

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Secretaria de Estado de Saúde — SES-RJ | SUS

PLANO ESTADUAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS
DO RIO DE JANEIRO

Diretrizes para Organização da Rede de Cuidados Paliativos do Estado do Rio de Janeiro
2026 – 2030

2a Edição

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro — SES-RJ

Coordenação do Projeto

Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

Secretário de Estado de Saúde

Ronaldo Damião

Subsecretária de Atenção à Saúde

Fernanda Moraes Daniel Fialho Rodrigues

Superintendente de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

Marcelo Rodrigues de Castro

Coordenador de Atenção Especializada e Gestão de Tecnologia

Fabício de Souza Oliveira

Organização e Coordenação do Projeto

Fabício de Souza Oliveira

Gisele Vasques Macedo

Leonor Maria da Silva Gomes

Meirelane Souza Rosa

Elaboração

Grupo Condutor de Cuidados Paliativos da SES-RJ

Adriana Alves;

Fabício de Souza Oliveira;

Gisele Vasques Macedo;

Ivanise Arouche Gomes de Souza;

Keila Justino de Almeida Silva;

Leonor Maria da Silva Gomes;

Meirelane Souza Rosa;

Michelli Melo Grama;

Paula Helena Pinheiro de Arruda;

Regina Canedo de Souza;

Sibelle Nogueira Buonora;

Wallace Henrique Pinho da Paixão.

Equipe Macrorregional de Cuidados Paliativos

Andreza Ferreira da Costa;

Carolina Oliveira dos Santos Lucas Iung;

Cinthia de Mello Vítório;

Eduardo Carreira Cardoso;

Wallace Henrique Pinho da Paixão.

Revisão Técnica

Fabício de Souza Oliveira;

Gisele Vasques Macedo;

Leonor Maria da Silva Gomes;

Wallace Henrique Pinho da Paixão.

Revisão Final

Cláudia Maria de Braga Mello

Aprovação

Ronaldo Damião

ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER CITADO CONFORME REFERÊNCIA

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Avaliação e Atenção Especializada. Plano Estadual de Cuidados Paliativos do Rio de Janeiro: 2026–2030. 2ª ed. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2026.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Sigla	Significado
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CHS	Carga Horária Semanal
CIB	Comissão Intergestor Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
EAACP	Equipe de Apoio Assistencial de Cuidados Paliativos
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EMCP	Equipe Macrorregional de Cuidados Paliativos
EPS	Educação Popular em Saúde
GSF	Gold Standards Framework
GT	Grupo de Trabalho
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INE	Identificador Nacional de Equipe
LCCP	Linha de Cuidado em Cuidados Paliativos
LMiniCP	Lista Mínima de Medicamentos para Uso em Cuidados Paliativos
NECPAL-BR	Instrumento de identificação de necessidades paliativas (versão brasileira)
NEGESP	Núcleo Estadual de Gestão Estratégica da Segurança do Paciente
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde
PAC	Planejamento Antecipado de Cuidados
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PECP	Plano Estadual de Cuidados Paliativos
PESP	Plano Estadual de Segurança do Paciente
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
PNPCC	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PNQSP	Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

Sigla	Significado
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SPICT-BR	Supportive and Palliative Care Indicators Tool — versão brasileira
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

Apresentação

1. INTRODUÇÃO

2. Dados Epidemiológicos, Perfil Sociodemográfico e Diagnóstico Situacional

- 2.1 Dados Epidemiológicos
- 2.2 Vulnerabilidades sociais e iniquidades em saúde e barreiras de acesso em cuidados paliativos (populações vulnerabilizadas: sistema prisional, população negra, pediatria, idosos, LGBTQIA+ e pessoas em situação de rua)
- 2.3 Panorama demográfico e territorial do Estado do Rio de Janeiro
- 2.3 Diagnóstico situacional: análise da implementação da política nacional de cuidados paliativos no estado
 - Quadro 01 — Síntese da Análise Situacional da Implementação da PNCP no Estado do Rio de Janeiro

3. Metodologia

4. Marco legal e normativo

- 4.1 Normativas federais
 - Quadro 02 — Marco legal e normativos federais.
- 4.2 Normativas estaduais
 - Quadro 03 — Marco legal e normativos estaduais.

5. Marco conceitual

- 5.1 Humanização e cuidado centrado no paciente
 - 5.1.1. Preservação da Autonomia e do Protagonismo
 - 5.1.2. Reconhecimento da Subjetividade e do Sofrimento Multidimensional:
 - 5.1.3. Garantia dos Direitos e Mitigação de Iniquidades
 - 5.1.4. Corresponsabilização e Vínculo Assistencial
 - 5.1.5. Cuidado Centrado na pessoa
 - 5.1.6. Cuidado e Proteção à Saúde do Trabalhador
 - 5.1.7. Cuidado comunitário
- 5.2. Qualidade e segurança do paciente

4. Dados Epidemiológicos, Perfil Sociodemográfico e Diagnóstico Situacional

- 4.1 Dados Epidemiológicos
- 4.2 Vulnerabilidades sociais e iniquidades em saúde e barreiras de acesso em cuidados paliativos (populações vulnerabilizadas: sistema prisional, população negra, pediatria, idosos, LGBTQIA+ e pessoas em situação de rua)
- 4.2 Panorama demográfico e territorial do Estado do Rio de Janeiro
- 4.3 Diagnóstico situacional
 - Quadro 01 — Distribuição populacional por região de saúde do Rio de Janeiro (estimativa 2024)
 - Quadro 02 — Distribuição de leitos SUS por região de saúde e proposta de EAACP
- 4.4 Análise Situacional da Implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos no Estado do Rio de Janeiro
 - Quadro 03 — Síntese da Análise Situacional da Implementação da PNCP no Estado do Rio de Janeiro

5. Marco legal e normativo

- 5.1 Normativas Federais
 - Quadro 04 — Marco legal e normativo dos principais instrumentos federais.
- 5.2 Normativas Estaduais
 - Quadro 05 — Marco legal e normativo dos principais instrumentos estaduais.

6. Marco conceitual e fundamentação técnica - humanização, qualidade, assistência farmacêutica e educação permanente em saúde

- 6.1 Humanização e Cuidado Centrado no Paciente
- 6.2 Qualidade e Segurança do Paciente
 - Quadro 06 — Objetivos e Estratégias Operacionais de Qualidade, Segurança do Paciente em Cuidados Paliativos na RAS
- 6.3 Assistência Farmacêutica
 - 6.3.1 Organização da Assistência Farmacêutica no SUS
 - 6.3.2 Acesso aos Medicamentos
 - 6.3.3 Padronização e Responsabilidade Sanitária dos Medicamentos em Cuidados Paliativos
- 6.4 Educação permanente e desenvolvimento de competências

- 6.4.1 Sensibilização e qualificação transversal para a abordagem paliativa
- 6.4.2 Desenvolvimento e qualificação das EMCP e EAACP
- 6.4.3 Formação de gestores
- 6.4.4 educação para a qualidade e segurança
- 6.4.5 Cuidado comunitário como estratégia de educação em saúde

7. Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Cuidados Paliativos

- 7.1 Componentes e Pontos de Atenção à Saúde
 - 7.1.1 Atenção Primária à Saúde
 - 7.1.2 Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar
 - 7.1.3 Urgência e Emergência
 - 7.1.4 Atenção Domiciliar
 - 7.1.5 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
 - 7.1.6 Rede Socioassistencial e Comunidades Compassivas
- 7.2 Síntese Operacional da Organização da RAS para Gestores

8. Linha de Cuidado em Cuidados Paliativos

- 8.1 Identificação Precoce e Elegibilidade
- 8.2 Avaliação Multidimensional e Raciocínio Clínico
- 8.3 Estratificação de Complexidade Assistencial
- 8.4 Comunicação Empática e Transmissão de Notícias Difíceis
- 8.5 Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Plano de Cuidados
 - 8.5.1 Dispositivos de Pactuação: Conferência Familiar, Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) e

Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)

- 8.6 Acompanhamento Longitudinal e Trajetórias de Evolução da Doença
- 8.7 Encaminhamentos, Regulação, Referência e Contrarreferência
- 8.8 Transição Segura do Cuidado e Planejamento da Alta Responsável
- 8.9 Cuidados de Fim de Vida e Adequação Terapêutica
- 8.10 Acolhimento e Apoio ao Luto Familiar

9. Gestão do Cuidado, Qualidade e Desenvolvimento de Competências

- Humanização, Cuidado Centrado na Pessoa e Autonomia
- Governança da Qualidade, Cultura e Gestão de Riscos na Segurança do Paciente (NEGESP)
- Assistência Farmacêutica, Reconciliação Medicamentosa e Uso Racional de Opioides (LMiniCP e Farmacovigilância)

9.4 Educação Permanente, Formação Profissional e Plano de Ação Educacional em Cuidados Paliativos (PAECP)

- 9.5 Telematriciamento, Apoio Técnico Remoto e Educação Comunitária

10. Organização das Equipes Especializadas de Cuidados Paliativos

- 10.1 Equipe Macrorregional de Cuidados Paliativos (EMCP)
- 10.2 Equipe de Apoio Assistencial de Cuidados Paliativos (EAACP)
- 10.3 Roteiro de Habilitação e Fluxo no SAIPS
- 10.4 Registro das Equipes no CNES e Procedimentos na Tabela SIGTAP
- 10.5 Integração das Equipes Especializadas com a APS e Pontos da RAS

11. Governança e Pactuação Interfederativa

- 11.1 Instâncias de Gestão
- 11.2 Responsabilidades das Esferas Estadual, Municipal e dos Serviços

12. Informação, Monitoramento e Matriz de Indicadores

- 12.1 Indicadores de Acesso e Cobertura
- 12.2 Indicadores de Educação e Formação
- 12.3 Indicadores de Processos Assistenciais e Desempenho
- 12.4 Indicadores da Assistência Farmacêutica e Segurança
- 12.5 Quadro Sintético da Matriz de Indicadores de Monitoramento do Plano
- 12.6 Fluxos e Registros Assistenciais a Serem Padronizados

13. Planejamento Estratégico e Plano Operativo 2026–2030 (Metodologia DOMI)

- 13.1 Eixo 1 — Fortalecer a Organização da Rede Estadual de Cuidados Paliativos
- 13.2 Eixo 2 — Organizar os Pontos de Atenção à Saúde
- 13.3 Eixo 3 — Implementar a Linha de Cuidado e a Transição Segura do Cuidado
- 13.4 Eixo 4 — Garantir o Acesso aos Medicamentos Essenciais e o Uso Racional de Opioides
- 13.5 Eixo 5 — Fortalecer a Educação Permanente, Formação e Provimento Profissional

- 13.6 Eixo 6 — Consolidar a Governança, Qualidade, Segurança do Paciente e Humanização
- 13.7 Eixo 7 — Promover o Monitoramento, Avaliação, Informação e Pesquisa em Saúde
- 13.8 Acompanhamento e Avaliação Quadrimestral do Plano Operativo

Referências Bibliográficas

ANEXOS E APÊNDICES

• Apêndice A: Roteiro Ilustrativo do Percurso Operacional para Transição Segura do Cuidado e Alta Responsável

- Anexo 1: População por Região de Saúde/Município e Número de EMCP Propostas
- Anexo 2: Distribuição de Leitos SUS por Região de Saúde/Município e Número de EAACP

Propostas

• Anexo 3: Distribuição de Equipes e Leitos Equivalentes de Atenção Domiciliar (EMAD/EMAP) por Município

APRESENTAÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) constituem uma abordagem essencial para a promoção da qualidade de vida das pessoas que convivem com doenças ou condições de saúde, sejam estas agudas ou crônicas,

que ameaçam ou limitam a continuidade da vida, bem como de seus familiares e cuidadores. Fundamentam-se na prevenção e no alívio do sofrimento, pela identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial, espiritual e existencial.

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as condições degenerativas progressivas e outras situações complexas de saúde ampliaram significativamente a demanda por CP em todo o mundo. No Brasil, esse cenário evidenciou a necessidade de fortalecer políticas públicas, qualificar profissionais, ampliar o acesso aos serviços e promover a organização das redes de atenção (RAS) à saúde para garantir cuidado integral, humanizado e centrado na pessoa.

Nesse contexto, a publicação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681, de 07 de maio de 2024, representou um importante marco para a consolidação dos CP no Sistema Único de Saúde (SUS), ao estabelecer diretrizes, princípios e responsabilidades voltadas à integração dessa modalidade de cuidado em todos os pontos da RAS.

No Estado do Rio de Janeiro, a trajetória de fortalecimento dos CP vem sendo construída de forma progressiva e articulada. A criação do Programa Estadual de Cuidados Paliativos, pela Lei Estadual nº 8.425, de 2019, representou um importante avanço na institucionalização do tema. Posteriormente, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) ampliou esse movimento pela criação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) de cuidados paliativos e da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos, espaços que reuniram gestores, profissionais de saúde, especialistas, instituições de ensino e representantes da sociedade civil na construção de propostas voltadas ao fortalecimento da assistência paliativa no estado.

Como resultado desse processo, foi elaborado e publicado o Plano Estadual de Cuidados Paliativos (PECP), instrumento estratégico que definiu diretrizes, objetivos e ações prioritárias para o fortalecimento da assistência paliativa no território fluminense, estruturado nos eixos de implementação dos CP na RAS, educação permanente e assistência farmacêutica.

Nesta 2ª Edição, o plano é impulsionado e atualizado em consonância com as novas diretrizes da Portaria GM/MS nº 10.181/2026, agregando diretrizes para organização da Rede de Cuidados Paliativos do Estado do Rio de Janeiro e da Linha de Cuidado em Cuidados Paliativos (LCCP) como instrumentos operacionais e orientadores. Desta forma fornece referências técnicas e fluxos norteadores para apoiar gestores e profissionais de saúde na organização da RAS, fortalecendo a coordenação do cuidado, a integração dos níveis de atenção e a oferta de uma assistência segura, humanizada, integral e centrada nas pessoas, famílias e comunidades.

O PECP do Estado do Rio de Janeiro constitui-se como uma diretriz de referência para todo o ecossistema do SUS no Estado do Rio de Janeiro — destinando-se à Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), às Secretarias Municipais, às instâncias de pactuação interfederativa (CIB e CIR) e a todos os estabelecimentos públicos, privados e conveniados da Rede de Atenção à Saúde, abrangendo a Atenção Primária, Ambulatorial Especializada, Hospitalar, Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar (SAD/Melhor em Casa) e redes transversais de apoio.

1. INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e terapêuticos transformaram diversas doenças antes fatais em condições crônicas, prolongando a sobrevida e aumentando a necessidade de cuidados contínuos (MONTEIRO, 1997). Esse cenário tem evidenciado a sobrecarga dos serviços de saúde e fragilidades na assistência, especialmente relacionadas à insuficiente qualificação das equipes multiprofissionais para o cuidado de pessoas com doenças ameaçadoras da vida (SANTOS, 2020).

No âmbito do SUS, a Portaria nº 874/2013 instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), incorporando os CP como componente da atenção às pessoas com doenças crônicas, com foco na promoção da qualidade de vida, prevenção, tratamento oportuno e redução da mortalidade (BRASIL, 2013). Posteriormente, a Portaria nº 825/2016 incluiu os CP entre os critérios para indicação da Atenção Domiciliar (AD), reforçando sua integração à RAS (BRASIL, 2016). Mais recentemente, o avanço normativo e institucional culminou na instituição da PNCP, que veio consolidar o cuidado paliativo como uma diretriz estruturante no SUS, assegurando a oferta sistemática, integrada e transversal desses cuidados em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2023).

De acordo com a PNCP, os CP compreendem ações e serviços destinados ao alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas com doenças ou condições que ameaçam ou limitam a continuidade da vida (BRASIL, 2024). A Organização Mundial da Saúde (OMS) amplia essa definição ao enfatizar que os CP buscam melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares pela prevenção e pelo alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual (WHO, 2002).

No Brasil, os CP começaram a ser incorporados aos serviços de saúde no final da década de 1990, permanecendo como uma área em processo de consolidação (PALMEIRA; COMIN; PERES, 2011). Atualmente, reconhece-se que pessoas de todas as faixas etárias com doenças crônicas ou ameaçadoras da vida podem se beneficiar dessa abordagem, que deve estar integrada a todos os níveis da RAS e ser ofertada por profissionais devidamente capacitados (SANTOS et al., 2024).

Os CP fundamentam-se em princípios como a introdução precoce da abordagem, o controle rigoroso da dor e de outros sintomas, a valorização da vida, o reconhecimento da morte como processo natural, o cuidado integral nas dimensões física, psicossocial e espiritual, e o suporte aos familiares durante o adoecimento e o luto (MATSUMOTO, 2009).

2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

2.1 Dados epidemiológicos

Estima-se que 56,8 milhões de pessoas necessitem de CP anualmente no mundo, distribuídas entre 31,1 milhões em estágios anteriores e 25,7 milhões no período próximo ao fim da vida, sendo que a expressiva maioria (78%) reside em países de baixa e média renda (WHPCA; WHO, 2020).

No tocante ao perfil etário, adultos com mais de 50 anos concentram cerca de 67% dessa demanda, enquanto a população pediátrica representa pelo menos 7% do total, com aproximadamente 2,5 milhões de crianças morrendo a cada ano, das quais 98% vivem em países em desenvolvimento (WHPCA; WHO, 2020).

