

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04>

## TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO E NO BRASIL

**Carolina Fraga Paiva<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-8960-1571

**Tânia Cristina Franco Santos<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-2325-4532

**Laís de Miranda Crispim Costa<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-4997-567X

**Antonio José de Almeida Filho<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-6430-3540

<sup>I</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro.  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

<sup>II</sup> Universidade Federal de Alagoas.  
Maceió, Alagoas, Brasil

**Autora Correspondente:**

Carolina Fraga Paiva  
E-mail: [carolinafraga02@gmail.com](mailto:carolinafraga02@gmail.com)



### Como citar:

Paiva CF, Santos TCF, Costa, LMC, Almeida-Filho AJ.  
Trajetória dos Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil.  
In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ,  
(Orgs.) Potencial interdisciplinar da enfermagem:  
histórias para refletir sobre o tempo presente.  
Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 41 a 49  
<https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04>

### CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES: A MORTE VERSUS OS CUIDADOS PALIATIVOS

Este texto tem por objetivo dissertar acerca de aspectos importantes na evolução dos cuidados paliativos e a enfermagem. Assim, temos que a morte é um tema que acompanha a história da humanidade, onde cada cultura a explica de maneira particular, perpetuando suas interpretações de geração em geração. Desde a idade média até os dias atuais a morte transita entre o domicílio e o espaço hospitalar, com idas e vindas. Assim, o processo civilizatório iniciado há cerca de quatrocentos ou quinhentos anos evidencia que as atitudes das pessoas frente à morte sofreram e ainda sofrem mudanças significativas<sup>(1)</sup>.

A intenção de uma morte digna, próximo de pessoas queridas e menos sofrida, foi descrita pelos ingleses nas décadas de 1950 e 1960, se estendendo aos Estados Unidos da América (EUA) e outros países da Europa, o que culminou na criação do modelo de cuidados integrais e mais humanizados, especificamente para pessoas com doenças avançadas, progressivas e crônicas, sem possibilidade de tratamento modificador da doença<sup>(2)</sup>.

Com o desenvolvimento dos cuidados integrais e humanizado ao paciente e o processo de morrer, os profissionais da área da saúde perceberam uma forma de atendimento com ênfase nos cuidados, por meio de uma assistência interdisciplinar, a considerar os familiares envolvidos e o momento final de vida. Trata-se, então, dos Cuidados Paliativos, que tem como principal meta a qualidade de vida e requer planejamento interdisciplinar. Nesse planejamento de atuação multiprofissional, com tendência à horizontalização das relações de poder entre as áreas envolvidas, há reciprocidade, enriquecimento mútuo, permitindo a troca de conhecimento, inclui-se a família e utiliza-se dos recursos disponíveis na comunidade como aspectos fundamentais<sup>(3)</sup>.



Assim, os cuidados paliativos nascem no sentido de pensar o cuidado em uma postura menos curativista, cujo foco passa a ser a pessoa cuidada e não a doença que lhe acomete. Entretanto, cabe registrar que o termo *hospice* antecede os cuidados paliativos; tem origem no latim *hospes*, que significa estranho e depois anfitrião; *hospitalis* que significa amigável, ou seja, boas-vindas ao estranho, e evolui para o significado de hospitalidade<sup>(4)</sup>. Já o termo *palliare*, da mesma origem, significa amparar, proteger, abrigar. Em analogia, surge como foco principal a perspectiva do cuidar e não somente curar<sup>(5)</sup>, salvaguardando a dignidade da pessoa até o fim de sua vida.

Por conseguinte, a história dos cuidados paliativos se confunde com a do termo *hospice* e foi em 1947 que Cicely Saunders conheceu e acompanhou até a morte um paciente de 40 anos chamado David Tasma, que recebeu uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. David lhe deixou uma herança, dizendo: Eu serei uma janela na sua Casa. Segundo Cicely, este foi o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar<sup>(6)</sup>, e também será a forma que dar-se-á o início dessa discussão.

### **CUIDADOS PALIATIVOS: DA EXPERIÊNCIA DE CICELY SAUNDERS AO MOVIMENTO DE EXPANSÃO**

Essa nova forma do cuidado foi introduzida nas décadas de 1950 e 1960, por Cicely, inglesa com formação humanista, enfermeira, médica e assistente social. Assim, a precursora desse novo processo destacou-se no desenvolvimento desses cuidados e difundiu a medicina paliativa na Inglaterra, no Canadá, EUA e na Austrália<sup>(6)</sup>.

