

Política Nacional de Cuidados Paliativos e a Pediatria

DC SBP nº 25 (05/02/2026) comparado com Ministério da Saúde (PNCP), AAP, NICE, AEP/Espanha, Johns Hopkins, Harvard (Boston Children's/Dana-Farber), Oxford e Cambridge; Itália e OMS/GO-PPaCS como contexto.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · 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: outubro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e as outras oito referências do site — Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard (Boston Children's), Oxford e Cambridge —, com versão e data de cada documento consultado; outras fontes aparecem como contexto. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) ·  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que a SBP recomenda
2. Posição das demais referências
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 nº 3.681, de 07/05/2024) 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 demais referências

REFERÊNCIA	DOCUMENTO, VERSÃO E DATA	POSIÇÃO RESUMIDA
Ministério da Saúde	Portaria GM/MS nº 3.681, de 07/05/2024 — Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP); Portaria SAES nº 2.085/2024 e Nota Técnica nº 36/2024-DAHU (segundo o DC)	Cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, o mais cedo possível, em toda a rede (APS, atenção domiciliar, ambulatório, urgência e SAMU, hospital); respeito à autonomia, com atenção especial à decisão substituta no caso de crianças , e preferências conforme o ECA e a Convenção sobre os Direitos da Criança; acolhimento ao luto; equipes matriciais (EMCP) que podem incluir pediatra com ≥ 20 h (custeio R\$ 78.000/mês, contra R\$ 65.000 sem pediatra) e equipes assistenciais (EACP). SAMU 192 no controle de sintomas e no óbito domiciliar, em especial à noite e nos fins de semana. Sem critérios pediátricos de elegibilidade, hospice pediátrico ou equipe pediátrica obrigatória.
AAP	Policy Statement Pediatric Palliative Care and Hospice Care Commitments, Guidelines, and Recommendations (Pediatrics 2013;132:966); Clinical Report Guidance for Pediatric End-of-Life Care (Pediatrics 2022;149:e2022057011)	Cuidado paliativo pediátrico desde o diagnóstico, junto 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 End of life care for infants, children and young people (07/12/2016, atualizada em 25/07/2019); QS160 (12/09/2017)	Planejamento antecipado inclusive na gestação se diagnóstico antenatal; local preferido (domicílio, hospice, hospital); equipe especializada de cuidados paliativos pediátricos; acesso 24 h a consultor e enfermagem pediátrica; profissional nomeado como coordenador; apoio ao luto por profissional experiente; redes clínicas geridas.
AEP / Ministério da Saúde da Espanha	Cuidados Paliativos Pediátricos en el SNS: criterios de atención (2014, elaborado com a AEP); Informe de evaluación (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 dias.
Johns Hopkins	Harriet Lane Compassionate Care, Johns Hopkins Children's Center (programa desde 2000)	Do pré-natal à vida adulta jovem; planejamento antecipado; luto para todas as famílias, inclusive irmãos; equipe em UTIP, UTIN e oncologia; fellowship de 12 meses.

REFERÊNCIA	DOCUMENTO, VERSÃO E DATA	POSIÇÃO RESUMIDA
Harvard (Boston Children's / Dana-Farber)	Pediatric Advanced Care Team (PACT), Boston Children's Hospital (consultada em 10/2026); PACT, Dana-Farber (desde 1997)	Apoio a pacientes, famílias e equipes na tomada de decisão e no planejamento antecipado, alívio de dor e sintomas, coordenação do cuidado em internação, ambulatório e domicílio; cuidado "em qualquer idade e estágio, junto com outros tratamentos"; consultoria 24 h.
Oxford	Sem protocolo local aberto	Segue o NICE (NG61).
Cambridge	Sem protocolo local aberto	Segue o NICE (NG61).

Outras fontes (contexto)

REFERÊNCIA	DOCUMENTO, VERSÃO E DATA	POSIÇÃO RESUMIDA
Itália (Lei 38 / SIP)	Legge 38/2010 ; Accordo Stato-Regioni 2021 ; SIP 2025 — Rete di CPP	Direito legal ao cuidado paliativo; redes regionais pediátricas separadas das de adultos: centro de referência, hospice pediátrico, hospital, domicílio; continuidade 24 h.
OMS / GO-PPaCS	WHO 2018 ; GO-PPaCS 2022	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