Entre os adultos, as principais condições clínicas geradoras dessa necessidade são as doenças cardiovasculares (38,5%), o câncer (34%), doenças respiratórias crônicas (10,3%), a AIDS (5,7%) e o diabetes (4,6%); em crianças, destacam-se as anomalias congênitas, condições neonatais, desnutrição energético-proteica, meningite, HIV/AIDS e cardiopatias (WHPCA; WHO, 2020).

A despeito da magnitude dessa demanda, estima-se que apenas entre 12% e 14% das pessoas com indicação de CP efetivamente os recebem, resultando em cerca de 18 milhões de óbitos anuais acompanhados por dor e sofrimento evitáveis decorrentes da lacuna global de acesso (WHPCA; WHO, 2020).

No Brasil, estima-se que cerca de 625 mil pessoas necessitem de CP para enfrentar doenças graves, crônicas ou que ameaçam a continuidade da vida e tivemos aproximadamente 700 mil novos casos de câncer por ano no Brasil no biênio 2024–2025 (INCA, 2023; BRASIL, 2024; ANCP, 2024).

No cenário da pediatria, dados do DATASUS/SIM para o período de 2020 a 2022 indicam um acumulado médio anual de mais de 31 mil óbitos em crianças menores de 1 ano de idade. Desse total, as afecções originadas no período perinatal continuam sendo a principal causa (representando entre 56% e 58% dos óbitos), seguidas pelas malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (cerca de 22% a 24% dos casos) consolidando-se como as principais condições complexas que justificam e elegem a atenção em CP pediátricos na RAS (BRASIL, 2023; BRASIL, 2024).

Diante deste cenário, torna-se essencial organizar a RAS do Estado do Rio de Janeiro para integrar os CP aos diferentes pontos de atenção, em consonância com a PNCP e os princípios do SUS, assegurando assistência qualificada, humanizada e centrada na dignidade e na qualidade de vida das pessoas atendidas (BRASIL, 2024b). E a elaboração de um PECP representa uma estratégia para organizar a rede assistencial e ampliar o acesso a cuidados oportunos, humanizados e de qualidade (BRASIL, 2025).

2.2 Perfil sociodemográfico: vulnerabilidades sociais, iniquidades em saúde e barreiras de acesso em cuidados paliativos

A distribuição dos agravos, o momento do diagnóstico de enfermidades ameaçadoras da vida e a oportunidade de alívio do sofrimento são profundamente atravessados por iniquidades estruturais e condicionantes de raça, gênero, classe, faixa etária, privação de liberdade e vulnerabilidade territorial. Para que a organização da Rede de Atenção à Saúde supere a mera distribuição geográfica de serviços e efetive o princípio constitucional da equidade, faz-se indispensável reconhecer as barreiras históricas, culturais e institucionais que segregam grupos populacionais específicos como a população privada de liberdade, a população negra, crianças, idosos, a população LGBTQIA+ e as pessoas em situação de rua, assegurando que a garantia de um fim de vida digno alcance a todos sem distinção.

No âmbito do sistema prisional, a garantia de cuidados paliativos às pessoas privadas de liberdade fundamenta-se nos princípios dos direitos humanos e na premissa de que a execução da pena restringe apenas o direito à liberdade de locomoção, mantendo-se intocados o direito à saúde e à dignidade humana. Diretrizes nacionais e internacionais, como as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Brasil, estabelecem que é dever do Estado prover assistência médica integral, aliviar o sofrimento e disponibilizar mecanismos legais de libertação humanitária,

tais como o indulto humanitário ou a concessão de prisão domiciliar para casos de enfermidades graves e em estágio terminal (ANCP, 2017).

Contudo, a prestação desses cuidados enfrenta peculiaridades e desafios complexos inerentes ao ambiente carcerário, agravados pelo progressivo envelhecimento da população prisional e pela alta incidência de doenças crônicas e neoplasias. Entre os principais obstáculos práticos destacam-se a morosidade e a rigidez burocrática dos processos judiciais para concessão de benefícios penais, as estritas exigências de segurança e logística para escolta policial em exames e tratamentos externos, além da escassez de estrutura física adequada e de equipes multidisciplinares capacitadas para o manejo da finitude no cárcere. Essa disparidade frequentemente resulta em um "paliativismo institucional", no qual o Estado adota medidas pontuais apenas para gerenciar crises imediatas, sem resolver as deficiências estruturais da assistência à saúde (CAMPELO, 2021; SILVA, 2021).

Para superar tais barreiras e assegurar um acompanhamento humanizado, estudos e experiências clínicas apontam para a necessidade de adaptar os protocolos de cuidados paliativos à realidade prisional. Isso envolve a flexibilização das rotinas institucionais e dos horários de visitação para fortalecer o suporte e o reencontro familiar, a oferta de conforto espiritual e dietas adaptadas, o respeito às diretivas antecipadas de vontade do paciente e a construção de redes de articulação entre os serviços de saúde penitenciários, o sistema público de saúde e as comunidades externas (JUSTINO, 2022).

Igualmente atravessado por barreiras estruturais, o acesso aos cuidados paliativos para a população negra sofre os impactos do racismo estrutural, que limita o atendimento homogêneo e aprofunda as iniquidades em saúde. Esse segmento populacional enfrenta maior risco de Mieloma Múltiplo, pior prognóstico e maiores índices de mortalidade por cânceres de colo de útero, mama e próstata, além de sofrer com subdiagnósticos, diagnósticos tardios e menor adesão terapêutica decorrente de barreiras no acesso e na comunicação com as equipes. Para superar essas disparidades, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) busca articular o cuidado integral e o respeito à subjetividade, alinhando-se aos princípios paliativistas ao incentivar o combate às desigualdades no ensino e a valorização de redes comunitárias, como o reconhecimento dos terreiros e casas de matriz africana enquanto espaços promotores de saúde (QUIRINO; MENDES; SANTOS, 2024).

Essas iniquidades manifestam-se também nas diferentes etapas do ciclo de vida. Na população pediátrica, a terminalidade da vida permanece como um grande tabu social por desarranjar a concepção tradicional do ciclo vital, o que frequentemente resulta na obstinação terapêutica e na manutenção prolongada de tecnologias invasivas, como a ventilação mecânica em UTIs, sem perspectiva de cura. A instituição dos cuidados paliativos pediátricos fundamenta-se nos princípios de respeito à dignidade humana, vulnerabilidade e autonomia, devendo iniciar-se desde o diagnóstico de doenças crônicas e graves para assegurar a melhoria da qualidade de vida e o alívio do sofrimento. No entanto, barreiras como a relutância dos profissionais em abordar o prognóstico e a escassez de planos de final de vida elaborados com tomada de decisão compartilhada ainda dificultam a assistência humanizada (IWAMOTO; MALUF; SÁ, 2020).

No tocante à população idosa, o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica resultaram na prevalência de DCNT, aumentando a demanda por acompanhamento paliativista. Diante de enfermidades graves e incuráveis, os idosos enfrentam com frequência a institucionalização, o isolamento social e a perda de sua autonomia, sendo por vezes tratados como um fardo ou desprovidos de função social. Esse isolamento tácito da comunidade caracteriza um

processo de "morte social", no qual a preservação da dignidade, o controle adequado da dor, o conforto e a manutenção dos vínculos afetivos tornam-se indispensáveis para garantir a qualidade no processo de finitude (QUIRINO, 2013).

A vivência da marginalização reflete-se de forma acentuada na população LGBTQIA+, que enfrenta o preconceito institucional e o receio da discriminação, levando muitos indivíduos a omitirem sua identidade de gênero ou a evitem os serviços de saúde. O receio de sofrer discriminação por parte dos profissionais, a insegurança quanto à manutenção de tratamentos hormonais de afirmação de gênero e o não reconhecimento legal da "família escolhida" (sem laços consanguíneos) na tomada de decisões em fim de vida agravam o sofrimento desse grupo. Nesse contexto, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a capacitação contínua das equipes de saúde são fundamentais para garantir equidade, integralidade e acolhimento livre de estigmas (CAMPELO, 2022).

Por fim, para a população em situação de rua, a vivência intensa da "morte social", evidenciada pelo desemprego, rompimento de laços familiares e desamparo, antecede a própria morte biológica. As principais preocupações desses indivíduos ao enfrentarem enfermidades terminais incluem o medo de sentir dor, morrer em solidão e sofrer o apagamento de sua história ao serem enterrados como indigentes. A estigmatização nos serviços de saúde faz com que procurem atendimento de forma tardia, quando as patologias já se encontram em estágio avançado. Para assegurar o direito a um término de vida digno, a atuação intersetorial entre Saúde e Assistência Social, aliada ao trabalho dos Consultórios na Rua, às estratégias de redução de danos e ao acolhimento em albergues ou hospices, mostra-se essencial para criar vínculos de confiança e garantir os cuidados necessários (PEREIRA, 2013).

2.3 Diagnóstico situacional: análise da implementação da política nacional de cuidados paliativos no estado

Como parte do processo de revisão e atualização deste Plano Estadual, foi incorporada a análise situacional decorrente da devolutiva do Plano Operativo de Implementação da PNCP, realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Essa iniciativa integra a estratégia nacional de apoio aos estados para implementação da PNCP no âmbito do SUS, promovendo o alinhamento técnico entre as Secretarias Estaduais de Saúde, a troca de experiências e o fortalecimento das RAS (CONASS, 2026).

Como etapa preparatória, o CONASS encaminhou às Secretarias Estaduais de Saúde um instrumento estruturado para elaboração do Plano Operativo, destinado a subsidiar o planejamento, o monitoramento e o aprimoramento das estratégias estaduais relacionadas aos CP. O instrumento de avaliação foi estruturado em oito eixos temáticos correspondentes aos componentes estratégicos da PNCP: Governança e Gestão; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Assistência à Saúde; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde; Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente; e Equidade. Esses eixos possibilitaram avaliar o estágio de desenvolvimento das ações estaduais, identificar potencialidades, lacunas e oportunidades de aprimoramento para a consolidação da política no território fluminense.

A metodologia adotada utilizou um conjunto de questões voltadas à análise dos diferentes componentes da implementação da PNCP, permitindo a construção de um escore composto para mensurar o nível de desenvolvimento da política em cada unidade federativa. O processo resultou na elaboração de um boletim técnico individualizado, contendo a devolutiva específica para o Estado do

Rio de Janeiro, com a identificação dos avanços alcançados e dos aspectos que demandam fortalecimento.

Os resultados da avaliação constituíram importante subsídio para compreender o status atual da implementação da PNCP no estado. As evidências produzidas permitiram reorientar prioridades, redefinir estratégias, aperfeiçoar os eixos estruturantes, fortalecer a governança da política e qualificar o planejamento das ações propostas para o período de vigência deste Plano.

Quadro 01: Síntese da Análise Situacional da Implementação da PNCP no Estado do Rio de Janeiro

Eixo avaliado	Principais avanços identificados	Oportunidades de fortalecimento	Incorporação nesta versão do Plano
Governança e Gestão	Existência de legislação estadual, Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), Câmara Técnica de Cuidados Paliativos e coordenação estadual da política.	Fortalecer mecanismos permanentes de governança, monitoramento, regionalização e pactuação interfederativa.	Criação do eixo estratégico de governança, definição da estrutura de gestão, monitoramento e plano operativo.
Promoção da Saúde	Desenvolvimento de ações de sensibilização e fortalecimento da temática dos cuidados paliativos no âmbito estadual.	Ampliar estratégias de comunicação, educação da população e divulgação dos direitos relacionados aos cuidados paliativos.	Inclusão de estratégias de comunicação, educação em saúde e participação social.
Educação em Saúde	Realização de cursos, capacitações e ações de educação permanente promovidas pela SES-RJ e instituições parceiras.	Expandir a formação para todas as regiões de saúde e institucionalizar programas permanentes de qualificação profissional.	Ampliação do eixo estratégico de educação permanente, contemplando formação, desenvolvimento de competências.
Assistência à Saúde	Avanços na organização da linha de cuidado e na discussão sobre a implantação das equipes de cuidados paliativos.	Estruturar a rede estadual, ampliar o acesso, definir fluxos assistenciais e fortalecer a integração entre os pontos de atenção.	Organização da rede estadual de cuidados paliativos, definição dos pontos de atenção, fluxos, responsabilidades assistenciais e da Linha de Cuidado.
Assistência Farmacêutica	Existência de estrutura estadual para organização da assistência farmacêutica.	Aprimorar o acesso aos medicamentos essenciais para cuidados paliativos e fortalecer protocolos de utilização.	Instituição do eixo estratégico de assistência farmacêutica com ações voltadas ao acesso e uso racional de medicamentos.
Vigilância em Saúde	Potencial para utilização das informações epidemiológicas no planejamento das ações.	Ampliar a integração entre vigilância, planejamento e monitoramento da política.	Inclusão de indicadores, sistemas de informação e monitoramento da implementação da política.
Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente	Reconhecimento da importância da qualidade assistencial e da segurança do paciente na organização dos cuidados paliativos.	Estruturar indicadores de qualidade, monitoramento de resultados e melhoria contínua dos processos assistenciais.	Criação de eixo específico voltado à qualidade, segurança do paciente e avaliação contínua da assistência.
Equidade	Reconhecimento da necessidade de ampliar o acesso aos Cuidados Paliativos em todas as regiões do Estado.	Reduzir desigualdades regionais, fortalecer a regionalização e ampliar o acesso aos grupos em situação de maior vulnerabilidade.	Incorporação da equidade como princípio transversal de todos os eixos estratégicos e das ações do plano operativo.

Fonte: Adaptado do CONASS, 2026 — devolutiva do Plano Operativo de Implementação da PNCP no Estado do Rio de Janeiro e elaborado pelos autores (2026).

Conforme os resultados apresentados, o estado do Rio de Janeiro apresenta avanços no fortalecimento da governança, na construção de instrumentos normativos e na organização das instâncias técnicas responsáveis pela condução da política. Ao mesmo tempo, evidencia-se a necessidade de consolidar a organização da rede estadual de cuidados paliativos, ampliar o acesso aos serviços especializados, fortalecer a qualificação profissional, aprimorar os mecanismos de monitoramento e avaliação e promover maior integração entre os diferentes pontos da RAS.

Nesse contexto, esta versão do PECP incorpora as recomendações oriundas da avaliação realizada pelo CONASS, traduzindo-as em objetivos estratégicos, ações prioritárias, indicadores de monitoramento e mecanismos de governança, reafirmando o compromisso da SES-RJ com a implementação qualificada, regionalizada e sustentável da PNCP.

3. METODOLOGIA

A primeira versão do PECP foi elaborada por meio de metodologia participativa, fundamentada na construção coletiva entre representantes da SES-RJ, especialistas, instituições de ensino, sociedades científicas, gestores e profissionais de saúde, tendo como foco a implementação inicial da Política Estadual de Cuidados Paliativos. Este processo possibilitou a definição das diretrizes estratégicas, dos eixos estruturantes e das ações prioritárias para organização da RAS no Estado.

A presente versão representa a evolução desse processo de planejamento e foi desenvolvida a partir da revisão crítica da versão anterior, considerando as mudanças no cenário normativo, especialmente a publicação e regulamentação da PNCP, bem como as contribuições técnicas produzidas pelo Grupo Condutor de Cuidados Paliativos SES-RJ.

Conduzida de forma participativa pelas áreas técnicas da SES-RJ, pelo Grupo Condutor de CP e pela primeira Equipe Macrorregional de Cuidados Paliativos (EMCP), a revisão combinou ferramentas ágeis de gestão à Metodologia DOMI (Diretriz, Objetivo, Meta e Indicador) na estruturação do plano operativo. Essa abordagem conferiu maior objetividade, rastreabilidade e fundamentação técnica às ações, refletindo o acúmulo de experiências do estado, as normativas vigentes e as prioridades da RAS.

Essa abordagem metodológica fortalece o caráter dinâmico do PECP, consolidando-o como um instrumento de planejamento estratégico, gestão e governança, orientado por resultados e passível de atualização contínua durante sua vigência.

4. MARCO LEGAL E NORMATIVO

A organização dos CP no Estado do Rio de Janeiro fundamenta-se em um conjunto de dispositivos legais, normativos e técnicos que orientam a estruturação da RAS. O presente marco legal e normativo reúne os principais instrumentos federais e estaduais que sustentam a construção deste PECP e orientam sua implementação nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A seguir, os Quadros 02 e 03 sintetizam as principais normativas federal e estadual que fundamentam e orientam a organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, destacando seus respectivos assuntos e disposições centrais.

4.1 Normativas Federais

Quadro 02: Marco legal e normativos federais.