Fundou então em 1967 o San Christopher's Hospice, cujo objetivo era proporcionar qualidade de vida e finitude digna a pessoa com doença avançada sem possibilidade de tratamento modificador da doença, cuja estrutura abarcava a assistência e também o desenvolvimento de ensino e pesquisa para estudantes e profissionais de diferentes países do mundo<sup>(7)</sup>. Sua vida foi dedicada a esse perfil de pacientes e, para ela, era possível cuidar quando não era mais possível curar. O St. Christopher's era composto por uma equipe multiprofissional, além de voluntários, que acolhiam pacientes com doença avançada sem possibilidade de alteração prognóstica<sup>(6)</sup>. A iniciativa era pautada em uma assistência centrada no controle da dor e alívio dos sintomas e, sobretudo, dirigida à totalidade e individualidade da pessoa, e não à sua doença, tornou-se então uma militante em prol dos direitos desses pacientes<sup>(8)</sup>.

Considera-se que o movimento de *hospices* pelo mundo tem origem no trabalho de Cicely, desenvolvido a partir de uma filosofia de cuidados específicos, voltado para uma abordagem psicossocial e espiritual, ativa comunicação, tomada de decisão, apoio do familiar e outros envolvidos no processo<sup>(9)</sup>. A partir dela, a filosofia desses cuidados difundiu-se pelo mundo com objetivo de propiciar uma assistência total e individualizada para o cuidado de pacientes com doença avançada.

Na América do Norte, esse movimento se deu em 1973, com a visita do médico cirurgião canadense Balfour Mount ao St. Christopher's Hospice, dando início a um serviço semelhante ao de Cicely, após identificar necessidades dos pacientes que estavam morrendo no Montreal's Royal Victoria Hospital. Ato contínuo, em 1974, com o desenvolvimento do novo serviço, na primeira unidade de cuidados paliativos do Canadá, Mount cunhou o termo "cuidados paliativos" para destacar o foco na atenção à qualidade de vida dos pacientes até o momento da morte. O termo *palliative care* foi criado para descrever o serviço iniciado no Canadá, e desde então ganhou aceitação mundial<sup>(9)</sup>.

No mesmo ano, 1974, o termo "cuidados paliativos" passou a ser adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Comitê de Câncer criou um grupo de trabalho responsável pela definição de políticas que visassem o alívio da dor e cuidados para pacientes com câncer, direcionando a recomendação para todos os países do mundo<sup>(10)</sup>.

Em 1985, em face da expansão dos movimentos de protesto contra o abandono de pacientes sem possibilidades terapêuticas, pelo sistema de saúde inglês, foi fundada a Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda e a Inglaterra foi o primeiro país a reconhecer a medicina paliativa como especialidade médica<sup>(2)</sup>.

Dando continuidade aos registros voltados para os cuidados paliativos, foram publicados em 1986 pela OMS os princípios que regiam a atuação da equipe multiprofissional atuante nesses cuidados, baseando-se

em medidas para melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família, que são eles: promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilitasse ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto; oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; e iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, incluindo todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes<sup>(11)</sup>.

Em 1990, com o intuito de uma abordagem abrangente e integrada dos cuidados paliativos, a OMS o conceituou pela primeira vez como:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares<sup>(12)</sup>.

Já no século XXI, em termos de cenário internacional tem-se importantes documentos que legitimam a importância dos cuidados paliativos, a exemplo do *Capetown Declaration* em 2002<sup>(13)</sup>, *Korea Declaration* em 2005<sup>(14)</sup> e *Budapest Commitments* em 2007<sup>(15)</sup>, os quais apontam a necessidade de desenvolvimento e implementação de políticas de cuidados paliativos com equidade do acesso, disponibilidade de fármacos específicos e investimento de formação em profissionais de saúde para essa especialidade.

Assim, o movimento dos cuidados paliativos no mundo fortaleceu o processo de resgate de autonomia, priorizando o ser humano em sua individualidade e totalidade, além de aspectos profissionais como a discussão da equipe de saúde sobre as possibilidades terapêuticas e os caminhos a serem traçados para alcançar uma “boa morte”. Esses objetivos surgiram em contraposição a uma abordagem do morrer considerada fria e desumanizada, como modelo de morte moderna<sup>(2)</sup>, difundindo-se no mundo.

