

Política Nacional de Cuidados Paliativos e a Pediatria

DC SBP nº 25 (05/02/2026) comparado com AAP, NICE, Espanha (MS/AEP), Itália (Lei 38 + SIP), Harvard/PACT, Johns Hopkins e OMS/GO-PPaCS.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Medicina da Dor e Cuidados Paliativos

Atualização SBP: DC nº 25 de 05/02/2026 · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e AAP, NICE, AEP, Sociedade Italiana de Pediatria, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins Children's Center. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) · [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que a SBP recomenda
2. Posição das referências internacionais
3. Concordâncias e discordâncias
4. Síntese
5. Fontes

EM RESUMO

O DC nº 25 apresenta a Política Nacional de Cuidados Paliativos (Portaria GM/MS 3.681/2024) e pede que o pediatra integre cuidados paliativos ao cuidado clínico desde o diagnóstico, com formação em três níveis. Os princípios — início precoce e concomitante, família no centro, equipe interprofissional, planejamento antecipado, luto — são os mesmos de AAP, NICE, Espanha, Itália, Harvard, Johns Hopkins e OMS. A discordância está na estrutura: a política brasileira não exige equipe ou rede pediátrica dedicada (pediatra é opcional, 20 h, só na equipe matricial), não prevê hospice pediátrico nem acesso 24 h — exigências do NICE, da Espanha e da Itália.

1. O que a SBP recomenda

Documento: DC nº 25, 05/02/2026, 6 p. de conteúdo. DC de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos (pres. e relatora Simone Brasil de Oliveira Iglesias; relatora Andrea Nogueira Araújo). Texto de posicionamento, sem recomendações graduadas.

Definição adotada: prevenção e alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual de pessoas com doenças ameaçadoras da vida e famílias; **início precoce, em paralelo às terapias modificadoras;** autonomia; morte como parte natural do ciclo vital.

A PNCP-SUS (Portaria GM/MS 3.681, maio/2024) segundo o documento

ITEM	CONTEÚDO
Histórico	OMS 2014 (CP como direito); PNAB; Res. CIT 41/2018 (sem financiamento); 17ª Conferência Nacional de Saúde 2023; Portaria 3.681/2024 com regras e financiamento
Oferta	"O mais precocemente possível", em todos os pontos da RAS: APS, domicílio, ambulatório, urgência/SAMU, hospital, cuidados prolongados
Equipes	EMCP (matricial, 500 mil hab., gestão estadual; 40 h médico, 30 h enfermeiro/AS/psicólogo; R\$ 65.000/mês; com pediatra ≥20 h: R\$ 78.000/mês). EACP (assistencial, 400 leitos, gestão municipal; R\$ 44.200/mês)
Operacionalização	Portaria SAES 2.085/2024; meta ~1.300 equipes, R\$ 887 milhões/ano; Nota Técnica 36/2024-DAHU (opioides, bombas de infusão, oxigênio)
Pediatria	Crianças e adolescentes com malformações, condições neurológicas crônicas, oncológicas, cardiopatias complexas, doenças metabólicas e raras como público prioritário ; APS deve identificar precocemente e articular cuidado domiciliar; Lei 14.308/2022 prevê programas regionais de CPP

Diagnóstico da situação brasileira: ~4 milhões de crianças no mundo com necessidade de CP (Atlas 2017), maioria não oncológica; no Brasil poucos serviços pediátricos e perinatais, de base hospitalar, desiguais entre regiões, com difícil acesso a opioides; **menos de 10% dos usuários de atenção domiciliar do SUS são crianças.**

Recomendações ao pediatra

- Integrar alívio do sofrimento ao cuidado clínico desde o diagnóstico; comunicação com a criança e a família; altas seguras com suporte domiciliar.
- Formação em níveis (ANCP 2018): **abordagem paliativa** — básico 20–40 h para todos; **CP geral** — intermediário 60–80 h; **CP especializado** — pós-graduação/residência (escassos no Brasil).
- Competências básicas: manejo multidimensional de dor e sintomas, comunicação sobre diagnóstico/prognóstico/objetivos, **planejamento antecipado de cuidados, decisão compartilhada e cuidados ao luto.**
- Participar da educação permanente; coordenar o cuidado de crianças com condições crônicas complexas em rede.