Instrumento normativo	Assunto	Principais disposições
Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010	Organização das redes de atenção à saúde	Estabelece as diretrizes para organização das redes de atenção à saúde no SUS, definindo princípios de integração entre os pontos de atenção, coordenação do cuidado e integralidade da assistência. Constitui a principal referência para organização da linha de cuidado em cuidados paliativos.
Resolução CIT nº 41, de 31 de outubro de 2018	Diretrizes para organização dos cuidados paliativos no SUS	Primeiro marco normativo nacional específico sobre Cuidados Paliativos. Define princípios para organização dos cuidados continuados integrados, assistência integral, cuidado centrado na pessoa e articulação da rede de atenção à saúde.
Portaria GM/MS nº 3.681, de 07 de maio de 2024	Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos	Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos, estabelecendo princípios, diretrizes, objetivos, responsabilidades e estratégias para implementação da política no SUS. Define as EMCP e as EACP, além dos mecanismos de integração à Rede de Atenção à Saúde.
Portaria SAES/MS nº 2.085, de 09 de setembro de 2024	Habilitação e cadastramento das equipes	Regulamenta o cadastramento das EACP e EMCP no CNES, estabelece procedimentos para registro da produção assistencial e matricial e operacionaliza aspectos da implantação da Política Nacional de Cuidados Paliativos.
Portaria GM/MS nº 10.181, de 26 de janeiro de 2026	Atualização da Política Nacional de Cuidados Paliativos	Atualiza conceitos, atribuições, critérios de habilitação e organização da PNCP. Amplia o escopo dos cuidados paliativos, fortalece sua oferta precoce e aperfeiçoa as regras de funcionamento das equipes especializadas e macrorregionais.
Lei nº 15.378, de 06 de abril de 2026	Estatuto dos Direitos do Paciente	Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente, fortalecendo a autonomia, o consentimento informado, as diretivas antecipadas de vontade, o planejamento compartilhado do cuidado e o direito ao acesso aos cuidados paliativos, ao alívio da dor e do sofrimento.
Portaria SAES/MS nº 4288, de 22 de junho de 2026	Atualização do cadastro e procedimentos vinculados à PNCP	Atualiza o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Tabela de Procedimento do SUS), relacionados ao cadastramento e procedimentos vinculados à Política Nacional de Cuidados Paliativos.

Fonte: Elaboração própria

4.2 Normativas Estaduais

Quadro 03: Marco legal e normativos estaduais.

Instrumento normativo	Assunto	Principais disposições
Lei Estadual nº 8.425, de 1º de julho de 2019	Instituição do Programa Estadual de Cuidados Paliativos	Institui o Programa Estadual de Cuidados Paliativos no âmbito da Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro, estabelecendo diretrizes para promoção, organização e fortalecimento dos Cuidados Paliativos na rede estadual de saúde. Constitui o principal marco legal estadual para a implementação da política de Cuidados Paliativos.
Resolução SES nº 2.529, de 03 de dezembro de 2021	Instituição do Grupo de Trabalho Intersetorial	Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial de Cuidados Paliativos da SES-RJ, responsável por promover a discussão, o planejamento e a elaboração de propostas voltadas à implantação e ao fortalecimento dos Cuidados Paliativos no Estado do Rio de

Instrumento normativo	Assunto	Principais disposições
		Janeiro.
Resolução SES nº 2.980, de 31 de março de 2023	Composição do Grupo de Trabalho Intersectorial	Designa os membros do Grupo de Trabalho Intersectorial de Cuidados Paliativos da Secretaria de Estado de Saúde, assegurando sua composição técnica e institucional para desenvolvimento das atividades previstas.
Resolução SES nº 3.252, de 15 de fevereiro de 2024	Instituição da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos	Institui a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos da SES-RJ, com a finalidade de apoiar tecnicamente a elaboração de diretrizes, protocolos, fluxos assistenciais, estratégias de implantação e qualificação dos Cuidados Paliativos na Rede de Atenção à Saúde.
Lei Estadual nº 11.009, de 20 de maio de 2025	Atualização do Programa Estadual de Cuidados Paliativos	Atualiza e amplia o Programa Estadual de Cuidados Paliativos, fortalecendo a política pública estadual, ampliando as diretrizes para organização da assistência, formação e qualificação dos profissionais, apoio às famílias e integração dos Cuidados Paliativos à Rede de Atenção à Saúde.
Plano Estadual de Cuidados Paliativos do Estado do Rio de Janeiro Maio, 2025	Instrumento de planejamento estadual	Instrumento estratégico de planejamento da Secretaria de Estado de Saúde que estabelece diretrizes, objetivos, eixos estratégicos, ações e metas para a implementação e o fortalecimento dos Cuidados Paliativos no Estado do Rio de Janeiro, em consonância com a Política Nacional de Cuidados Paliativos.

Fonte: Elaboração própria

5. MARCO CONCEITUAL

Este capítulo estabelece as orientações éticas, assistenciais e pedagógicas que sustentam todas as ações de saúde, independentemente do nível de atenção ou da especialidade. Pilares como a humanização, qualidade e segurança do paciente e a educação permanente não operam de forma isolada, elas representam a espinha dorsal de uma prática cuidadora integrada e centrada na pessoa.

A correlação desses temas com os Cuidados Paliativos é direta e indissociável. A filosofia paliativa exige, por natureza, um olhar humanizado que respeite a dignidade e a autonomia do indivíduo até o fim da vida. Apoia-se, conjuntamente, na qualidade e segurança para promover a gestão adequada da dor, a prevenção de danos e o acompanhamento de ações que tragam alívio do sofrimento de forma responsável. Por fim, sustenta-se na educação permanente como ferramenta indispensável para sensibilizar, capacitar e transformar as práticas das equipes multiprofissionais, superando a lógica estritamente curativa. Desta forma, este capítulo justifica-se por fornecer a fundamentação teórica e transversal indispensável para que a implementação dos Cuidados Paliativos ocorra de maneira estruturada, segura e verdadeiramente empática em toda a rede.

5.1. Humanização e cuidado centrado no paciente

A Humanização na Rede Estadual de Cuidados Paliativos do Rio de Janeiro constitui a matriz ética e operacional que assegura o cuidado centrado no paciente, o respeito aos direitos dos usuários e a valorização da autonomia e subjetividade. Essa diretriz orienta uma prática assistencial focada no alívio do sofrimento multidimensional, no acolhimento familiar e na pactuação do cuidado até o término natural da vida.

Em alinhamento com a Política Nacional de Humanização - PNH, este modelo absorve o apoio matricial e a cogestão como diretrizes centrais para a reorganização dos processos de trabalho e da produção de saúde. O apoio matricial assegura o suporte técnico-pedagógico às equipes da rede,

democratizando o saber paliativo e garantindo retaguarda especializada aos demais pontos de atenção. Já a cogestão promove espaços coletivos de análise e deliberação, envolvendo gestores, trabalhadores, usuários e famílias na construção conjunta dos planos terapêuticos e na tomada de decisões (BRASIL, 2009). Reconhecendo a pessoa cuidada em sua integralidade, o modelo garante que as decisões assistenciais considerem biografias, valores, crenças e projetos de vida. Sob essa ótica, a prática clínica nos CP extrapola o manejo puramente biológico e sintomático, estruturando outros pontos fundamentais como:

5.1.1. Preservação da Autonomia e do Protagonismo: Valorização da escuta qualificada e do protagonismo da pessoa e de sua rede sociofamiliar na pactuação do PTS, assegurando o direito à informação clara, ao PAC e as DAV.

5.1.2. Reconhecimento da Subjetividade e do Sofrimento Multidimensional: Acolhimento das dimensões emocionais, socioculturais, espirituais e existenciais emergentes diante do adoecimento grave ou da finitude, promovendo uma assistência digna e singularizada.

5.1.3. Garantia dos Direitos e Mitigação de Iniquidades: Defesa da dignidade humana até o término natural da vida, promovendo o acesso equitativo ao alívio do sofrimento, a proteção sociofamiliar e o combate ostensivo a qualquer forma de discriminação, racismo institucional, capacitismo ou aporofobia nos serviços de saúde.

5.1.4. Corresponsabilização e Vínculo Assistencial: Promoção da cogestão na produção do cuidado entre trabalhadores, usuários e famílias, repelindo tanto a obstinação terapêutica (prolongamento fútil do morrer) quanto a descontinuidade assistencial na rede.

5.1.5. Cuidado Centrado na pessoa: O cuidado centrado na pessoa expressa a essência da PNH nos Cuidados Paliativos ao colocar a escuta ativa, a empatia e o alívio do sofrimento no centro da assistência. Ao acolher o paciente e sua família como sujeitos ativos nas decisões terapêuticas, valoriza-se a história e a dignidade na finitude da vida. Essa pactuação horizontal e compassiva assegura uma linha de cuidado contínua, integrada e alinhada aos valores de cada indivíduo em toda a RAS.

5.1.6. Cuidado e Proteção à Saúde do Trabalhador: Valorização dos profissionais de saúde por meio de espaços institucionais de escuta, suporte psicológico e mediação de conflitos, reconhecendo que cuidar de quem cuida é pressuposto para manter a empatia, prevenir o desgaste mental e mitigar o esgotamento profissional (burnout) frente à finitude.

5.1.7. Cuidado comunitário: A intensidade do sofrimento enfrentado pelo indivíduo e por sua rede afetiva exige o engajamento direto da sociedade e o fortalecimento de redes solidárias de cuidado, fundadas nos princípios da corresponsabilidade, do cooperativismo e do comunitarismo.

Para além da atuação formal das equipes de saúde da RAS, a mobilização comunitária viabiliza um suporte integral, contemplando as dimensões física, social, psicológica e espiritual. Ao considerar a singularidade sociocultural de cada território, a participação social garante que as ações promovidas respondam às reais necessidades locais, assegurando a autonomia, a dignidade humana e o respeito à biografia do usuário.

Nesse contexto, torna-se fundamental o fomento de ações de educação comunitária em Cuidados Paliativos, visando à desconstrução de estigmas sobre a abordagem paliativa por meio da capacitação de lideranças locais e do diálogo contínuo com a comunidade. Entre as iniciativas que potencializam o cuidado compartilhado nos territórios, desmistificam a finitude e promovem a equidade, destacam-se as Comunidades Compassivas, que priorizam populações de maior vulnerabilidade social, como moradores de periferias, pessoas em situação de rua, povos tradicionais e demais minorias.

Comunidade compassiva é um modelo de intervenção comunitária e de saúde pública voltado para integrar o cuidado de pessoas em situação de adoecimento grave, em cuidados paliativos, em processo de finitude ou vivenciando o luto no cotidiano da própria sociedade. (MESQUITA et al., 2023)

5.2. Qualidade e segurança do paciente

A qualidade e a segurança do paciente constituem dimensões transversais da RAS e devem estar incorporadas ao planejamento, à organização e à avaliação da atenção em CP. Nesse contexto, a qualidade está relacionada à oferta de cuidado oportuno, efetivo, integrado e centrado nas necessidades da pessoa, enquanto a segurança do paciente envolve a identificação, análise e redução dos riscos associados ao cuidado, considerando as características e os diferentes pontos da Rede.

No âmbito dos CP, a qualidade e a segurança assumem especial relevância diante da complexidade das necessidades dos usuários, da atuação multiprofissional e interdisciplinar e da necessidade de articulação entre os diferentes pontos de atenção. Assim, sua abordagem deve contemplar não apenas os processos assistenciais, mas também a governança, a gestão de riscos, a comunicação, a continuidade do cuidado e a participação das pessoas e suas famílias.

Este capítulo está alinhado às diretrizes do Plano Estadual de Saúde (PES), ao Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP), à Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente (PNQSP) e às orientações e competências do Núcleo Estadual de Gestão Estratégica da Segurança do Paciente (NEGESP), considerando a qualidade e a segurança do paciente como componentes estruturantes da organização da Rede.

As estratégias apresentadas são de caráter estadual e sistêmico, sob coordenação da Secretaria de Estado de Saúde, cabendo ao nível central induzir, articular, apoiar e monitorar sua implementação na Rede. Seu detalhamento e desdobramento junto aos serviços e territórios serão definidos no Plano Operativo de Qualidade e Segurança do Paciente em CP, conduzido pelo NEGESP, em articulação com as áreas técnicas e demais instâncias envolvidas.

O Quadro a seguir sintetiza os objetivos e as ações operacionais que orientam a governança, a gestão de riscos, a centralidade na pessoa e o monitoramento contínuo relacionados à Qualidade e Segurança do Paciente.

Quadro 4: Objetivos e Estratégias Operacionais de Qualidade, Segurança do Paciente em Cuidados Paliativos na RAS

Eixo	Objetivo Estratégico	Estratégias de Implantação e Ações Operacionais
------	----------------------	---

Governança da Qualidade e Segurança do Paciente	Fortalecer a governança da qualidade e da segurança do paciente como componente transversal da organização da RAS em Cuidados Paliativos.	• Articular a agenda de ações de qualidade e segurança do paciente às diretrizes de planejamento estadual e às políticas relacionadas ao Cuidados Paliativos. • Fortalecer a atuação do NEGESP como instância de referência para a condução da agenda de qualidade e segurança do paciente no âmbito do Plano. • Promover a articulação entre as áreas técnicas, instâncias de gestão, regiões de saúde e serviços envolvidos na atenção em Cuidados Paliativos. • Apoiar a incorporação da qualidade e da segurança do paciente nos processos de organização e qualificação da Linha de Cuidados em Cuidados Paliativos. • Fomentar a participação de usuários, familiares e trabalhadores nas iniciativas relacionadas à qualidade e à segurança do cuidado.
Gestão de Riscos e Cultura de Segurança	Fortalecer a gestão de riscos e a cultura de segurança nos diferentes pontos da RAS que integram a atenção em Cuidados Paliativos.	• Fomentar a adoção da gestão de riscos como componente dos processos de organização e qualificação da atenção em Cuidados Paliativos. • Apoiar a identificação e análise de riscos nos processos de cuidado e nas transições assistenciais entre os diferentes pontos da Rede. • Estimular a cultura de segurança focada na aprendizagem contínua a partir de incidentes, eventos adversos e oportunidades de melhoria. • Fortalecer mecanismos estaduais de orientação e suporte aos serviços integrantes da Rede de unidades do estado. • Disseminar práticas e estratégias de segurança pertinentes às especificidades dos Cuidados Paliativos.
Monitoramento, Avaliação e Melhoria Contínua	Fortalecer o monitoramento e a avaliação da qualidade e da segurança do paciente como instrumentos de gestão e melhoria contínua da Rede de Atenção em Cuidados Paliativos.	• Definir referenciais e indicadores estaduais de qualidade e segurança em Cuidados Paliativos. • Estruturar mecanismos de monitoramento e análise das informações relacionadas à qualidade e à segurança do cuidado. • Estimular o uso de dados e evidências para subsidiar na tomada de decisão e no planejamento das ações de qualificação da Rede. • Promover ciclos de avaliação e melhoria contínua, considerando os resultados alcançados e as necessidades identificadas nos territórios.

Fonte: Elaboração própria

5.3. Educação permanente e desenvolvimento de competências

A educação em saúde constitui um dos pilares fundamentais para a implantação, qualificação e sustentabilidade da atenção em Cuidados Paliativos na RAS. Deve orientar-se pelas diretrizes da PNCP (Portaria GM/MS nº 3.681/2024), que define a dimensão educacional como eixo central de sua implementação (Arts. 6º e 12), e pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pautando-se na equidade, na integração ensino-serviço-comunidade e na aprendizagem colaborativa em rede.

As ações formativas devem ser contínuas, descentralizadas e pactuadas territorialmente, articulando serviços assistenciais, instituições de ensino, escolas de saúde pública e centros de referência. Devem abranger tanto a educação continuada (oferta de cursos e especializações) quanto a educação permanente (transformação das práticas a partir da reflexão sobre o processo de trabalho), considerando as especificidades regionais, a complexidade da assistência e o cuidado humanizado direcionado a populações em situação de vulnerabilidade social (moradores de favelas e comunidades, populações quilombolas, pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes, população LGBTQIA+, entre outras).

O desenvolvimento de competências para profissionais, gestores, usuários, familiares e comunidades é essencial para assegurar o acesso oportuno, equitativo e de qualidade aos Cuidados Paliativos na RAS. Em âmbito global, das mais de 100 milhões de pessoas com indicação de CP, apenas 12% têm acesso a esse cuidado (Worldwide Palliative Care Alliance, 2020) — escassez associada, entre outros fatores, à formação profissional insuficiente frente às necessidades dos usuários do SUS. Nesse cenário, a SES-RJ divulgará amplamente os cursos ofertados pelas esferas federal, estadual e municipal, além de estabelecer parcerias para a ampliação de vagas.

5.3.1. Sensibilização e qualificação transversal para a abordagem paliativa

Ações de sensibilização e qualificação em abordagem paliativa devem alcançar todos os profissionais da RAS, independentemente do nível de atenção ou da categoria profissional. O objetivo não é formar especialistas, mas desenvolver competências essenciais para o reconhecimento precoce de necessidades paliativas, comunicação adequada, manejo inicial de sintomas e atuação integrada com as equipes de referência.