## O MOVIMENTO DE EXPANSÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

No Brasil, os cuidados paliativos tiveram início na década de 1970, com os primeiros serviços instituídos no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo<sup>(16)</sup>, porém, em 1944 teve início a primeira iniciativa desses cuidados com a criação do Asilo para Cancerosos. A criação se deu devido à fragilidade de recursos e serviços disponíveis no Centro de Cancerologia (CC), no antigo Distrito Federal/Rio de Janeiro, bairro da Penha, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer avançado, cujo perfil de assistência e filosofia o caracterizou como serviço aos pacientes sem resposta farmacológica<sup>(17-18)</sup>.

Desde então, os cuidados paliativos têm conquistado seu espaço no campo da saúde gradativamente. Algumas fontes evidenciam que os primeiros serviços foram registrados no Rio Grande do Sul, Porto Alegre, com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Marteleite, anesthesiologista que em 1979 fundou o Serviço de Dor e, em 1983, o Serviço de Cuidados Paliativos no Hospital de Clínicas. No mesmo ano, na cidade de São Paulo, o médico fisiatra Antonio Carlos Camargo de Andrade Filho fundou o Serviço de Dor da Santa Casa e, três anos depois, em 1986, o serviço de cuidados paliativos<sup>(19)</sup>.

Com inspiração no movimento liderado por Cicely, em 1986, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) iniciou no antigo Hospital de Oncologia (HO), atual Hospital do Câncer II (HCII) - localizado na Avenida Binário do Porto, 831, Santo Cristo, no Rio de Janeiro - o atendimento ao paciente com câncer avançado sem possibilidade de tratamento modificador da doença, pelo programa de atendimento aos pacientes sem possibilidades terapêuticas. Esse programa ampliou suas atividades, evoluindo para Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico (STO) em 1989<sup>(17)</sup>.

Em 1990, esses cuidados se fortaleceram com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Além disso, O INCA foi definido no Art. 41 dessa lei, como órgão de referência na prestação de serviços de saúde, em âmbito nacional para avaliação e estabelecimento de parâmetros da prestação de serviços no SUS<sup>(20)</sup>.

No mesmo ano, a médica Magda Rezende, responsável pela administração assistencial, fundadora e conselheira da Fundação Ary Frauzino (FAF) para a Pesquisa e Controle do Câncer, encaminhou à direção do INCA o “Projeto de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais” que tinha como proposta a criação do Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (Gesto), sendo oficializado, em 26 de dezembro de 1990, mediante assinatura de contrato. Assim, em 1991, foi implantado o primeiro serviço de cuidados paliativos no INCA<sup>(21)</sup>.

A abordagem dos cuidados paliativos prioriza o controle impecável de sinais e sintomas, além do respeito e dignidade no percurso da vida, fortalecendo uma visão holística, capaz da observação do paciente para além das questões biológicas, respeitando seus desejos, necessidades e individualidade no intuito de ofertar qualidade de vida no decorrer da doença<sup>(11)</sup>.

A década de 1990 representou para o INCA um período de grande protagonismo na liderança do controle do câncer, com ênfase na ampliação de funções e reestruturação dos serviços, desenvolvimento, reorganização e criação de novos programas nacionais<sup>17</sup>. Importante registro institucional foi a reestruturação e ampliação das funções nas unidades e toda a abordagem assistencial oncológica que reforçava o objetivo de promoção da qualidade da assistência, de pacientes e familiares, por meio da atuação respaldada em publicações e princípios da OMS<sup>(22)</sup>. Expandindo esse movimento, na mesma década, o Decreto n.º 109, de 2 de maio de 1991 registrou no Art. 14 que ao INCA competia assistir ao Ministro de Estado na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

Em 1996, o STO deu continuidade às suas atividades no sétimo andar da unidade do Hospital do Câncer III (HCIII) (Rua Visconde de Isabel, 274 – Vila Isabel, Rio de Janeiro), e simultaneamente, com essa transferência, foram iniciadas obras de um novo prédio, que seria exclusivo para os cuidados paliativos. A construção foi desenvolvida no mesmo espaço físico do HCIII<sup>(23)</sup>.

