumento de Registro: BPA (Individualizado)  
Sexo: Ambos  
Média de Permanência:  
Tempo de Permanência:  
Quantidade Máxima:  
Idade Mínima: 0 meses  
Idade Máxima: 130 anos  
Pontos:  
Atributos Complementares:

#### Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00 Serviço Hospitalar: R\$ 0,00  
Total Ambulatorial: R\$ 0,00 Serviço Profissional: R\$ 0,00  
Total Hospitalar: R\$ 0,00

Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada
-------------	-------	--------	--------------------

...AMENTO DOMICILIAR E AMBULATORIAL A PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS, CONSIDERANDO AS AÇÕES PALIATIVAS  
...SA A DIMINUIÇÃO DAS REPERCUSSÕES NEGATIVAS DA DOENÇA, EM SITUAÇÕES DE CONDIÇÃO CLÍNICA IRREVERSÍVEL OU D  
...VERATIVA.

5- **PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS-**  
Pascoal Marracini – ABIFICC

O atendimento odontológico a pacientes hospitalizados portadores de enfermidades sistêmicas contribui efetivamente para sua recuperação.





CONSINCA 21/03/2018

Apresentação pauta: (3) Custo Sobre A Implantação Do Port-A-Cath

2- CUSTO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO PORT-A-CATH  
Pascoal Marracini – ABIFICC

04.06.02.007-8 - IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE  
IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO PRINCIPAL)



Grupo:	04 - Procedimentos cirúrgicos
Sub-Grupo:	06 - Cirurgia do aparelho circulatório
Forma de Organização:	02 - Cirurgia vascular

Descrição: **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PRINCIPAL PARA ACESSO VENOSO CENTRAL (VEIA SUBCLÁVIA, JUGULAR OU OUTRA DE GRANDE CALIBRE) COM O USO DE CATETER SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTÁVEL PARA ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS, ANTINEOPLÁSICOS OU TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS. INCLUI O CATETER.**

Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Hospitalar:	R\$ 319,44
Total Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Profissional:	R\$ 109,20
		Total Hospitalar:	R\$ 428,64

**CUSTO MATERIAL – R\$ 420,00**