Competências mínimas esperadas dos trabalhadores da saúde:

- Compreender os princípios e fundamentos da abordagem paliativa;
- Reconhecer pacientes com necessidades paliativas e saber quando acionar apoio especializado;
- Desenvolver habilidades básicas de comunicação e participação na tomada de decisão;
- Conhecer aspectos éticos e legais relacionados aos cuidados paliativos;
- Realizar o manejo inicial dos principais sintomas, dentro de suas atribuições;
- Participar de reuniões multiprofissionais e acompanhar o plano terapêutico;
- Conhecer os fluxos, protocolos e equipes de referência da unidade e o Plano Estadual de Cuidados Paliativos;
- Trabalhar de forma integrada na RAS;
- Orientar e apoiar pacientes, familiares e cuidadores em suas necessidades básicas.
- Estratégias de implementação
- Atividades introdutórias de sensibilização em Cuidados Paliativos;
- Capacitação de novos profissionais;
- Discussão de casos e processos de trabalho como estratégia de educação permanente;
- Capacitações institucionais e regionais periódicas;
- Utilização de materiais educativos, protocolos e ferramentas de saúde digital e telessaúde.

As ações devem incluir orientações acessíveis a pacientes, familiares e cuidadores sobre o tratamento, reações adversas previsíveis, sinais de alerta e canais de acesso à equipe, promovendo o autocuidado apoiado e evitando deslocamentos desnecessários.

5.3.2. Desenvolvimento e qualificação das EMCP e EAACP

As EMCP e EAACP deverão dispor de qualificação compatível com suas diferentes atribuições na rede. Enquanto as EMCP exercem função predominantemente macrorregional, estratégica, articuladora e de apoio técnico à gestão, as EAACP concentram sua atuação na assistência especializada aos usuários com necessidades paliativas complexas, mantendo interface permanente com os demais pontos da RAS.

Recomenda-se diagnóstico situacional inicial das equipes, de sua distribuição territorial e de suas necessidades de qualificação, de forma a orientar a implantação, o acompanhamento e o fortalecimento progressivo da rede.

Nos serviços e territórios que atendam população pediátrica e neonatal, a qualificação deverá contemplar elegibilidade, avaliação de dor e sintomas por faixa etária, comunicação adequada ao desenvolvimento, tomada de decisão compartilhada, farmacoterapia por peso e particularidades das condições crônicas complexas.

Estratégias de desenvolvimento das equipes:

- Cursos de aperfeiçoamento e especializações lato sensu;
- Residências médica e multiprofissional;
- Treinamento e supervisão em serviço;
- Discussão de processos de trabalho e casos clínicos;
- Telematriciamento e comunidades de prática;
- Participação em reuniões multiprofissionais;
- Elaboração e revisão de PAC, protocolos, fluxos e instrumentos de elegibilidade.

O Estado deverá estimular a disponibilidade de profissionais e equipes qualificadas em todas as regiões de saúde, reduzindo desigualdades territoriais e fortalecendo progressivamente a capacidade técnica local (PORTARIA GM/MS Nº 10.181, DE 26 DE JANEIRO DE 2026).

5.3.3. Formação de gestores

A implantação sustentável dos Cuidados Paliativos requer gestores capacitados para planejar, organizar, monitorar e avaliar as ações na RAS. Essa formação engloba conceitos clínicos básicos da abordagem paliativa e foca na governança, no planejamento, no financiamento e na gestão da rede, com o apoio da gestão estadual. Cabe aos gestores municipais promover ações contínuas de Educação Permanente alinhadas às demandas locais, assegurando a formação de multiplicadores — incluindo lideranças comunitárias e a população em geral.

Competências gerenciais esperadas:

- Compreender o papel da abordagem paliativa na organização da RAS;
- Dimensionar profissionais e infraestrutura;
- Conhecer e definir indicadores de monitoramento e avaliação;
- Utilizar dados epidemiológicos para planejamento;
- Participar do planejamento das linhas de cuidado e fluxos assistenciais;
- Promover integração entre todos os níveis de atenção à saúde;
- Apoiar processos de educação permanente e estimular a participação dos trabalhadores na qualificação em CP;
- Programar estratégias de coordenação do cuidado;
- Conhecer o PECP;
- Garantir acesso a medicamentos essenciais para Cuidados Paliativos.

Estratégias de capacitação:

- Curso de gestão em Cuidados Paliativos;
- Formação para apoiadores institucionais;
- Rodas de conversa para discussão dos processos de trabalho (educação permanente em saúde);
- Fóruns estaduais e/ou regionais para gestores e trabalhadores em Cuidados Paliativos.

Resultados esperados:

- Ampliação da oferta de Cuidados Paliativos;

- Fortalecimento e integração da RAS;
- Melhoria da qualidade assistencial;
- Aplicação e monitoramento contínuo do PECP;
- Melhoria da comunicação entre os serviços.

Os profissionais capacitados atuarão como multiplicadores em suas regiões, ampliando o alcance dos Cuidados Paliativos por meio de estratégias de educação permanente e educação para a população em geral.

5.3.4. Educação para a qualidade e segurança

O objetivo central consiste no aprimoramento contínuo das competências técnicas e relacionais das equipes da RAS, pautado pelas diretrizes da qualidade e segurança do paciente em Cuidados Paliativos. Paralelamente, visa-se a ampliação de ações educativas direcionadas aos usuários, familiares e redes de apoio, capacitando-os para o engajamento ativo na prevenção de riscos e na coprodução da segurança do cuidado ao longo de toda a trajetória assistencial.

Estratégias de implementação

- Promover ações estaduais e regionais de Educação Permanente em Saúde focadas na qualidade e segurança do paciente, abrangendo desde a abordagem paliativa geral na RAS até qualificações especializadas para as EMCP e EAACP;
- Promover capacitações sobre identificação e gerenciamento de riscos, prevenção de incidentes e melhoria dos processos assistenciais, incluindo o uso seguro de opioides, a comunicação em situações de finitude e a tomada de decisão compartilhada;
- Incentivar a qualificação das equipes em comunicação qualificada, trabalho interprofissional e cuidado centrado na pessoa, com ênfase nas especificidades éticas e emocionais do cuidado paliativo;
- Utilizar resultados de indicadores, auditorias, análises de incidentes e avaliações da qualidade para subsidiar ações educativas direcionadas aos pontos críticos da rede;
- Estimular a disseminação de boas práticas e evidências científicas relacionadas aos CP, promovendo comunidades de prática e aprendizagem colaborativa entre os diferentes serviços e níveis de atenção;
- Fortalecer estratégias de aprendizagem colaborativa entre os diferentes serviços para educação permanente em qualidade e segurança.

5.4 Educação Comunitária

A Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito dos Cuidados Paliativos integra, de forma transversal e estruturante, os princípios da Educação Popular em Saúde. Essa convergência pedagógica e política orienta a superação do modelo exclusivamente biomédico ao promover o diálogo horizontal entre o conhecimento técnico-científico e os saberes populares, ancestrais e comunitários presentes nos territórios.

Sob essa perspectiva, a Educação Comunitária atua diretamente na desmistificação dos tabus e estigmas que cercam a morte, o morrer e o luto. Ao fomentar o letramento em saúde e a apropriação social do tema, estimula a autonomia dos sujeitos através de ações educativas que transformam a comunidade de espectadora passiva em agente coautora do cuidado, fortalecendo a rede de apoio socioafetivo e garantindo o acolhimento precoce tanto do sofrimento quanto dos sintomas.

Nesse cenário, as ações de educação comunitária visam expandir a compreensão da população sobre os Cuidados Paliativos, tendo como público-alvo prioritário os usuários do SUS, familiares, cuidadores informais, lideranças comunitárias, conselhos de saúde, organizações da sociedade civil, instituições religiosas, equipamentos sociais territoriais e instituições de ensino.

Estratégias

Campanhas educativas nas redes sociais;

Produção de materiais informativos acessíveis;

Rodas de conversa, inclusive em salas de espera;

Programas de apoio a cuidadores;

Parcerias de educação intersetoriais.

6. PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Esta base orientadora alinha-se aos princípios previstos na PNCP, integrando-os aos valores éticos, filosóficos e humanitários irrevogáveis do SUS. Para além do arcabouço específico da atenção paliativa, o plano fundamenta-se nos marcos conceituais da humanização, da qualidade e segurança do paciente, da autonomia e do respeito à biografia humana, em permanente diálogo com as demais políticas públicas estaduais e federais.

A síntese a seguir detalha essas diretrizes conceituais e os seus respectivos desdobramentos operacionais no âmbito do estado do Rio de Janeiro:

Quadro 05 - Princípios norteadores do Plano Estadual de Cuidados Paliativos

Princípio Norteador (PNCP / PNH)	Definição Conceitual
Alívio do Sofrimento e Dignidade Humana	Reconhecimento do alívio da dor e do sofrimento como direitos fundamentais e deveres do Estado em todos os ciclos da vida.
Respeito à Autonomia e Cuidado Centrado na pessoa e família	Garantia do protagonismo do indivíduo em suas decisões de saúde, pautada no modelo de cuidado centrado no paciente com a integração ativa da família e redes de apoio nos processos decisórios. Inclui o estímulo ao Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) e o respeito às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), assegurando os direitos de crianças, adolescentes, adultos e idosos.
Cuidado Multidimensional, Interdisciplinaridade e Matriciamento	Abordagem integrada das dimensões física, psicossocial, espiritual e existencial, sustentada pelo trabalho em equipe multiprofissional e pelo suporte técnico entre os pontos da rede.
Organização da Rede, Continuidade do Cuidado e Desospitalização apoiada pelo Território	Continuidade do cuidado nos itinerários terapêuticos da RAS/RJ, com o acesso transparente aos serviços e integração de redes comunitárias de suporte (Territórios Compassivos) no processo de desospitalização e transição para o domicílio.

Humanização, Afirmação da Vida e Aceitação do Processo Natural de Morrer	Integração dos preceitos da PNH à defesa da dignidade e da qualidade de vida até o término natural. Repudia a obstinação terapêutica (futilidade/distanásia) e o abandono assistencial, assegurando conforto, presença e alívio da dor no fim da vida.
Equidade, Justiça Social e Enfrentamento das Iniquidades	Garantia de acesso universal e imparcial aos Cuidados Paliativos, com enfrentamento institucional contínuo a todas as formas de vulnerabilização e discriminação nos serviços de saúde.

Fonte: Elaboração própria

7. DIRETRIZES

As diretrizes do PECP foram formuladas a partir da consolidação das 15 diretrizes norteadoras da PNCP (Portaria GM/MS nº 3.681/2024), compatíveis com a realidade e modelo de gestão do SUS no Estado do Rio de Janeiro. Para conferir maior operacionalidade e clareza analítica ao documento, os princípios da PNCP foram integrados para garantir o pleno alinhamento às normativas nacionais, às instâncias estaduais de pactuação, Comissão Intergestora Regional (CIR) e Comissão Intergestor Bipartite (CIB) e aos princípios constitucionais de equidade, humanização e acesso universal ao cuidado. São elas:

- Ampliação progressiva do acesso aos CP com equidade e humanização em todos os pontos da RAS, fortalecendo a APS como coordenadora do cuidado e promovendo a regionalização dos serviços mediante pactuação intergestores nas instâncias CIR e CIB/RJ.
- Estruturação de processos de regulação assistencial baseados na estratificação do grau de sofrimento e vulnerabilidade, garantindo a coordenação do cuidado, a transversalidade das ações paliativas nos processos de trabalho e a continuidade assistencial ao longo de todo o itinerário do usuário na RAS.
- Fomento à sensibilização e estruturação da rede para o uso racional e o acesso ampliado a opioides e medicamentos essenciais no controle da dor e de sintomas, aliando o uso de soluções de telessaúde para assegurar a continuidade do cuidado, o matriciamento de equipes e a redução de deslocamentos desnecessários.
- Promoção do autocuidado apoiado, do diagnóstico precoce e do suporte sócio familiar direcionados à preservação da autonomia da pessoa cuidada, estimulando a articulação de redes comunitárias de apoio, e a integração intersetorial nos territórios de saúde para o fortalecimento da proteção social, com especial atenção às áreas de maior vulnerabilidade.
- Reconhecimento e respeito aos diferentes modos de vida e à diversidade sociocultural dos usuários do SUS, promovendo ações institucionais contínuas para o combate ostensivo ao racismo estrutural, à aporofobia e ao capacitismo na prestação do cuidado à saúde.
- Implementação de estratégias permanentes de educação em CP para os trabalhadores da rede e incentivo à pesquisa e inovação tecnológica em parceria com instituições de ensino, garantindo o acompanhamento social da implementação e avaliação contínua da implementação deste Plano.

8. OBJETIVOS

- Estruturar a execução do PECP no âmbito do SUS/RJ, de forma integrada às diretrizes, princípios e objetivos estabelecidos pela PNCP;
- Estruturar a governança e a regulação assistencial descentralizada dos CP nas 9 regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro via CIR e CIB/RJ;
- Promover a equidade no acesso aos serviços e institucionalizar fluxos assistenciais padronizados na RAS/RJ, garantindo a continuidade e a transferência segura de cuidados, bem como o acesso a insumos e medicamentos;
- Fortalecer a disponibilidade de medicamentos, a logística de distribuição e disseminar ações para o uso racional de medicamentos essenciais e analgésicos potentes/opioides em todos os níveis de atenção, para promover o adequado controle de sintomas da pessoa em CP;
- Subsidiar as EMCP e EAACP, no fortalecimento de estratégias para a integração das dimensões biopsicológica, social e espiritual no cuidado integral às pessoas em CP.
- Fomentar o Planejamento Antecipado de Cuidado (PAC), o respeito às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e o suporte integral às famílias, cuidadores e redes de proteção no território;
- Fomentar ações continuadas de educação permanente, capacitação, qualificação e valorização da força de trabalho do SUS, promovendo a conscientização institucional sobre a cultura dos CP.

9. EIXOS ESTRATÉGICOS

Os eixos estratégicos constituem a base para o planejamento, a implementação, o monitoramento e a avaliação da Política Estadual de Cuidados Paliativos. Cada eixo contempla objetivos, diretrizes, ações estratégicas, responsabilidades, indicadores e mecanismos de acompanhamento, apresentados de forma consolidada no capítulo de Planejamento Estratégico e Plano Operativo, promovendo uma atuação integrada entre Estado, municípios e demais atores envolvidos na organização da RAS.

Para o período de vigência deste Plano (2026–2030), foram definidos os seguintes Eixos Estratégicos:

Eixo Estratégico 1: Governança, Pactuação Interfederativa e Regionalização

Consolidar a governança e a estruturação regionalizada da rede estadual de cuidados paliativos de forma integrada e articulada entre os diferentes pontos da RAS, promovendo o acesso oportuno da população, a coordenação assistencial e a garantia da continuidade do cuidado.

Eixo Estratégico 2: Rede de Atenção à Saúde e Linha de Cuidado

Estruturar a LCCP mediante a definição das atribuições dos diferentes pontos da RAS (APS, Especializada, Hospitalar, Urgência/Emergência e Domiciliar) e o estabelecimento de fluxos assistenciais, critérios de elegibilidade, regulação, referência e contrarreferência, garantindo a integração dos serviços.

Eixo Estratégico 3: Equipes Multiprofissionais, Matriciamento e Telessaúde

Implantar, qualificar e fortalecer as EAACP/EMCP. Promover o trabalho interdisciplinar, o apoio matricial e a assistência compartilhada entre os níveis de atenção, utilizando a Telessaúde, a telemedicina, o telemonitoramento e as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para expandir o alcance da orientação especializada e o suporte técnico em tempo oportuno.

Eixo Estratégico 4: Assistência Farmacêutica

Promover a organização regionalizada e o suporte técnico-normativo da assistência farmacêutica, em articulação entre as esferas de gestão e a rede descentralizada, visando o aprimoramento dos fluxos regulatórios, à qualificação do monitoramento logístico e ao fomento do acesso oportuno, contínuo, seguro e racional aos medicamentos, insumos e tecnologias essenciais para controle de sintomas e manejo da dor, apoiando a integralidade do cuidado em CP.

Eixo Estratégico 5: Qualidade, Segurança do Paciente e Monitoramento

Fortalecer a cultura da qualidade, da segurança do paciente e da melhoria contínua dos processos assistenciais na rede. Implementar mecanismos permanentes de monitoramento, avaliação de desempenho e análise de resultados, mediante o uso de indicadores estratégicos e metas para subsidiar a tomada de decisão, o aperfeiçoamento contínuo e a transparência da governança.

Eixo Estratégico 6: Humanização, Cuidado Centrado na Pessoa, Autonomia e Equidade

Promover uma assistência pautada nos princípios da humanização, da equidade e do respeito à autonomia da pessoa sob CP, estendendo o acolhimento, o suporte multidimensional (físico, psíquico, social e espiritual) e a escuta qualificada à pessoa, seus familiares e cuidadores ao longo de toda a linha do cuidado e no processo de luto.

Eixo Estratégico 7: Educação Permanente, Gestão da Informação e Pesquisa

Fortalecer a formação, a qualificação contínua e a educação permanente de profissionais de saúde, gestores e cuidadores. Qualificar a gestão da informação e o fomento à produção do conhecimento e pesquisas científicas, gerando evidências para o planejamento e desenvolvimento contínuo da área no estado.

10. ORGANIZAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DO SUS-RJ

A organização da Rede Estadual de Cuidados Paliativos operacionaliza as diretrizes da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) e os princípios do SUS, articulando os pontos de atenção, as equipes e as instâncias de regulação. Contudo, para evitar que a definição de componentes e serviços especializados (como as EMCP e EAACP) se isolem em arranjos fragmentados, é fundamental estruturar a assistência sob a ótica da integralidade, da continuidade e do vínculo.