No ano seguinte (1997), em paralelo a esse movimento, foi fundada, na cidade de São Paulo, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), fundamentada em estatutos da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, que já era um conselho de larga experiência. A ABCP era composta por um grupo de profissionais interessados no assunto, que propunham a prática de divulgação dos cuidados paliativos no Brasil<sup>(24)</sup>. Como desdobramento desse movimento no Brasil, esses cuidados alcançaram relevância nacional, a partir da publicação da Portaria n.º 3.535, de 02 de setembro de 1998, a qual representou um marco na política de controle do câncer, que os considerou uma exigência, estabelecendo critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Ademais, a Portaria prevê a reestruturação das unidades hospitalares na prestação de atendimento ao paciente oncológico, garantindo integralidade e o estabelecimento de rede hierarquizada de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)<sup>(25)</sup>.

É nesse contexto que a construção do novo prédio do INCA foi finalizada e a unidade exclusiva de cuidados paliativos foi inaugurada oficialmente no dia 23 de novembro de 1998, inicialmente denominada Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), antigo STO<sup>(26)</sup>. Em 2000, outro hospital criou uma enfermaria para cuidados paliativos através do Programa do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo<sup>(27)</sup>.

Nos anos subseqüentes, importantes portarias foram instituídas, as quais foram responsáveis por subsidiar e fortalecer o desenvolvimento dos cuidados paliativos e respaldar a atuação profissional. Assim, já em 2001, a Portaria n.º 881, instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, cujo objetivo era promover a humanização da assistência nos espaços hospitalares<sup>(28)</sup>.

Com relação ao manejo da dor, foi publicada a Portaria n.º 19 em 03 de janeiro de 2002, que ampliou a inserção de cuidados paliativos e instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, voltado para a dor crônica<sup>(29)</sup>. Em 23 de julho do mesmo ano, a Portaria GM/MS n.º 1.318, estabeleceu os opiáceos como medicamentos excepcionais<sup>(30)</sup> e a Portaria GM/MS n.º 1.319, regulamentou a criação e cadastramento dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica<sup>(31)</sup>; já a Portaria n.º 859, em 12 de novembro, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, o uso de opiáceos, codeína, morfina e metadona, no alívio da dor crônica<sup>(32)</sup>, todas no âmbito do SUS.

Nesse contexto a OMS revisou e ampliou o conceito de cuidados paliativos, enfatizando que deveriam ser planejados e realizados por uma equipe multidisciplinar, priorizando a prevenção e alívio do sofrimento, a identificação precoce de sintomas, e uma avaliação impecável de forma a promover o tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, objetivando a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares<sup>(11)</sup>.

Ainda não há no país uma política exclusiva de cuidados paliativos. O Ministério da Saúde (MS) vem consolidando formalmente esses cuidados no âmbito do sistema de saúde, por meio de portarias e outras publicações do MS. Em 2005, a Portaria GM/MS n.º 2.439 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, abarcando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, em uma linha que contemple todos os níveis de atenção<sup>(33)</sup>.

No mesmo ano da criação da política, foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), cujo objetivo é difundir as práticas desses cuidados e contribuir para o ensino, pesquisa e otimização dos cuidados, um marco para as práticas da medicina. ANCP disponibilizou em 2009 publicações sobre esses cuidados através do Manual de Cuidados Paliativos, atualizado em 2012<sup>(34)</sup>.

Em 2006, segundo Maciel<sup>(35)</sup>, no Brasil, destacaram-se outras experiências de cuidados paliativos: O grupo de Cuidados Paliativos do Hospital Emílio Ribas de São Paulo, que se tornou referência, o Projeto Casa Vida, vinculado ao Hospital do Câncer de Fortaleza, no Ceará; o trabalho da equipe de Londrina no Programa de Internação Domiciliar da Prefeitura, assim como núcleos ligados à assistência domiciliar no Paraná. Outros destaques apresentados foram os Grupos nos Hospitais de Câncer de Goiânia, Belém, Manaus, Salvador, Barretos, e São Paulo; ambulatórios em Hospitais Universitários como o da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), capitaneado pelo Professor Marco Túlio de Assis Figueiredo; escolas de Botucatu e Caxias do Sul; o trabalho do Hospital de Base de Brasília e do Programa de Cuidados Paliativos do Governo do Distrito Federal<sup>(35)</sup>. No nordeste, na cidade do Recife, registrou-se o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), que em 2009 implantou um ambulatório especializado no atendimento de cuidados paliativos<sup>(36)</sup>.