Não aborda: critérios de elegibilidade (grupos ACT/RCPCH), hospice pediátrico, acesso 24 h, duração do apoio ao luto, conteúdo do planejamento antecipado, cuidados perinatais.

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
AAP	Pediatric Palliative Care and Hospice Care (Pediatrics 2013) ; Guidance for Pediatric End-of-Life Care (2022)	CPP desde o diagnóstico, concomitante ao tratamento; cenários: domicílio, escola, hospital, hospice; todo pediatra deve saber manejar dor e sintomas básicos ; luto antecipatório e por mais de um ano após a morte . Sem policy statement posterior a 2013.
NICE	NG61 (2016/2019) ; QS160 (2017)	Planejamento antecipado inclusive na gestação se diagnóstico antenatal; local preferido (domicílio, hospice, hospital); equipe especializada de CPP ; acesso 24 h a consultor e enfermagem pediátrica; médico nomeado coordenador; apoio ao luto por profissional experiente; redes clínicas geridas.
AEP / Espanha	CPP en el SNS: criterios de atención (2014, com AEP) ; Informe 2022	4 grupos ACT/RCPCH ; três níveis; formação 20–40 h / 80 h / ≥300 h ; luto estendido a irmãos e escola; ao menos uma equipe pediátrica por comunidade autônoma ; telefone 24 h/365 .
SIP / Itália	Legge 38/2010 ; Accordo Stato-Regioni 2021 ; SIP 2025 — Rete di CPP	Direito legal ao CP; redes regionais pediátricas separadas das de adultos : centro de referência, hospice pediátrico , hospital, domicílio; continuidade 24 h.
Harvard / Boston Children's – Dana-Farber (PACT)	PACT, desde 1997	Cuidado "em qualquer idade e estágio, junto com outros tratamentos"; equipe interdisciplinar; consultoria 24 h ; planejamento antecipado.
Johns Hopkins	Harriet Lane Compassionate Care (desde 2000)	Do pré-natal à vida adulta jovem; planejamento antecipado; luto para todas as famílias , irmãos; equipe em UTIP, UTIN e oncologia; fellowship de 12 meses .
OMS / GO-PPaCS	WHO 2018 ; GO-PPaCS 2022	CPP desde o diagnóstico "ou antes"; 5 categorias (4 ACT + perinatal); três níveis de cuidado e currículo; luto "pelo tempo necessário"; 85% dos elegíveis não são oncológicos.