A Linha de Cuidado em Cuidados Paliativos (LCCP) é o dispositivo que conecta essa matriz organizacional à trajetória real do usuário e de sua família. Ela traduz a capacidade instalada da rede em fluxos pactuados de identificação precoce, manejo de sintomas, planejamento terapêutico compartilhado e suporte na finitude. Dessa forma, assegura-se que a navegação do paciente pela rede ocorra de maneira compassiva, coordenada e transversal em todos os territórios de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

10.1 Componentes da rede de atenção à saúde

A RAS em Cuidados Paliativos organiza e integra os serviços de saúde para garantir um cuidado contínuo, humanizado, resolutivo e integral. Regionalizada e orientada pelas necessidades do território, estabelece a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e coordenadora do cuidado, articulando-a aos demais pontos da rede assistencial.

10.1.1 Atenção primária à saúde

A APS coordena o cuidado longitudinal e articula-se com os diversos pontos da RAS. Em Cuidados Paliativos, acompanha a pessoa e sua família no território, atua na Atenção Domiciliar (AD) e no processo de desospitalização, contando com o suporte dos serviços especializados para assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2020).

Orientação: ao habilitar e implementar a EAACP no território, recomenda-se que o gestor municipal aloque equipes também em unidades de saúde da APS, contribuindo para a atuação em rede e garantindo a transição e a continuidade do cuidado. Da mesma forma, o gestor estadual deve compor, habilitar e implementar a EMCP com, no mínimo, uma equipe alocada de forma a apoiar a APS, realizando apoio aos municípios na atuação em Cuidados Paliativos e capacitação dos profissionais de saúde da APS.

10.1.2 Atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar

A atenção ambulatorial Especializada e Hospitalar oferece retaguarda aos casos que demandam maior complexidade diagnóstica, terapêutica ou tecnológica, articulando-se à APS e aos demais pontos da RAS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

No hospital, a abordagem paliativa deve incluir a identificação precoce de elegibilidade, o acionamento da equipe de referência, a elaboração compartilhada do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o controle de sintomas, a comunicação com a família e o planejamento de alta ou de cuidados de fim de vida. A integração com a APS e a AD favorece transições seguras e reduz hospitalizações evitáveis.

10.1.3 Urgência e emergência

Na RAS, os serviços de Urgência e Emergência — representados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Prontos Atendimentos (PA), SAMU 192 e Hospitais Gerais — atuam como pontos de retaguarda e suporte às intercorrências para pessoas em CP. O objetivo central desse componente da rede é garantir a resposta rápida ao sofrimento, o alívio de sintomas agudizados e a preservação da dignidade do paciente e de seus familiares, evitando internações desnecessárias, procedimentos fúteis ou a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2011).

Para que a Urgência e Emergência cumpra seu papel de forma integrada na RAS, o plano de cuidados individualizado (PAC, PTS) deve estar atualizado e acessível nos sistemas de informação ou em algum documento institucional.

Isso permite às equipes de plantão, de regulação e SAMU 192 reconhecer rapidamente as metas terapêuticas, respeitar as DAV e dar continuidade às condutas previamente pactuadas entre a pessoa, a família e a equipe de referência (APS ou SAD).

Orientação: os gestores municipais e estaduais, conforme suas competências e dentro dos limites orçamentários, deverão disponibilizar transporte sanitário para garantir cuidado digno e deslocamento oportuno; realizar remoção da pessoa entre pontos de atenção pelo SAMU 192, com foco na promoção do conforto e mediante decisão conjunta com a pessoa e/ou família; realizar atendimentos de intercorrências, agravamento de sintomas, processo ativo de morte e óbito domiciliar pelo SAMU 192, garantindo a atestação do óbito em documentação regulamentada; e ofertar, pelas UPAs 24h, tratamento para alívio da dor e demais sintomas não controlados em domicílio ou ambulatório.

10.1.4 Atenção domiciliar

A AD integra ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição no domicílio, articuladas à RAS (BRASIL, 2016). Em CP, favorece a continuidade assistencial, a autonomia e a permanência no ambiente familiar quando o cuidado domiciliar for seguro e desejado. A AD deve contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível.

Na AD, os CP são operacionalizados principalmente pelo SAD no âmbito do Programa Melhor em Casa, composto por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD I e II), responsáveis pelo cuidado direto ao paciente, e por Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que oferecem suporte especializado às equipes assistenciais. O cuidado no domicílio favorece manter o paciente em ambiente familiar, preservar sua autonomia e identidade, reduzir internações e reinternações evitáveis, respeitar suas preferências e valores, e qualificar o processo de morrer, com dignidade e conforto.

Na AD, as EAACP desempenham papel fundamental na prestação de assistência especializada direta aos pacientes elegíveis e seus familiares, podendo estar vinculadas diretamente ao SAD. Suas principais atribuições incluem:

Avaliação e acompanhamento: identificação precoce e avaliação multidimensional das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente e de sua família;

Gestão do cuidado: elaboração, implementação e monitoramento do PTS e desenvolvimento do Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC), promovendo a tomada de decisão compartilhada;

Manejo de sintomas: controle impecável da dor e de outros sintomas complexos no domicílio, seguindo protocolos e diretrizes vigentes;

Suporte à família: apoio integral aos cuidadores e familiares durante toda a trajetória da doença, na fase de terminalidade e durante o período de luto;

Integração na rede: atuação integrada com a APS e outros pontos da rede, compartilhando o cuidado e registrando informações assistenciais para monitoramento dos indicadores.

Orientação: ao habilitar e implementar a EAACP no território, recomenda-se que o gestor municipal alocue equipes em SADs, devendo atuar de forma integrada com as equipes de outros pontos de atenção da RAS.

10.1.5 Assistência farmacêutica

Os medicamentos constituem insumos estratégicos na linha de cuidado dos CP, sendo fundamentais para o manejo adequado da dor, o controle efetivo de sintomas e a promoção da qualidade de vida e conforto dos pacientes. A PNCP reforça essa centralidade ao estabelecer, em suas diretrizes e objetivos, o estímulo às ações de sensibilização para uso racional de opióides, bem como a necessidade de ampliar a disponibilidade de formulações que assegurem um tratamento farmacoterapêutico seguro e oportuno (BRASIL, 2024b). Diante dos complexos desafios associados ao acesso e ao manejo clínico dessas classes terapêuticas, as ações planejadas no âmbito do Estado do Rio de Janeiro devem observar a estrita consonância com as diretrizes do SUS, balizando-se na conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), as Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUME), os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) e as respectivas pactuações interfederativas vigentes.

10.1.5.1. Organização da Assistência Farmacêutica no SUS

A assistência farmacêutica constitui componente essencial para a integralidade do cuidado às pessoas em CP, considerando a necessidade de garantir acesso oportuno, contínuo e seguro aos medicamentos destinados ao controle da dor e de outros sintomas.

No SUS, a assistência farmacêutica está organizada por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e do Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco), cada qual com organização, financiamento, responsabilidades, critérios de acesso e formas de execução específicas.

No Estado do Rio de Janeiro, a SES-RJ, por meio da assistência farmacêutica estadual, atua nas responsabilidades que lhe são atribuídas em cada componente, em conformidade com a legislação vigente, as pactuações interfederativas e a organização da RAS.

No âmbito do CBAF, de execução descentralizada, os municípios são responsáveis pelas etapas pactuadas, incluindo programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos sob sua responsabilidade, de acordo com a organização local e as respectivas REMUME, em estrita consonância com os termos fixados pela deliberação CIB-RJ nº 10.714, de 12 de fevereiro de 2026. À SES-RJ compete o cofinanciamento estadual e as demais atribuições estabelecidas nas pactuações vigentes.

O CESAF compreende medicamentos e insumos destinados ao atendimento de programas e agravos de relevância epidemiológica no âmbito do SUS, observados os respectivos protocolos, normas e fluxos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). No âmbito estadual, a assistência farmacêutica participa das etapas que lhe são atribuídas, conforme as responsabilidades definidas para cada programa.

No CEAF, o acesso aos medicamentos está condicionado ao atendimento dos critérios clínicos e administrativos estabelecidos nos respectivos PCDTs do MS. A SES-RJ, por meio da assistência farmacêutica estadual, executa as etapas de sua responsabilidade, observados os grupos de financiamento, os critérios de elegibilidade e os fluxos estabelecidos para o componente.

Para as pessoas com câncer em CP, deve ser considerado, adicionalmente, o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco), instituído pela Portaria GM/MS nº 8.477/2025 e atualizado pela Portaria GM/MS nº 11.540/2026. O componente estabelece organização específica para o financiamento, a aquisição e a disponibilização dos medicamentos oncológicos incorporados ao SUS, de acordo com as modalidades definidas pelo MS. No âmbito da assistência farmacêutica estadual, deverão ser observadas as responsabilidades atribuídas à esfera estadual em cada modalidade, especialmente quanto às etapas de programação, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos, quando sob responsabilidade da SES-RJ.

No contexto dos CP oncológicos, o acesso aos medicamentos deverá observar a modalidade de financiamento e aquisição correspondente, a indicação clínica e os protocolos e diretrizes vigentes, em articulação com a RAS das Pessoas com Câncer.

10.1.5.2 Acesso aos medicamentos

O acesso aos medicamentos necessários aos CP deverá ocorrer de forma oportuna e contínua, observadas a RENAME, as REMUME, os PCDTs, as diretrizes do MS e as pactuações interfederativas vigentes. Não há um fluxo único de acesso aos medicamentos para CP. A disponibilização deverá ocorrer de acordo com o componente ao qual o medicamento está vinculado,

sua indicação clínica, os critérios de acesso e a responsabilidade sanitária e financeira atribuída a cada ente federativo.

No CBAF, o acesso deverá observar a organização municipal e as pactuações vigentes no Estado do Rio de Janeiro. No CEAF, o acesso estará condicionado ao atendimento dos critérios clínicos e administrativos estabelecidos nos respectivos PCDTs e aos fluxos definidos para o componente. Ressalta-se que a condição de pessoa em CP, isoladamente, não constitui critério suficiente para acesso a medicamento pelo CEAF.

Essa distinção é particularmente relevante para os medicamentos utilizados no controle da dor, inclusive os opióides. Embora determinados medicamentos estejam contemplados no CEAF para condições clínicas específicas, sua disponibilização por esse componente somente ocorrerá quando atendidos os critérios previstos nos respectivos PCDTs. Assim, o acesso aos medicamentos utilizados em CP deverá observar o componente de financiamento, a indicação clínica, os critérios de elegibilidade e a responsabilidade estabelecida para cada medicamento.

Para os medicamentos destinados ao tratamento das doenças oncológicas, deverão ser observados os fluxos próprios do AF-Onco, conforme a modalidade de financiamento e aquisição correspondente e a organização da RAS das Pessoas com Câncer. Diante das especificidades dos CP e da necessidade de qualificação contínua do acesso oportuno aos medicamentos essenciais, a modelagem de um fluxo estadual específico e a definição de seus respectivos pontos de dispensação territorial constituem objeto de planejamento técnico.

Nesse cenário, deverá ser elaborado e pactuado fluxo estadual para disponibilização de medicamentos essenciais, com a definição de responsabilidades, critérios e pontos de acesso baseados na organização territorial da RAS e na proximidade dos serviços em que o paciente realiza seu acompanhamento. A construção desse fluxo deverá envolver, de forma articulada, as assistências farmacêuticas estadual e municipais, as áreas gestoras e técnicas e os demais pontos de atenção da rede de saúde, observadas as competências de cada ente federativo de modo a reduzir barreiras de acesso e favorecer a continuidade do cuidado.

10.1.5.3 Padronização e responsabilidade sanitária dos medicamentos em cuidados paliativos

A organização do elenco farmacoterapêutico para CP no Estado do Rio de Janeiro adota como referencial técnico-científico as diretrizes da Nota Técnica nº 2/2026-DAET/SAES/MS. Esta matriz unifica em um único instrumento os medicamentos necessários para o controle da dor e de outros sintomas complexos, delimitando o componente tecnológico de vinculação na RENAME e a esfera de responsabilidade sanitária e logística para a sua disponibilização pública.

O acesso aos medicamentos sob governabilidade estadual, vinculados ao CEAF, fica condicionado ao cumprimento dos critérios do PCDT de Dor Crônica do MS. Os medicamentos do CBAF observam a execução descentralizada e a pactuação na deliberação CIB-RJ nº 10.714/2026.

A identificação de medicamentos complementares não constantes na RENAME funcionará como subsídio para o planejamento técnico de médio e longo prazo na RAS. Esse processo de modelagem e avaliação futura observará estritamente os limites de competência de cada ente federativo e a avaliação multidimensional das necessidades na ponta da rede, submetendo-se à viabilidade técnica e ao planejamento das respectivas esferas de gestão. Em anexo segue o Apêndice 1 com quadro elaborado com compilado dos medicamentos contemplados na rename e ente responsável.

10.1.6 Rede de atenção psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é a rede de serviços do SUS responsável pela atenção integral às pessoas com necessidades decorrentes de sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, ela articula diferentes pontos de atenção, como a APS (Unidades Básicas e eSF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência/emergência (UPAs e SAMU 192) e leitos de acolhimento e retaguarda hospitalar, para garantir o cuidado humanizado, territorializado e focado na autonomia da pessoa.

A articulação entre a RAPS e a atenção em CP é diretriz estratégica estabelecida pela PNCP no âmbito do SUS (BRASIL, 2024). Essa integração visa garantir o suporte integral e longitudinal às pessoas com doenças graves ou que ameaçam a continuidade da vida, bem como aos seus familiares e cuidadores, mediante o alívio do sofrimento psíquico, existencial e espiritual ao longo de toda a trajetória do cuidado e no processo de luto.

Reconhece-se a relevância da dimensão psicossocial no cuidado integral, sendo oportuno o alinhamento de fluxos e premissas entre as ações de Cuidados Paliativos e os dispositivos da RAPS (como os CAPS).

10.1.7 Rede socioassistencial (SUAS)

A Rede Socioassistencial vinculada ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) atua como componente estratégico da LCCP, integrando-se à saúde para garantir a proteção social integral a pacientes e familiares que enfrentam situações de vulnerabilidade. Essa atuação em rede pressupõe interlocução permanente entre as equipes de saúde, especialmente as da APS e Domiciliar, e equipamentos da assistência social, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), para buscar soluções que transcendem o setor saúde, como o fortalecimento de vínculos comunitários e o suporte a cuidadores sobrecarregados, na direção do combate à violação dos direitos humanos.

Um arranjo organizacional importante nesse sentido é o estímulo à participação e à integração comunitária nos territórios, fortalecendo redes locais de apoio social e prático às pessoas em cuidados paliativos, seus familiares e cuidadores, e promovendo uma cultura de cuidado solidária e compartilhada.

No âmbito dos benefícios, a política pública da assistência social por meio do SUAS é responsável por organizar equipamentos que conduzem a orientação e viabilização do acesso a direitos fundamentais, como o enterro social ou sepultamento gratuito para famílias com hipossuficiência de renda, a obtenção de insumos essenciais (fraldas, curativos, cadeiras de rodas) e a orientação quanto aos direitos e ao acesso aos programas, serviços e benefícios socioassistenciais cabíveis, sempre que identificada essa necessidade.

A consolidação dos CP no âmbito do SUS exige a estruturação e a pactuação clara das responsabilidades operacionais em cada ponto de atenção e rede intersetorial. Com o propósito de orientar a tomada de decisão e instrumentalizar os gestores estaduais e municipais, o quadro a seguir apresenta a síntese da Organização da RAS em Cuidados Paliativos. Este alinhamento integra as ações da APS, da Urgência e Emergência, da Atenção Domiciliar, da RAPS e do SUAS, garantindo a coordenação do cuidado, a transversalidade das políticas públicas e a continuidade da assistência ao usuário e sua família.