Em 2010 foi publicado no *The Economist* o primeiro resultado de uma investigação sobre *The Quality of Death Index* (em português: índice de “Qualidade da Morte”), que classificou 40 países de acordo com sua prestação de cuidados de fim de vidas, utilizando indicadores como disponibilidade de cuidados de fim de vida, gasto governamental, formação profissional na área, entre outros. Em primeiro lugar no *ranking* estava a Inglaterra que, segundo o relatório, possuía ampla política nacional, voltada para a assistência em cuidados paliativos. O Brasil encontrou-se na 38ª posição, à frente somente de Uganda e Índia<sup>(37)</sup>.

Em 2015 novo relatório foi publicado, com a inclusão de mais 40 países, na avaliação. As primeiras colocações foram mantidas e o Brasil passou a ocupar o 42º lugar, abaixo de outros países latino-americanos, como a Argentina e o Chile. De acordo com o relatório, o Brasil integra um grupo de países que conta com um número limitado de subsídios governamentais para o acesso de pacientes aos serviços especializados em cuidados paliativos<sup>(38)</sup>.

Segundo publicação do Atlas de Cuidados Paliativos da Associação Latino-americana de cuidados paliativos referindo-se ao ano de 2012, o Brasil possuía seis instituições do tipo *hospice*, 24 equipes de atenção domiciliar, destas 17 voltadas ao atendimento de adultos e sete pediátricas. Esses serviços são públicos em sua maioria. No nível terciário, existem 16 serviços de cuidados paliativos que funcionam em hospitais<sup>(39)</sup>.

Em 2014 foi publicado o Decreto-Lei nº 173/2014, que procede a ajustamentos à Lei Orgânica do Ministério da Saúde, às Orgânicas da Administração Central do Sistema de Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, por forma a acolher a Comissão Nacional e as Regionais de Cuidados Paliativos<sup>(40)</sup>. No mesmo ano a OMS publicou o Atlas Global de Cuidado Paliativo, onde apresentou os resultados de seu levantamento sobre o desenvolvimento ao redor do mundo. O Brasil recebeu a classificação 3A<sup>1</sup>, que se caracteriza por países onde a provisão desses cuidados é oferecida de maneira isolada. Segundo a OMS, o sistema de saúde do país apresentava o mesmo nível de desenvolvimento que Angola, Bangladesh, Congo, Moçambique e Irã<sup>(41)</sup>.

Em 2018 a *The Lancet Commission* publicou o resultado de seu levantamento mundial. Evidenciou-se que 90% dos opióides prescritos no mundo eram consumidos por 10% da população mundial, evidenciando que no Brasil é frequente o não controle da dor em pessoas com doenças graves e sem adequado cuidado paliativo<sup>(42)</sup>.

A ANCP registrou, em outubro de 2018, uma publicação em site oficial intitulada: Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil, com o objetivo de prestar informações consideradas de potencial interesse para toda a sociedade brasileira, além de recomendações para melhorar a oferta e a qualidade desses cuidados oferecidos no Brasil e também realizou um levantamento sobre os serviços disponíveis, encontrando até agosto/2018, 177 serviços<sup>(43)</sup>. As características dos serviços estão na tabela 1, apresentada abaixo.

**Tabela 1** - Mapeamento dos serviços de cuidados paliativos no Brasil. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018.

<b>Análise dos serviços cadastrados no mapa da ANCP</b>		
<b>até dia 16/8/18</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Número total de serviços de CP cadastrados</b>	<b>177</b>	<b>100</b>
Centro-Oeste	8	5
Norte	5	3
Nordeste	36	20
Sudeste	103	58
Sul	25	14
<b>Início das atividades dos serviços</b>		
2016-2018	40	23
2011-2015	49	28
2006-2010	23	13
2000-2005	12	7
1999 ou antes	7	4
não informado	46	26
Funcionam em hospital	131	74
Funcionam em hospice	8	5
Atende pacientes do SUS	117	66
Atende pediatria	38	21

Legenda: ANCP=Academia Nacional de Cuidados Paliativos; CP=Cuidados Paliativos

1 Nesse grupo o desenvolvimento dos cuidados paliativos é irregular no escopo e não bem apoiado; com fontes de financiamento fortemente dependente de doações; disponibilidade limitada de morfina; e um pequeno número de serviços comparado ao tamanho da população.