3. Concordâncias e discordâncias

DIMENSÃO	SBP 2026 + PNCP 2024	AAP 2013	NICE	ESPANHA 2014	ITÁLIA	HARVARD / J. HOPKINS	OMS / GO-PPACS	VEREDITO
Momento da integração	Desde o diagnóstico, paralelo às terapias	Ao diagnóstico	Desde a gestação se diagnóstico antenatal	"Lo antes posible"	Desde o diagnóstico	Qualquer estágio; JH desde o pré-natal	Ao diagnóstico ou antes	Concordância plena
Elegibilidade	Não define; PNCP sem critérios pediátricos	Sem categorias	Condição limitante 0–17	4 grupos ACT	Não detalhado	Não formalizado	5 grupos + red flags	Lacuna do DC e da PNCP
Cenários	APS, domicílio, ambulatório, urgência, hospital; sem hospice pediátrico	Domicílio, escola, hospital, hospice	Domicílio, hospice, hospital	Domicílio preferido	Hospital, hospice pediátrico , domicílio	Internação, ambulatório, domicílio	Onde a família quiser	Discordância: PNCP sem hospice pediátrico
Equipe pediátrica dedicada	Pediatra opcional (20 h) só na EMCP	Equipe pediátrica	Equipe especializada de CPP	≥1 equipe por CCAA	Rede pediátrica separada	Equipes dedicadas	Nível 3 = equipes dedicadas	Maior discordância: Brasil sem exigência
Acesso 24 h	Urgência/SAMU; sem exigência pediátrica	Não obrigatório	Obrigatório	Telefone 24 h/365	Por lei	PACT 24 h	Recomendado	Discordância
Formação	3 níveis (20–40 h / 60–80 h / especializado)	Competência básica de todo pediatra	Sem carga	20–40 h / 80 h / ≥300 h	Básica para todos	Fellowship 12 meses	3 níveis	Concordância — SBP quase idêntica à Espanha
Planejamento antecipado	Competência básica	Metas revisitadas	Desde antenatal	Documentado	Por idade	Central	Contínuo	Concordância plena
Luto	Competência; PNCP sem duração	>1 ano após a morte	Profissional experiente	Irmãos e escola	Hospice	Todas as famílias, irmãos	"Pelo tempo necessário"	Brasil sem duração nem irmãos
Financiamento	Portaria com custeio por equipe; R\$ 887 mi/ano	Sem federal	NHS	Planos por CCAA	Lei + acreditação	Filantropia	UHC	Brasil e Itália mais estruturados
Perinatal	Não abordado	—	Inclui neonatos e antenatal	—	—	JH desde o pré-natal	5ª categoria	Lacuna da SBP e da PNCP

4. Síntese

Converge: início ao diagnóstico com cuidado concomitante, centralidade da família, equipe interprofissional, planejamento antecipado, comunicação e luto são universais. O modelo de formação em três níveis da SBP é praticamente o espanhol e o do GO-PPaCS.

Diverge: a estrutura que a política brasileira garante. NICE, Espanha e Itália exigem equipe ou rede pediátrica dedicada, acesso 24 h e (Itália, NICE) hospice pediátrico; a PNCP oferece apenas um pediatra opcional de 20 h na

equipe matricial, e o próprio DC reconhece que menos de 10% dos usuários de atenção domiciliar são crianças. A SBP descreve a política sem criticar essa lacuna.

Lacunas do DC frente às referências: critérios de elegibilidade (ACT/GO-PPaCS), cuidados perinatais (NICE e Johns Hopkins começam no pré-natal), duração e alcance do apoio ao luto (AAP: >1 ano; Espanha: irmãos e escola), conteúdo do planejamento antecipado.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

(1) A AAP não tem política posterior a 2013 e a Espanha não atualizou os critérios de 2014 — a PNCP 2024 é, entre as comparadas, a norma mais recente. (2) Brasil e Itália são os únicos com financiamento definido em norma nacional. (3) O ponto de ação para a SBP, que o documento apenas insinua, é pleitear equipes e hospices pediátricos nas notas técnicas e revisões da portaria.

5. Fontes

- SBP. DC nº 25 — [Política Nacional de Cuidados Paliativos e sua Relevância para a Pediatria](#); [DC SBP 2021](#)
- [Portaria GM/MS 3.681/2024](#) · [ANCP sobre a PNCP](#)
- [AAP 2013](#) · [AAP 2022](#)
- [NICE NG61](#) · [NICE QS160](#)
- [Espanha — CPP en el SNS \(2014\)](#) · [Informe 2022](#)
- [Legge 38/2010](#) · [Accordo Stato-Regioni 2021](#) · [SIP 2025](#)
- [Dana-Farber — PACT](#) · [Johns Hopkins — Palliative Care](#)
- [WHO 2018](#) · [GO-PPaCS 2022](#)
- Não verificado: páginas do Boston Children's; reafirmação formal da AAP 2013; posicionamento próprio da AEP distinto do documento de 2014.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.