Quadro 6: Síntese da Organização da RAS em Cuidados Paliativos - Orientação para Gestores

Ponto de Atenção/Rede	Esfera de Gestão	Atribuições e Orientações Operacionais
Atenção Primária à Saúde	Gestão Municipal	• Alojamento e implementar a EAACP em unidades de saúde da APS no território. • Garantir a transição e a continuidade do cuidado ao usuário e família. • Articular as equipes da APS com os demais pontos da RAS
	Gestão Estadual	• Compor, habilitar e implementar a EMCP (pelo menos uma equipe) para prestar suporte técnico e matriciamento à APS. • Apoiar os municípios na execução das ações de Cuidados Paliativos e na capacitação continuada dos profissionais de saúde locais.
Urgência e Emergência	Gestão Municipal e Estadual (conforme competências e limites orçamentários)	• Identificar pacientes elegíveis para abordagem em Cuidados Paliativos • Garantir o registro e a disponibilidade do plano de cuidados atualizado em toda a rede, alinhando metas terapêuticas e manejo de crises em UPAs e hospitais. • Disponibilizar Transporte Sanitário: transporte adequado e humanizado para deslocamentos em tempo oportuno. • SAMU 192: Realizar transferências entre pontos de atenção via regulação médica, com foco no conforto e pactuadas com a pessoa e/ou família, e no caso de atendimento Domiciliar e Óbito, o SAMU 192 deverá prestar atendimento a intercorrências, agravamento de sintomas, processo ativo de morte e óbito domiciliar (com atestação documental regulamentada), cobrindo noites e finais de semana. • Assegurar que as UPAs 24h realizem o alívio imediato da dor e sintomas agudos não controlados em domicílio/ambulatório. • Estabelecer fluxos de comunicação com a APS e a Atenção • Domiciliar para que a equipe do território seja notificada do óbito e possa realizar a visita domiciliar pós-óbito e o seguimento do luto das famílias atendidas;
Atenção Domiciliar (SAD/Melhor em Casa)	Gestão Municipal	• Preparar o domicílio como o locus principal de cuidado e terminalidade, respeitando o desejo do paciente e da família. • Indicar a Atenção Domiciliar para pessoas com restrição ao leito ou domicílio, ofertada pelas equipes da APS (no caso de pessoas idosas) ou SAD/Melhor em Casa, • Alocar a EAACP nos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), promovendo a atuação integrada com os demais pontos da RAS.
Assistência Farmacêutica	Gestão Municipal	• Componente Básico (CBAF): Executar as etapas de programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais e analgésicos sob responsabilidade municipal (REMUME), em consonância com a Deliberação CIB-RJ nº 10.714/2026. • Acesso no Território: Garantir a disponibilidade e dispensação descentralizada de medicamentos para controle de dor e sintomas na APS e Atenção Domiciliar. • Apoio ao Uso Racional: Promover ações locais para o uso seguro e racional de opioides e suporte aos cuidadores.
	Gestão Estadual	• Cofinanciamento e Alinhamento: Exercer o cofinanciamento do CBAF e apoiar tecnicamente os municípios no acesso tempestivo aos medicamentos de CP. • Componentes Especializado e Estratégico (CEAF/CESAF): Executar as etapas estaduais de programação, aquisição e dispensação conforme diretrizes do MS e PCDTs vigentes (respeitando critérios clínicos/administrativos). • Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco): Cumprir as responsabilidades estaduais de logística e distribuição de medicamentos oncológicos (Portarias GM/MS nº 8.477/2025 e nº 11.540/2026) integradas à RAS de Câncer. • Fluxo Estadual Específico: Desenhar e pactuar o Fluxo Estadual de Acesso Oportuno a Medicamentos Essenciais em CP, definindo pontos de dispensação territorial e reduzindo barreiras de acesso aos

		opioides fortes.
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Gestão Municipal e Estadual	• Mapear e articular os pontos da RAPS (incluindo os CAPS) para prestar suporte psíquico contínuo a pacientes, familiares e cuidadores ao longo da trajetória da doença para apoio nos casos de sofrimento psíquico.
Rede Socioassistencial (SUAS)	Gestão Municipal	• Promover interlocução intersetorial para alinhamento permanente entre a saúde (APS e SAD) e os equipamentos socioassistenciais (CRAS e CREAS) para enfrentamento de vulnerabilidades sociais, fortalecimento de vínculos e suporte a cuidadores sobrecarregados. • Estimular e apoiar arranjos comunitários e redes formais/informais de apoio solidário no território fortalecendo a criação, continuidade das Comunidades Compassivas.. • Facilitar a orientação e o acesso a benefícios socioassistenciais, obtenção de insumos (fraldas, curativos, cadeiras de rodas) e garantia do sepultamento gratuito/enterro social para famílias de baixa renda.

Fonte: Elaboração própria

10.2. Organização e implantação das equipes de cuidados paliativos

A PNCP estrutura o suporte especializado na RAS por meio de dois arranjos de equipes interdisciplinares complementares: a EMCP, prioritariamente de gestão estadual, e a Equipe de Apoio Assistencial de Cuidados Paliativos (EAACP), prioritariamente de gestão municipal (BRASIL, 2026).

Enquanto a EMCP atua no plano estratégico-territorial, provendo apoio matricial, governança, regulação e suporte técnico-pedagógico às regiões de saúde, a EAACP atua no plano assistencial direto, oferecendo suporte clínico especializado aos usuários e famílias nos estabelecimentos de saúde vinculados e na articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS).

10.2.1 Equipe Macrorregional de Cuidados Paliativos (EMCP)

As EMCP são formadas por especialistas em CP, constituindo equipes interdisciplinares com composição mínima e carga horária semanal (CHS) conforme o Quadro 7.

Quadro 7: Composição mínima da EMCP

Equipe Matricial de Cuidados Paliativos	Somatório da CHS por ocupação
01 enfermeiro	30 (trinta) horas
01 médico	40 (quarenta) horas
01 assistente social	30 (trinta) horas
01 psicólogo ou fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional ou nutricionista ou fonoaudiólogo ou farmacêutico.	30 (trinta) horas

Fonte: Portaria SAES/MS nº 2.085, de 09 de setembro de 2024

Além do profissional médico, com somatório de carga horária de 40 horas semanais, poderá ainda ser acrescido um profissional médico pediatra, com CHS de, no mínimo, 20 horas de acordo com a demanda pediátrica e neonatal da macrorregião definindo a estratégia explícita de suporte para esta

população, seja pela inclusão do pediatra na composição da equipe, seja pela pactuação formal de referência técnica pediátrica.

As EMCP poderão ser implementadas na proporção de uma equipe para cada macrorregião de saúde com até 500.000 habitantes e uma nova equipe a partir de 500.001 (quinhentos mil e um) habitantes e assim sucessivamente. Conforme o NOTA TÉCNICA Nº 6/2026-DAET/SAES/MS. Entre as atribuições da EMCP destacam-se:

I - Mapear o território de atuação, com delimitação dos municípios, da população adscrita e dos equipamentos de saúde presentes no território a serem apoiados pela EMCP, em articulação com a gestão estadual e regional.

II - Assumir responsabilidade sanitária sobre o território, por meio da análise da situação de saúde e do conhecimento da epidemiologia das condições ameaçadoras da vida, subsidiando a gestão em saúde de base populacional.

III - Incorporar o recorte de equidade na análise e na organização do cuidado em CP, considerando as especificidades de populações em contexto de vulneração, como pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, população ribeirinha, povos indígenas, pessoas negras e pessoas LGBTQIAPN+, promovendo o acesso oportuno, equânime e culturalmente adequado.

IV - Monitorar e analisar indicadores relacionados aos CPs nos pontos de atenção da RAS, incluindo o registro de procedimentos, subsidiando a qualificação do cuidado e a tomada de decisão no território.

V - Mapear, analisar e apoiar a organização e qualificação dos fluxos assistenciais e dos processos de trabalho em CP, incluindo a regulação assistencial, o acesso a medicamentos essenciais e os processos relacionados à declaração de óbito.

VI - Induzir a organização macrorregional dos processos de trabalho em CP e a qualificação das equipes da RAS, com ênfase na integração entre os pontos de atenção e na abordagem territorial.

VII - Articular-se com complexos reguladores e serviços da RAS para qualificação do acesso, redução de barreiras e garantia da continuidade do cuidado.

VIII - Realizar encontros periódicos com gestores e equipes dos municípios da macrorregião, com ênfase na APS, para ações de educação permanente e reuniões matriciais em CP.

IX - Oferecer apoio matricial sistemático às equipes da RAS, por meio de discussão de casos, ações de educação permanente e capacitações em formatos presencial e remoto.

X - Apoiar a identificação precoce de pessoas com necessidades de CP, incluindo a definição, a utilização de critérios e instrumentos de identificação de demanda, assim como a estratificação de complexidade.

XI - Atuar na coordenação e na navegação do cuidado em rede, com especial atenção às transições de cuidado e às situações de fim de vida.

XII - Apoiar a condução de casos de maior complexidade, especialmente aqueles com necessidade de maior intensidade de cuidado, contribuindo para o manejo clínico e a articulação intersetorial.

Considerando a população estimada do Estado do Rio de Janeiro em 2025 (17.223.547 habitantes), estima-se a implantação de 35 EMCP, distribuídas entre as nove regiões de saúde.

Quadro 8 — Distribuição de leitos SUS por região de saúde e proposta de EMCP

Região de Saúde	População estimada	Nº EMCP propostas
Baía de Ilha Grande	270.358	1
Baixada litorânea	903.171	2
Centro-sul	336.061	1
Médio Paraíba	918.430	2
Metropolitana I	10.462.484	20
Metropolitana II	2.043.395	4
Noroeste	340.005	1
Norte	983.045	2
Serrana	962.730	2
Total	17.219.679	35

Fonte: IBGE, estimativas de população 2024 (BRASIL, 2024c). Elaboração própria. O detalhamento por município consta no Apêndice 2.

10.2.2 Equipe de Apoio Assistencial de Cuidados Paliativos (EAACP)

As EAACP devem garantir acesso de qualidade e humanizado aos CP no âmbito da RAS, de forma integrada com a APS. A composição mínima da CHS da EAACP é descrita no Quadro 12.

Quadro 9: Composição mínima da EAACP

Equipe de Apoio Assistencial de Cuidados Paliativos	Somatório da CHS por ocupação
01 Enfermeiro	30 (trinta) horas
01 Médico	20 (vinte) horas
02 (dois) profissionais dentre as seguintes categorias profissionais: assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo ou farmacêutico	30 (trinta) horas
01 Técnico de enfermagem	30 (trinta) horas

Fonte: Portaria SAES/MS nº 2.085, de 09 de setembro de 2024

Na implantação dessa modalidade, caberá à gestão municipal a operacionalização e a coordenação das EAACP. A atuação da EAACP ocorre diretamente nos estabelecimentos vinculados, podendo ser hospitais, unidades de urgência, ambulatórios de atenção especializada ou serviços de AD. entre as atribuições da EAACP destacam-se:

I - Atuar no microssistema local de saúde (serviço e equipe de vínculo), apoiando e qualificando a condução do cuidado junto à equipe assistente de referência, em articulação com os demais pontos da RAS no território de residência do usuário.

II - Realizar busca ativa de pessoas com necessidades de CP, contribuindo para a definição dos casos que requerem abordagem paliativa e para o reconhecimento da demanda no serviço de atuação.

III - Avaliar os casos identificados com foco nas necessidades de CP, visando à complementação do plano terapêutico na perspectiva da abordagem paliativa.

IV - Apoiar a equipe de referência, conforme a necessidade, por meio de suporte técnico em CP, incluindo emissão de parecer, discussão de casos e/ou atendimento compartilhado.

V - Atuar de forma mais intensiva nos casos de maior complexidade paliativa, contribuindo para o manejo clínico e para a organização do cuidado no território.

VI - Identificar e articular a unidade de saúde da APS de referência do usuário, reconhecendo seu papel central na coordenação do cuidado no território, promovendo maior autonomia das equipes.

VII - Apoiar nas transições de cuidado, com elaboração e pactuação de plano de alta segura e territorializada, em articulação com a APS, assegurando a continuidade assistencial.

VIII - Ampliar a capacidade da unidade de saúde da APS para condução dos casos com segurança, por meio de plano de abordagem paliativa estruturado e de apoio matricial, quando necessário, promovendo maior autonomia das equipes.

IX - Articular-se com a EMCP, quando presente no território, para comunicação acerca dos casos e definição do arranjo de cuidado compartilhado.

Segundo a PNCP, as EAACP terão território de atuação na proporção de uma equipe para cada 400 leitos SUS habilitados (BRASIL, 2024b). A Nota Informativa nº 17/2024-CGADOM/DAHU/SAES/MS orienta que o quantitativo de leitos SUS para definição do número de EAACP no território/região poderá corresponder ao somatório de leitos hospitalares e/ou de urgência/emergência e/ou de AD.

Quadro 10 — Distribuição de leitos hospitalares SUS por região de saúde e proposta de EAACP

Região de Saúde	Leitos hospitalares SUS
Baía de Ilha Grande	326
Baixada litorânea	907
Centro-sul	832
Médio Paraíba	1.604
Metropolitana I	11.407
Metropolitana II	2.219
Noroeste	762
Norte	1.616
Serrana	1.816
Total	21.489

Fonte: CNES/DATASUS. Elaboração própria. O detalhamento por município consta no Apêndice 3.

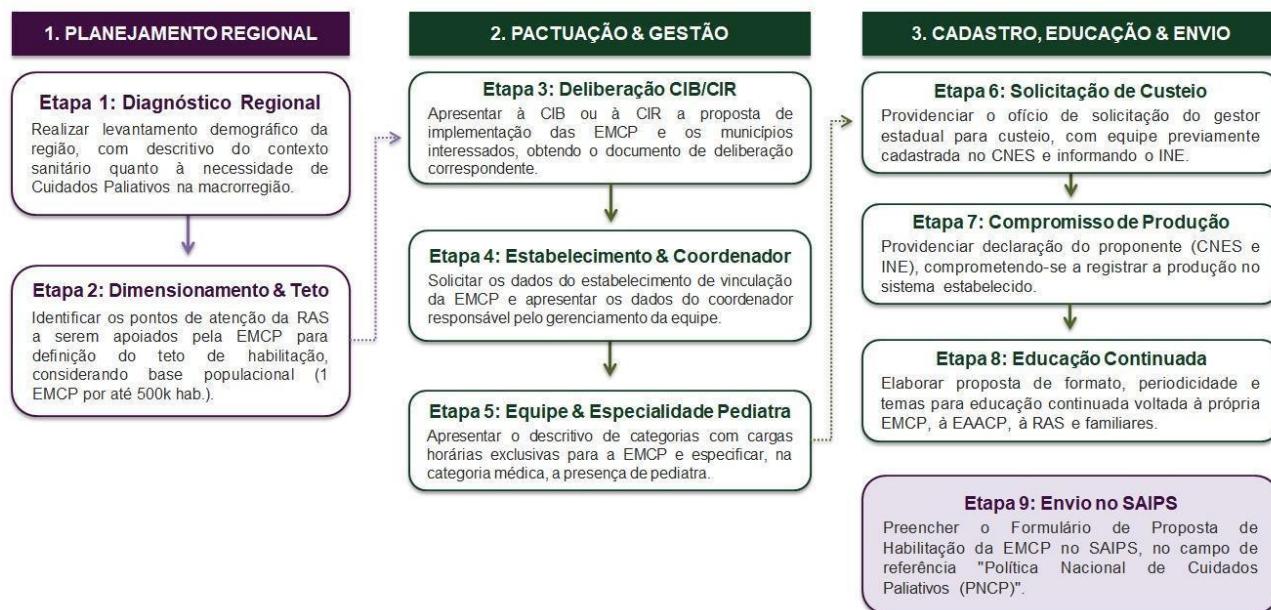
Ainda segundo o CNES, o Estado do Rio de Janeiro dispõe de 86 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar Tipo I (EMAD I) e 6 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar Tipo II (EMAD II), além de 46 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Segundo o art. 552 da Portaria GM/MS nº 3.005/2024, cada equipe EMAD I é responsável por 50 pacientes e cada equipe EMAD II, por 25 pacientes, totalizando um conjunto de 4.450 leitos equivalentes de AD (BRASIL, 2026).

Considerando a proporção de uma equipe para cada 400 leitos SUS habilitados, somados aos leitos de AD, o Estado do Rio de Janeiro tem a possibilidade de implantação de EAACP $(21.489 + 4.450 / 400)$, a serem distribuídas pelos 92 municípios, considerando o quantitativo de leitos da região de saúde. Destaca-se a importância da pactuação por macrorregiões, de forma a atender aos critérios necessários para a habilitação das EAACP.

10.2.3 Habilitação das equipes

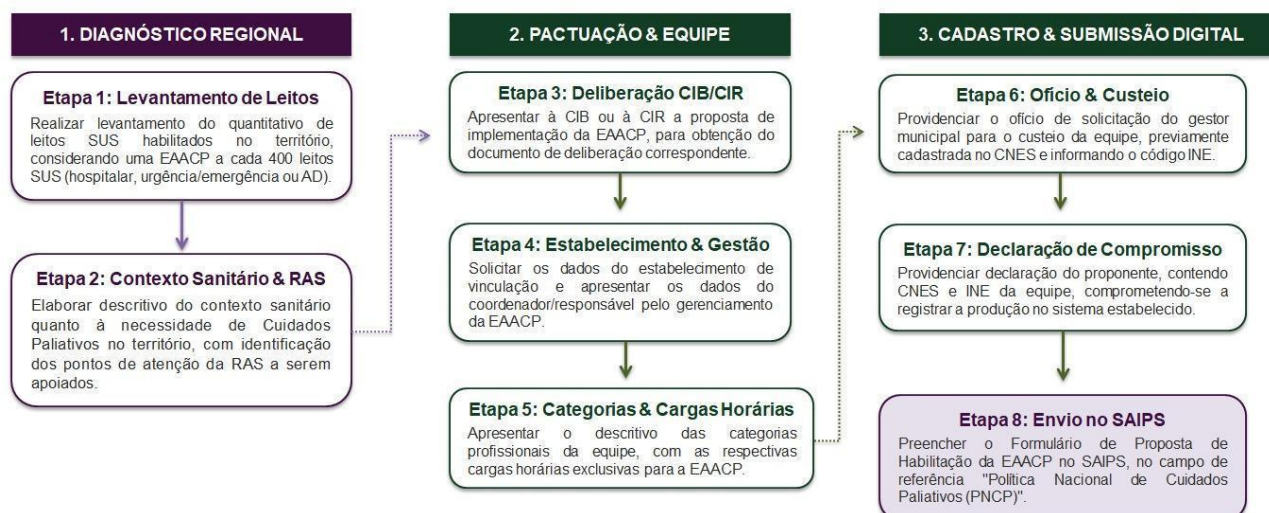
A habilitação das equipes deverá seguir as orientações da PNCP , Nota Informativa nº 17/2024-CGADOM/DAHU/SAES/MS e Portaria GM/MS Nº 10.181, de 26 de Janeiro de 2026 , utilizando o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), disponível em <https://saips.saude.gov.br/autenticacao> (figuras 1 e 2, abaixo). Compete ao Estado habilitar as EMCP e aos municípios habilitar as EAACP. Em ambos os casos, são exigidos cadastro prévio da equipe no CNES, definição da composição mínima e do Identificador Nacional de Equipe (INE), justificativa epidemiológica, aprovação nas instâncias de pactuação (CIB/CIR), indicação da unidade de vinculação, Coordenador/responsável pelo gerenciamento da equipe e compromisso com o registro da produção assistencial.