O mapeamento evidencia que mais de 50% dos serviços iniciaram suas atividades na década de 2010, registrando uma desigualdade de disponibilidade, com mais de 50% dos serviços concentrados na região sudeste, e apenas 13 equipes em toda a região norte-nordeste. Os serviços centrados na rede hospitalar e os dados apresentados mostram que a disponibilidade de *hospices*, sobretudo na área pediátrica, são áreas ainda mais críticas em termos de acesso a esses cuidados<sup>(43)</sup>.

Apesar dos esforços empreendidos, o Brasil não apresenta uma articulação nacional em cuidados paliativos. A implantação de uma rede consistente e organizada constitui-se uma tarefa desafiadora aos gestores, e, a despeito de todas as iniciativas governamentais anteriormente expostas, a implementação desses cuidados no sistema de saúde brasileiro é lenta e desarticulada entre os diferentes níveis assistenciais. Existem importantes obstáculos, sejam eles de ordem operacional, ética ou cultural e o enfrentamento dessas questões é fundamental para que o país possa implantar um modelo de *hospice* e de cuidados paliativos que não seja assimilado de maneira acrítica, mas enraizado socialmente e compatível com as necessidades e peculiaridades do país<sup>(44)</sup>.

## A GUIA DE CONCLUSÃO

Conclui-se que os enfrentamentos dos desafios, no mundo e, especialmente no Brasil, requerem a adoção de estratégias eficazes em prol dos cuidados paliativos, de modo a implementação plena de tais cuidados nos sistemas de saúde. Tais cuidados estão em conformidade com os direitos fundamentais do ser humano, pois têm como objetivos a diminuição do sofrimento e a não interferência no momento da morte.

Os desafios são muitos e, certamente, a eclosão de uma pandemia reverberou na assistência aos pacientes em fim de vida, uma vez que estes ficaram ainda mais expostos às complicações e morte. Gestores e profissionais de saúde precisam abraçar e compreender a filosofia de atenção à saúde inerente aos cuidados paliativos, pois os cuidados paliativos são uma necessidade humanitária.

É responsabilidade dos profissionais, de acordo com sua formação, prestar um cuidado holístico ao fim da vida, qualificado, competente e diferenciado, focando diferentes ângulos, direcionado para as necessidades individuais do paciente. Assim, o exercício da interdisciplinaridade na equipe de saúde é retratado na modalidade de cuidados paliativos, onde essa abordagem permite o cumprimento do principal objetivo: oferta de qualidade de vida e dignidade no processo de morrer.

## REFERÊNCIAS

1. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. 107 p.
2. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; 2004. 228 p.
3. Oliveira RA. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. 689 p.
4. Figueiredo MTA, Melo AGC. Cuidados paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da associação brasileira de cuidados paliativos e da associação internacional de hospice e cuidados paliativos. In Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALMC. Dor e Cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole; 2006. p. 16-28.
5. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In Pessini L e Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edições Loyola; 2014. p. 181-204.
6. Saunders DC. Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach. Londres: Hodder Arnold; 1991. 128 p.
7. Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prát Hospit*. 2005;7(41):107-112.
8. Menezes RA, Heilborn ML. A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 18];15(3):563-80. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v15n3/a04v15n3.pdf>
9. Morden NE, Chang CH, Jacobson JO, Berke EM, Bynum, JPW, Murray KM, et al. End-of-life care for Medicare beneficiaries with cancer is highly intensive overall and varies widely. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(4):786-96. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0650>