TEMA	SBP	MINIS- TÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOP- KINS	HAR- VARD	OX- FORD	CAM- BRIDGE	VERE- DITO
Momento da integração	Desde o diagnóstico, junto às terapias	"O mais precocemente possível"	Ao diagnóstico	Desde a gestação se diagnóstico antenatal	"Lo antes posible"	Desde o pré-natal	Qualquer idade e estágio	Segue o NICE	Segue o NICE	Concordância plena
Elegibilidade	DC nº 25 não define; DC SBP nº 5/2021: grupos da OMS	Sem critérios pediátricos	Sem categorias	Condição limitante, 0–17 anos	4 grupos ACT	Não formalizado	Não formalizado	Segue o NICE	Segue o NICE	Lacuna da PNCP; a SBP define em outro documento
Cenários	APS, domicílio, ambulatório, urgência, hospital	Mesmos; SAMU para sintomas e óbito domiciliar; sem hospice pediátrico	Domicílio, escola, hospital, hospice	Domicílio, hospice, hospital	Domicílio preferido	Internação, ambulatório, domicílio	Internação, ambulatório, domicílio	Segue o NICE	Segue o NICE	Discordância: Brasil sem hospice pediátrico
Equipe pediátrica dedicada	Pede formação de todo pediatra	Pediatra opcional (≥ 20 h) só na EMCP	Equipe pediátrica	Equipe especializada obrigatória	≥ 1 equipe por comunidade autônoma	Equipe dedicada	Equipe dedicada (PACT)	Segue o NICE	Segue o NICE	Maior discordância: Brasil sem exigência
Acesso 24 h	Não aborda	Urgência/SAMU, sem exigência pediátrica	Não obrigatório	Obrigatório	Telefone 24 h/365	—	Consultoria 24 h	Segue o NICE	Segue o NICE	Discordância
Formação	3 níveis (20–40 h / 60–80 h / especialização)	Educação permanente	Competência básica de todo pediatra	—	20–40 h / 80 h / ≥ 300 h	Fellowship de 12 meses	—	Segue o NICE	Segue o NICE	Concordância: SBP quase idêntica à Espanha
Planejamento antecipado e decisão	Competência básica; decisão compartilhada	Autonomia; decisão substituta na criança; diretivas antecipadas conforme o ECA	Metas revisitadas	Desde o antenatal; plano escrito	Documentado	Central	Central (PACT)	Segue o NICE	Segue o NICE	Concordância plena
Luto	Competência básica	Acolhimento e assistência ao luto, sem duração	> 1 ano após a morte	Profissional experiente	Irmãos e escola	Todas as famílias, irmãos	—	Segue o NICE	Segue o NICE	Brasil sem duração nem menção a irmãos
Financiamento	Descreve o custeio	Custeio por equipe (R\$ 65–78 mil/mês)	Sem norma federal	NHS	Planos por comunidade	—	—	NHS	NHS	Brasil e Itália com financiamento em norma nacional
Perinatal	Não abordado	Não abordado	—	Inclui neonatos e antenatal	—	Desde o pré-natal	—	Segue o NICE	Segue o NICE	Lacuna da SBP e da PNCP

Leitura: os princípios são os mesmos em todas as referências: início no diagnóstico, junto ao tratamento que modifica a doença; família no centro; equipe interprofissional; planejamento antecipado; comunicação honesta; luto. O modelo de formação em três níveis da SBP é

praticamente o espanhol. A divergência está na **estrutura que a política garante**: o NICE exige equipe pediátrica especializada e acesso 24 h; a Espanha, ao menos uma equipe pediátrica por comunidade autônoma e telefone 24 h; a Itália, redes pediátricas com hospice; a PNCP brasileira (Ministério da Saúde) prevê equipes e atenção domiciliar para todas as idades, com pediatra apenas opcional na equipe matricial, SAMU para sintomas e óbito em casa e nenhum hospice pediátrico. **O site segue a SBP**, completada pela PNCP do Ministério da Saúde (como em "Cuidados paliativos pediátricos", Terapia intensiva), e registra a falta de equipe e de hospice pediátricos como a principal lacuna brasileira em relação às referências.

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, 05/02/2026 — [Política Nacional de Cuidados Paliativos e sua Relevância para a Pediatria](#); DC nº 5, 08/11/2021 — [Cuidados Paliativos Pediátricos: o que são e qual sua importância?](#)
- Ministério da Saúde. [Portaria GM/MS nº 3.681, de 07/05/2024](#) · [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](#) · [Boston Children's — PACT](#) · [Johns Hopkins — Palliative Care](#)
- [WHO 2018](#) · [GO-PPaCS 2022](#)
- Não verificado: reafirmação formal da AAP 2013; posicionamento próprio da AEP distinto do documento de 2014; Portaria SAES 2.085/2024 e Nota Técnica 36/2024 (citadas pelo DC, não abertas); protocolos locais de Oxford e Cambridge (não localizados).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · 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.