Figura 1: Procedimentos para habilitação da EMCP (gestor estadual)



Fonte: Elaboração própria

A definição do número máximo de EMCP e EAACP a serem habilitadas deve respeitar as determinações da PNCP e considerar as necessidades de cada região de saúde. O Estado tem a responsabilidade de não permitir habilitação fora das características definidas pela portaria de Cuidados Paliativos e deve acompanhar o planejamento das capacitações das EMCP, monitorando os processos para uniformização dos conhecimentos, protocolos e cuidados prestados aos usuários.

Figura 2: Procedimentos para habilitação da EAACP (gestor municipal)

Fonte: Elaboração própria

10.2.4 Registro das equipes no CNES e procedimentos no SIGTAP

A Portaria GM/MS Nº 10.181, de 26 de janeiro de 2026, estabelece normas para registro das equipes de cuidados paliativos no CNES, determinando que as EMCP sejam vinculadas a um ponto de atenção da RAS do seu território de atuação e as EAACP vinculadas a hospitais, unidades de urgência, ambulatorios de atenção especializada ou serviços de atenção domiciliar, devendo atuar de forma integrada com as equipes dos serviços (BRASIL, 2026). No CNES, a Portaria inclui o código de serviço 171, cuidados paliativos e a classificação de atividades/ações prestadas. Classificação 001 para abordagem paliativa, 002 Apoio matricial e 003 cuidados especializados na tabela de serviço especializado. Inclui as tipologias de equipes de cuidados paliativos, na tabela de equipes. No sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS (SIGTAP), foram incluídos os cuidados paliativos e suas formas de organização (ações assistenciais e ações Macrorregionais) no subgrupo 11 do grupo 03, procedimentos clínicos, contemplando, entre outros, os seguintes procedimentos:

03.11.01.001-6 — Atendimento multiprofissional em cuidados paliativos na atenção especializada: intervenção multiprofissional voltada ao controle de sintomas e à preservação da qualidade de vida da pessoa cujo adoecimento ameaça a continuidade da vida, incluindo avaliação abrangente nas dimensões física, psicoemocional, social e espiritual e elaboração de plano de cuidados com tomada de decisão compartilhada;

03.11.02.002-0 — Atividade educativa em cuidados paliativos com profissionais da RAS: ações de formação com profissionais das equipes dos pontos de atenção da RAS, na forma de capacitações, treinamentos, seminários, discussões de casos e rodas de conversa;

03.11.02.003-8 — Atividade educativa em cuidados paliativos com grupo de familiares de pacientes: ações educativas com grupos de familiares nas unidades de saúde ou na comunidade, recomendando-se o mínimo de dez participantes;

03.11.02.004-6 — Atividade educativa em cuidados paliativos com a comunidade: ações educativas em espaços do território, incluindo o apoio à formação e ao desenvolvimento de comunidades compassivas.

Para maiores esclarecimentos, consultar a Portaria SAES/MS nº 2.085, de 9 de setembro de 2024 e atualizadas posteriormente por normativas complementares, como a Portaria SAES nº 4.288/2026 e a Portaria SAES/MS nº 4.965/2026.

10.3. Telematriciamento e apoio técnico

O telematriciamento constitui estratégia fundamental para ampliar o acesso ao conhecimento especializado, apoiar a tomada de decisão clínica e reduzir desigualdades regionais na oferta de CP. Pelo suporte remoto, as EMCP devem atuar oferecendo apoio técnico-pedagógico aos profissionais dos diversos pontos da RAS, fortalecendo a capacidade resolutiva local.

Objetivos

- Apoiar o manejo clínico de casos complexos;
- Fortalecer competências das equipes locais;
- Promover integração entre serviços;
- Reduzir encaminhamentos desnecessários;
- Ampliar o acesso à expertise especializada em regiões remotas.

Estratégias e modalidades

- Teleconsultoria síncrona e assíncrona;
- Discussão de casos clínicos;
- Segunda opinião formativa;
- Sessões clínicas virtuais;
- Webconferências;
- Comunidades virtuais de aprendizagem;
- Supervisão remota de equipes.

10.5. Linha de cuidado em cuidados paliativos (LCCP)

A Linha de Cuidado constitui a organização da assistência responsável por integrar as ações de saúde e orientar o fluxo do usuário em toda a RAS. Este capítulo apresenta os principais pontos do percurso assistencial em CP, detalhando as etapas do processo que estruturam a atenção contínua, coordenada e centrada na pessoa. A trajetória abrange desde a identificação precoce da elegibilidade e a avaliação multidimensional até a gestão das transições de cuidado, a atenção no processo de fim de vida e o suporte qualificado ao luto familiar, definindo os papéis e as conexões entre os diversos pontos da RAS.

10.5.1 Identificação precoce e elegibilidade

A identificação precoce de pessoas que podem se beneficiar da abordagem de CP representa a porta de entrada da Linha de Cuidado. Ela é essencial para promover a integração desses cuidados aos tratamentos modificadores da doença desde a sua fase inicial, promovendo assistência oportuna, coordenada e centrada nas necessidades da pessoa, trazendo benefícios para o paciente, seus familiares e para os serviços de saúde.

A identificação pode ser realizada por profissionais não especialistas, com conhecimentos básicos sobre a abordagem paliativa, em qualquer ponto da RAS, cabendo à APS papel estratégico no

reconhecimento das necessidades, no acompanhamento longitudinal, na coordenação do cuidado e no encaminhamento para equipes especializadas conforme a evolução clínica e o aumento da complexidade das demandas. Esse processo contribui para o planejamento antecipado dos cuidados e para a tomada de decisões compartilhadas ao longo da trajetória da doença.

Segundo a OMS (WHO, 2014), os critérios de elegibilidade para os CP relacionam-se, principalmente, a dois determinantes: a presença de doenças que ameaçam a vida e a condição da pessoa diante dessa circunstância. Entre as principais condições estão as neoplasias, doenças cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, renais, hepáticas, demências, HIV/AIDS, doenças congênitas e outras doenças crônicas progressivas.

Para apoiar essa identificação, podem ser utilizados instrumentos validados, como a Ferramenta de Elegibilidade Simplificada, o *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT-BR™), o *Gold Standards Framework* (GSF) e o Instrumento de Necessidades Paliativas (NECPAL-BR), que utilizam indicadores de declínio funcional, gravidade clínica e a “pergunta surpresa” para complementar o julgamento clínico, oferecer respaldo técnico e favorecer a identificação oportuna dos pacientes.

Na população pediátrica, incluindo recém-nascidos, crianças e adolescentes, a identificação de necessidades de CP deverá considerar as especificidades das trajetórias pediátricas, incluindo condições agudas ameaçadoras da vida; condições crônicas graves potencialmente curáveis ou controláveis; doenças progressivas sem possibilidade curativa; condições neurológicas graves não progressivas associadas a elevada vulnerabilidade; e condições neonatais ou congênitas graves. A indicação não deverá depender exclusivamente da estimativa prognóstica ou de expectativa de sobrevida breve, devendo prevalecer a avaliação das necessidades da criança e de sua família (SBP, 2026).

10.5.2 Avaliação multidimensional

A identificação da elegibilidade assinala a necessidade de uma avaliação multidimensional, qualificada pela investigação integrada das dimensões física, emocional, social e espiritual. Essa perspectiva ampliada não apenas contextualiza os impactos do adoecimento sobre o paciente, mas também orienta a pactuação das metas terapêuticas e a articulação da equipe multiprofissional. Por meio dessa análise contínua, torna-se viável mensurar a sobrecarga dos cuidadores, mapear fragilidades na rede assistencial e coibir práticas iatrogênicas, subsidiar decisões éticas e clinicamente respaldadas pelos valores e vontades da pessoa sob cuidados.

A operacionalização da avaliação multidimensional ocorre pela aplicação de instrumentos e escalas validados, selecionados de acordo com as necessidades e características de cada paciente. Como ferramenta de apoio à avaliação integral e ao processo de tomada de decisão, destaca-se o Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM), que organiza, de forma visual e sistematizada, as diferentes dimensões do cuidado, estruturando o raciocínio clínico da equipe diante das múltiplas necessidades do paciente e favorecendo o planejamento interdisciplinar e a revisão contínua do plano de cuidados (SAPORETTI et al., 2012).

Em recém-nascidos, crianças e adolescentes, a avaliação deverá considerar ainda o estágio do desenvolvimento, capacidade de comunicação e compreensão, dependência tecnológica, impacto sobre pais/cuidadores e irmãos e, de maneira progressiva e compatível com a idade e desenvolvimento, a participação da criança ou adolescente nas decisões relacionadas ao seu cuidado.

10.5.3 Estratificação de complexidade

A complexidade deve ser estratificada a partir de sintomas, funcionalidade, instabilidade clínica, necessidades psicossociais e espirituais, rede de apoio e necessidade de suporte especializado, com revisão periódica. A estratificação considera fatores relacionados à doença, ao controle dos sintomas, ao estado funcional, à instabilidade clínica, às necessidades psicossociais e espirituais, à capacidade da rede de apoio, à necessidade de suporte especializado, às condições culturais, étnicas e socioeconômicas, bem como aos valores, às atitudes e às preferências do paciente e de sua família.

A integração desses elementos possibilita uma avaliação mais abrangente das necessidades de cuidado, favorecendo a definição do nível de atenção mais adequado, a organização da rede assistencial e a construção de um plano terapêutico individualizado, centrado na pessoa e em sua rede de apoio. Essa estratificação deve ser revisada periodicamente, uma vez que as necessidades do paciente podem se modificar ao longo da evolução da doença.

10.5.4 Comunicação de notícias difíceis em cuidados paliativos

A comunicação é uma ferramenta utilizada para a prática de uma boa assistência em saúde. Aprender técnicas de comunicação e desenvolver habilidades específicas para tal faz com que o paciente e seus familiares tenham melhor entendimento do quadro clínico, um cuidado humanizado, sintam-se seguros e tenham uma relação equipe de saúde-paciente-família de qualidade (SILVA, 2011). Uma má notícia é qualquer informação que altera drasticamente a perspectiva que uma pessoa tem sobre seu futuro (BAILE et al., 2000). O que de fato é uma má notícia dependerá das vivências e expectativas que o receptor tem da notícia recebida.

A comunicação de más notícias inclui comunicação de diagnóstico e prognóstico, comunicação de falha, mudança ou limitação terapêutica, comunicação de óbito, dentre outros (PEREIRA, et al., 2017).

Pacientes e familiares em situação de adoecimento encontram-se vulneráveis. É importante checar cuidadosamente qual tipo e quanto de informação será passada, quem vai receber a informação, quem vai passar e como (BERTACHINI, 2011).

A maneira como a comunicação é feita influencia na resposta emocional da pessoa que recebe a notícia e na sua perspectiva de futuro. Informar a má notícia também pode afetar emocionalmente os profissionais envolvidos. Comunicar é uma tarefa que pode gerar estresse, sentimento de culpa, pena e sensação de falha e impotência (BERTACHINI, 2011).

A comunicação é uma habilidade a ser aprendida e melhorada. Diversos estudos propõem técnicas para uma comunicação mais empática e mais efetiva. A seguir serão apresentadas recomendações nesse sentido, elaboradas a partir de artigos e instrumentos específicos de comunicação (BAILE et al., 2000; D’ALESSANDRO et al., 2015; HARMAN; ROBERT, 2019).

Premissas básicas:

- Identificar-se (nome, profissão)
- Agradecer pela presença e por conseguir disponibilizar um tempo para estar ali;
- Fazer um pacto sobre sempre falar a verdade;
- Conhecer a biografia do paciente antes de iniciar a abordagem sobre a doença;
- Ter clareza quanto ao objetivo da comunicação (informação de diagnóstico, alinhamento de prognóstico com a família/paciente, comunicação de mudança, falha ou limitação terapêutica, comunicação de óbito).

- Reunir as informações necessárias (últimos resultados de exames ou pareceres de outras equipes, por exemplo).
- Linguagem clara e compreensível – evitar uso de termos médicos que dificultariam a compreensão do que está sendo dito.
- Fazer perguntas abertas
- Comunicação empática (validar sentimentos)
- Comunicação progressiva (comunicar aos poucos e observar como a pessoa reage às informações para saber se pode continuar comunicando novas notícias; muita informação ou pouca informação podem interferir na segurança do indivíduo).
- Escutar atenta e ativamente, saber respeitar o silêncio – ao fazer comunicação de alguma má notícia, é importante manter silêncio por alguns momentos. Esperar a pessoa (paciente ou familiar) se manifestar e somente após prosseguir.
- Atentar para a expressão não verbal. Ela nos traz muitos indícios de como a informação está sendo processada pelo interlocutor (ele está tenso, balança o pé, está irrequieto ou está atento, mantém contato visual...).
- Lembre-se que a sua comunicação não verbal também está sendo observada. Procure manter o contato visual, use tom de voz calmo, mantenha uma postura aberta. Demonstre estar presente.
- Nem sempre pacientes e familiares angustiados ou com medo falarão abertamente sobre isso. Algumas vezes isso será expresso através de uma postura questionadora e/ou demandante. Quando cuidar de casos assim procure uma postura acolhedora e não de embate, busque maneiras de melhorar a comunicação e dar mais confiança ao trabalho da equipe.
- Avaliar como foi a conversa com família / paciente e ver se é possível nesse momento realizar a construção do planejamento avançado de cuidado.

A comunicação também deve ser integrada entre os diferentes profissionais da equipe, favorecendo a continuidade do cuidado, o alinhamento das informações e a construção de um plano terapêutico coerente com os objetivos do paciente. O compartilhamento adequado de informações entre equipe, paciente e família é parte importante da assistência centrada na pessoa.

O registro em prontuário com os participantes, informações discutidas, dúvidas, preferências e decisões estabelecidas, permitindo que a equipe mantenha uma comunicação consistente e acompanhe a evolução das necessidades ao longo do cuidado.

10.5.5 Projeto terapêutico singular (PTS) e plano de cuidados

O Plano Terapêutico Singular (PTS) e o Plano de Cuidados são instrumentos complementares da gestão da assistência, que organizam o cuidado paliativo a partir da integração entre a equipe multiprofissional, o paciente e sua rede sociofamiliar:

- **Plano Terapêutico Singular:** É uma estratégia de pactuação e tomada de decisão clínica, ética e existencial. A partir de um diagnóstico multidimensional (físico, psíquico, social e espiritual), o PTS define a direção macro do cuidado, delimitando a transição de metas terapêuticas para afastar tanto a obstinação terapêutica quanto o abandono assistencial. É disparado pela equipe em momentos críticos do percurso da doença (admissão no serviço, agravamento clínico, conflitos éticos ou mudanças no prognóstico).

- **Plano de Cuidados:** É o instrumento prático que traduz as diretrizes do PTS nas rotinas assistenciais diárias. Ele operacionaliza a linha de ação definida no PTS em prescrições técnicas de manejo sintomático, condutas farmacológicas e não farmacológicas, cuidados de enfermagem, suporte psicossocial e plano de contingência para crises.

10.5.5.1 Dispositivos de pactuação e suporte ao PTS

Para construir e atualizar o PTS de forma viva, ética e humanizada, a equipe multiprofissional utiliza os seguintes dispositivos relacionais e ético-jurídicos:

1. **Conferência Familiar:** Espaço estruturado de comunicação entre a equipe multiprofissional, o paciente e seus familiares. Tem como objetivo alinhar a compreensão sobre diagnóstico e prognóstico, acolher o sofrimento diante da finitude, esclarecer dúvidas e mediar conflitos de expectativas entre a família e a equipe técnica.
2. **Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC):** Processo contínuo e dialógico em que a equipe explora, junto ao paciente e sua rede de apoio, seus valores, crenças, medos e preferências sobre tratamentos e intervenções em estágios avançados da vida. O PAC é o percurso de reflexão e escuta que fundamenta as escolhas do paciente sobre o que considera aceitável ou inaceitável no final da vida.
3. **Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV):** Instrumento ético-jurídico que formaliza por escrito as recusas e escolhas de tratamento manifestadas pelo paciente durante o processo de PAC. As DAV garantem o respeito à autonomia do paciente caso ele perca a capacidade de tomar decisões, permitindo também a indicação formal de um representante legal (procurador de saúde) para responder por sua vontade.