10. Santos DBA, Lattaro RCC, Almeida DA. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura. Rev Inic Cient Libertas [Internet]. 2006 [cited 2021 Jan 15];1(1):72-84. Available from: <http://www.libertas.edu.br/revistalibertas/revistalibertas1/artigo05.pdf>
11. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos: Ampliado e atualizado [Internet]. 2012 [cited 2021 Jan 18]. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
12. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee [Internet]. 1990 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>.
13. Sebuyira LM, Mwangi-Powell F, Pereira J, Spence C. The Cape Town Palliative Care Declaration: home-grown solutions for sub-Saharan Africa. J Palliat Med [Internet]. 2003 [cited 2021 Jan 15];6(3):341-3. Available for: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14509478/>
14. International Association for Hospice and Palliative Care. Korea Declaration: report of the second global summit of National Hospice and Palliative Care Associations [Internet]. 2005 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <http://www.helpthehospices.org.uk/about-us/international/resources/developing-services/advocacy/>
15. European Association for Palliative Care. Budapest commitments: a framework for palliative care development [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/Budapestcommitments.aspx>
16. Fonseca A, Geovanini A. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. Rev Bras Educ Med [Internet] 2013. [cited 2021 Jan 18];37(1):120-5. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>
17. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Uma história de orgulho para o Brasil [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 26]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rede-cancer-01-integral.pdf>
18. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do Serviço Nacional de Câncer [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 18]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/resenha\\_luta\\_contra\\_cancer.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/resenha_luta_contra_cancer.pdf).
19. Figueiredo MTA. A história dos cuidados paliativos no Brasil. Rev Ciênc Saúde [Internet] 2010 [cited 2021 Jan 15];1(2):1-2. Available from: [http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/509](http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/509)
20. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 1990 [cited 2021 Jan 16]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
21. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Convênio celebrado entre o Instituto Nacional de Câncer – INCA e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico – GESTO. Instituto Nacional do Câncer; 1990. 9 p.
22. Melo AC, Valero FF, Menezes M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. Psicol Saúde Doenças [Internet]. 2013 [cited 2021 Jan 15];14(3):452-69. Available from: <https://scielo.pt/pdf/psd/v14n3/v14n3a07.pdf>
23. Firmino F. A Enfermeira na história da implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO): unidade IV do Instituto Nacional de Câncer (INCA) Cuidados Paliativos [Tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2004. 122 p.
24. Hermes HB, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(9):1-12. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 3.535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia [Internet]. Diário Oficial da União. 1998 [cited 2021 Jan 15]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535\\_02\\_09\\_1998\\_revog.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html)
26. Peixoto AP. Cuidados Paliativos. Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais. 2004 [cited 2021 Jan 26]. Available from: <http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20%20generalidades.pdf>
27. Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari; 2013. p. 427
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 881, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia [Internet]. Diário Oficial da União. 1998 [cited 2021 Jan 15]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535\\_02\\_09\\_1998\\_revog.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html)
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos [Internet]. Diário Oficial da União. 2002 [cited 2021 Jan 15]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019\\_03\\_01\\_2002.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html)

30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.318 de 23 de julho de 2002. Institui os opiáceos como medicamentos excepcionais, no âmbito do SUS e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2002 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br>
31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.319, de 23 de julho de 2002. Regulamenta a criação e cadastramento, no âmbito do SUS, dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2002 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4449.html>
32. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 859, de 12 de novembro de 2002. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, o uso de opiáceos, codeína, morfina e metadona, no alívio da dor crônica e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2002 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2019/01/Portaria-SAS-859-12-11-2002-250-KB.pdf><https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-dor-cronica-2012.pdf>
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [Internet]. Diário Oficial da União. 2005 [cited 2021 Jan 15]. Available from: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439\\_08\\_12\\_2005.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html)
34. Kira CM. Sedação Paliativa. In Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: ANCP; 2012 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
35. Maciel MGS. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. Rev Prática Hospitalar [Internet]. 2006 [cited 2021 Jan 15]; 47 (8): 46-9. Available from: <https://api-wordpress.paliativo.org.br/download/a-terminalidade-vida-cuidados-paliativos-no-brasil-consideracoes-perspectivas/>
36. Alves RSF, Cunha ECN, Santos GC, Melo MO. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-ppc-39-e185734.pdf>
37. The Economist Intelligence Unit. The quality of death: ranking end-of-life care across the world. London: The Economist; 2010 [cited 2021 Jan 26]. Available from: [http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/qod\\_index\\_2.pdf](http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/qod_index_2.pdf)
38. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. London: The Economist; 2015. Available from: <https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
39. Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos na América Latina. Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina [Internet]. Houston: IAHP Press, 2012 [cited 2021 Jan 26] Available from: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/1/Atlas%20Portugues.pdf>
40. Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 173, de 19 de novembro de 2014. Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n. 124/2011, de 29 de dezembro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 2014 [cited 2021 Jan 18]. Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/58940164/details/maximized?serie=l&dreId=58940158>
41. World Health Organization (WHO). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 15]. Available from: [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)
42. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, Lima L, Badhelia A, XiaoXiao JK, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 15]; 7(391):1391-454. Available from: <https://www.thelancet.com/commissions/palliative-care>.
43. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <https://api-wordpress.paliativo.org.br/ancp-divulga-panorama-dos-cuidados-paliativos-no-brasil/>
44. Florani CA. Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009. 192 p.