10.5.5.2 Reconciliação medicamentosa - avaliação multidisciplinar e gestão terapêutica no PTS

A reconciliação medicamentosa e o acompanhamento farmacoterapêutico são estratégias essenciais de segurança do paciente, integradas ao Plano Terapêutico Singular (PTS) para mitigar os riscos associados à polifarmácia e ao uso de medicamentos de alta vigilância na Linha de Cuidado em Cuidados Paliativos.

A reconciliação medicamentosa deve ser realizada de forma contínua nas transições assistenciais (admissão, transferência e alta). Suas diretrizes priorizam:

- **Uso racional e seguro de opioides:** Estabelecimento de rotinas para prescrição, sensibilização profissional e monitoramento rigoroso de analgésicos potentes (como tramadol, codeína, morfina, metadona e fentanil), garantindo o direito do paciente ao controle adequado e oportuno da dor.
- **Alinhamento institucional:** Articulação permanente com o eixo de Qualidade e Segurança do Paciente para prevenção de erros de medicação e monitoramento de dados epidemiológicos da rede.

10.5.5.3 Avaliação farmacológica clínica e integração ao PTS

A avaliação farmacológica clínica deve ser integrada ao PTS à beira do leito ou no domicílio, impulsionada pela atuação do farmacêutico clínico junto às Equipes de Cuidado Paliativo (EAACP e EMCP). Essa presença qualifica a tomada de decisão em cenários complexos, subsidiando tanto a seleção da melhor opção terapêutica para o manejo eficaz da dor e de outros sintomas desafiadores

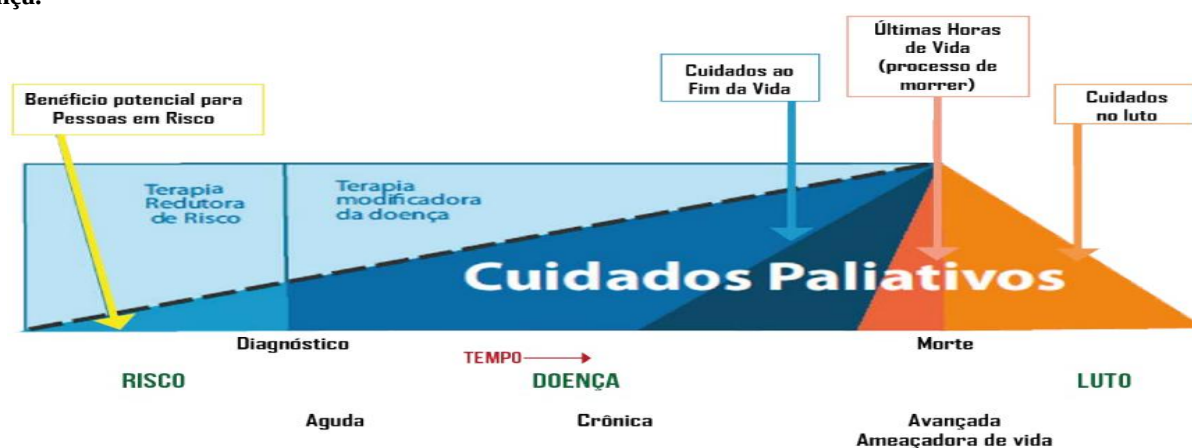
(como náuseas, dispneia, fadiga e depressão) quanto o suporte técnico para a administração segura de medicamentos por vias especiais, incluindo sondas de alimentação e a via subcutânea (hipodermóclise), de forma contínua ou intermitente.

10.5.6 Acompanhamento longitudinal

Os CP devem acompanhar a pessoa ao longo da trajetória da doença (figura 3), podendo ser iniciados desde o diagnóstico de uma condição ameaçadora da continuidade da vida e ofertados de forma simultânea aos tratamentos modificadores da doença, quando indicados. A intensidade e a composição dos cuidados devem ser ajustadas de acordo com a evolução clínica e com as necessidades da pessoa, de sua família e de seus cuidadores.

A trajetória da doença e das necessidades de CP é variável conforme a condição de saúde e suas características clínicas, podendo apresentar diferentes padrões de evolução e períodos de maior ou menor necessidade de cuidados. Dessa forma, a oferta de CP não deve estar condicionada exclusivamente à fase avançada da doença ou à proximidade da morte, mas às necessidades identificadas ao longo do acompanhamento.

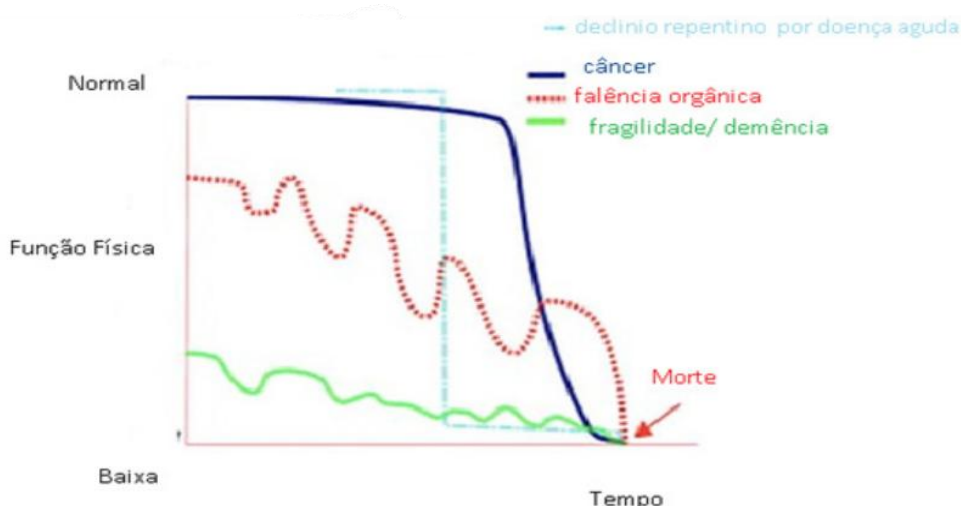
Figura 3: Trajetória longitudinal dos Cuidados Paliativos e sua integração aos tratamentos modificadores da doença.



Fonte: Adaptado de Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vamos falar de Cuidados Paliativos, 2014.

A figura 4 representa a possibilidade de integração dos CP aos tratamentos modificadores da doença desde fases iniciais, com progressiva mudança na ênfase dos objetivos terapêuticos à medida que a doença evolui. Essa trajetória, entretanto, não ocorre de maneira uniforme para todas as condições de saúde, uma vez que a evolução funcional e a intensidade das necessidades de cuidado podem apresentar diferentes padrões.

Figura 4: Variação da necessidade de Cuidados Paliativos conforme diferentes trajetórias de evolução da doença.



Fonte: TWYLCROSS; WILCOCK, 2016, p.6

As necessidades de Cuidados Paliativos podem apresentar diferentes trajetórias de acordo com a condição de saúde. No câncer, é frequente uma trajetória com período prolongado de estabilidade clínica, seguido de declínio funcional mais acentuado próximo à morte. Nas doenças relacionadas à disfunção de órgãos, como cardíaca, pulmonar e hepática, a evolução tende a ser mais progressiva e marcada por exacerbações agudas, com recuperação parcial e perda funcional cumulativa. Já em condições como demência, fragilidade, idade avançada e lesões neurológicas graves, pode ocorrer declínio funcional prolongado e progressivo, com maior imprevisibilidade quanto à evolução e ao prognóstico. Essas diferentes trajetórias reforçam a necessidade de acompanhamento longitudinal e reavaliação contínua das necessidades de cuidado, independentemente da proximidade do óbito.

Nesse contexto, o acompanhamento deve ser contínuo, individualizado e baseado na reavaliação periódica das necessidades e preferências da pessoa. Devem ser considerados, entre outros aspectos, o controle de sintomas, a funcionalidade, os aspectos psicossociais e espirituais, as necessidades e a sobrecarga de familiares e cuidadores, o prognóstico e os objetivos terapêuticos. A partir dessa avaliação, o Plano de Cuidados deve ser revisado e atualizado, garantindo a continuidade da assistência e a proporcionalidade das intervenções nos diferentes pontos da RAS.

À medida que a doença evolui, os objetivos terapêuticos devem ser reavaliados. Quando os tratamentos modificadores deixam de oferecer benefício significativo ou passam a gerar maior sofrimento, a ênfase pode progressivamente se voltar ao conforto, controle de sintomas, qualidade de vida e suporte à família, respeitando a autonomia, os valores e as preferências da pessoa. O acompanhamento deve permanecer nos últimos dias de vida, no processo de morte e no luto, contemplando também as necessidades de familiares e cuidadores, com comunicação contínua e tomada de decisão compartilhada.

10.5.7 Encaminhamentos, referência e contrarreferência

A organização da linha de cuidado depende da integração entre todos os pontos da RAS, incluindo a APS, a AD, a atenção ambulatorial especializada, a atenção hospitalar e os serviços de urgência e emergência, conforme estabelecido pela Resolução CIT nº 41/2018.

A efetividade da assistência em CP depende da organização de fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção, tendo a APS como coordenadora do cuidado.

A integração entre os serviços é essencial para assegurar a continuidade da assistência e minimizar lacunas assistenciais e organizacionais.

Sempre que possível, o acompanhamento deve ser realizado no serviço mais próximo do domicílio do paciente, favorecendo o vínculo, a acessibilidade e a continuidade do cuidado. O encaminhamento para equipes especializadas deve ocorrer quando houver necessidade de manejo de sintomas complexos, suporte multiprofissional especializado, tomada de decisões terapêuticas de maior complexidade ou utilização de recursos assistenciais não disponíveis no serviço de origem, sempre respeitando as preferências do paciente e de sua família.

Os processos de referência e contrarreferência devem assegurar o compartilhamento das informações clínicas e do plano de cuidados entre os diferentes serviços, reduzindo a fragmentação da assistência, evitando a duplicidade de procedimentos e minimizando intervenções desnecessárias, para garantir a continuidade do cuidado e a manutenção das condutas previamente pactuadas, independentemente do ponto da RAS em que o paciente esteja sendo acompanhado. Para isso, é indispensável a utilização de instrumentos padronizados de comunicação entre os serviços, bem como o fortalecimento da compreensão sobre as atribuições e responsabilidades de cada ponto da rede.

10.5.8 Transição do cuidado

As boas práticas assistenciais assumem particular importância nas ações de cuidado antes, durante e após o atendimento hospitalar. Os hospitais têm a responsabilidade de prestar cuidado que inclua o planejamento para alta responsável, a fim de prevenir a ocorrência de resultados adversos após períodos de internação (GOMES, 2022).

Na assistência ao paciente em CP, é preciso investir no cuidado centrado na pessoa, considerando sua trajetória de tratamento e histórico de saúde ao longo dos anos, reconhecendo que a responsabilidade do cuidar não se concentra unicamente nos hospitais, mas nos diversos pontos de atenção à saúde. A transição e a continuidade do cuidado alcançam melhores resultados quando sustentadas por um plano de alta responsável, sobretudo para pacientes com necessidades de saúde complexas.

Com o objetivo de instrumentalizar as equipes de saúde e organizar os fluxos interinstitucionais, apresenta-se a seguir a sistematização do planejamento da alta responsável. O quadro 11 detalha o conjunto de ações obrigatórias em cada fase da internação, para a transição segura do cuidado, integrando a comunicação entre o hospital, a rede territorial e a família.

Quadro 11 - Etapas do planejamento da alta responsável para transição do cuidado em cuidados paliativos

Etapa/ Fase	Eixo de Ação	Ações e Acolhimento Operacional
Admissão Hospitalar	Avaliação Clínica	- Definição e registro do diagnóstico e prognóstico. - Discussão e alinhamento das possibilidades terapêuticas (curativas e/ou paliativas). - Definição pactuada dos objetivos do cuidado (controle de sintomas, conforto, qualidade de vida).
	Avaliação Psicossocial	- Avaliação do sofrimento do paciente e familiares nas dimensões física, psicológica, social e espiritual. - Mapeamento das necessidades sociais, familiares e da rede de apoio. - Identificação e pactuação do cuidador principal.

Durante a Internação	Planejamento Terapêutico	• Elaboração do Plano de Cuidado e construção do PTS, preferencialmente articulado com a APS de referência. • Inclusão do PAC. • Registro das DAV no prontuário. • Avaliação contínua das condições clínicas e sócio familiares para a transição do cuidado.
Preparo para a Alta Responsável	Logística, Insumos e Capacitação	• Mapeamento e providência de insumos (oxigenoterapia, dieta enteral, curativos) e equipamentos (cama hospitalar, cadeira de rodas/banho). • Prescrição e garantia de disponibilidade local de medicamentos. • Dimensionamento das categorias profissionais necessárias para a continuidade do cuidado. • Capacitação e orientação prática do cuidador para o manejo seguro no domicílio. • Pactuação do plano de contingência para intercorrências agudas.
Definição do Ponto de Atenção	Encaminhamento na RAS	• Identificação formal da Unidade de APS de referência do usuário • Acionamento/encaminhamento ao SAD para pacientes elegíveis. • Mapeamento e acionamento de outros dispositivos da RAS, conforme a necessidade: equipes eMulti, EMCP, EAACP, CAPS, além de hospitais de retaguarda municipais ou estaduais (oncologia).
Comunicação e Articulação em Rede	Transição e contrarreferência	• Contato direto entre a equipe hospitalar e a coordenação da APS municipal. • Realização de teleconsultoria e disponibilização de canal direto para matriciamento. • Emissão do Instrumento de Alta Responsável (complementar ao resumo de alta clínico fornecido ao acompanhante). • Notificação e comunicação direta com a equipe do SAD (EMAD/EMAP) via teleconsultoria e instrumento específico, quando aplicável. • Monitoramento e acompanhamento da transição pela equipe macrorregional.

Fonte: Elaboração própria

Esse processo deve ser iniciado o mais precocemente possível, desde a identificação da elegibilidade para CP, passando a internação até o momento da alta, assegurando a articulação com a APS ou o SAD. Em anexo apresentamos, como exemplo, o Roteiro ilustrativo do percurso operacional (Apêndice 4) para a transição do cuidado entre pontos de atenção.

10.5.9 Cuidados de fim de vida

Na literatura médica, a fase final de vida pode ser definida como às últimas semanas, a última semana ou as últimas 48 horas de vida do paciente. A terminologia varia de acordo com o estudo realizado, porém o conceito chave que define esta fase da doença é a irreversibilidade (ANCP, 2021).

Esta fase costuma ser caracterizada pela piora progressiva da funcionalidade, aumento de sofrimentos físicos, com maior número e intensidade de sintomas como dor, dispneia e astenia, podendo estar associado também o quadro de delirium, acompanhados de importantes sofrimentos nos aspectos social, psíquico e espiritual assim como maior demanda de cuidados pela própria progressão da doença de base (ANCP, 2021).

Considerando o objetivo de permitir ao paciente um processo mais digno é essencial identificar os sinais de fim de vida para desta forma viabilizar o manejo mais adequado da mesma, atuando de modo a fornecer controle adequado dos sintomas mais frequentes incluindo discussões francas e empáticas dos objetivos do cuidado, alinhando-o com os valores e desejos dos pacientes e seus familiares.

A adequação terapêutica é a adaptação da conduta oferecida ao paciente conforme o momento do curso da doença em que ele esteja. No contexto de terminalidade, pode significar a abstenção (não implementação) ou suspensão (retirada) de determinado tratamento considerado desproporcional pois perante um quadro irreversível possui maior probabilidade de causar dano do que benefícios ao paciente. A avaliação prognóstica é essencial para a adequação terapêutica.

O cuidado integral e integrado ao paciente e aos familiares no processo de fim de vida é fundamental nos CP. A comunicação clara, empática e efetiva entre equipe, paciente, quando houver viabilidade, e familiares possibilita o alinhamento dos cuidados e das expectativas. Além disso, a identificação de fatores de risco e o fortalecimento de fatores de proteção, como suporte familiar e psicossocial, são essenciais para minimizar o sofrimento e favorecer a elaboração do luto (WHO, 2020; Hudson et al., 2012). O cuidado integral e integrado ao paciente e seus familiares em fase de fim de vida é uma demanda urgente.

A transição do cuidado é um momento em que se torna fundamental promover a rediscussão do plano de cuidados, permitindo ajustes ou a reafirmação das condutas estabelecidas até então, bem como o acolhimento e a orientação do paciente e de seus familiares. São frequentes as falhas nesse processo com consequente risco aos pacientes. Pode ser aplicada nesta transição, a mudança de processo assistencial, como internação para assistência domiciliar, conforme já definido anteriormente em DAV e PAC.

10.5.10 Apoio ao luto

As equipes devem estar preparadas para acolher o luto ao longo de todo o processo de adoecimento e após o óbito, com comunicação clara, empática e livre de julgamentos, reconhecendo a família e os cuidadores como parte integrante do cuidado.

Após o óbito, a equipe que acompanhava o paciente deverá, sempre que possível, realizar contato ou acolhimento da família, identificar necessidades emocionais, sociais, espirituais e práticas, reconhecer sinais de maior vulnerabilidade para luto prolongado ou complicado e realizar os encaminhamentos necessários. O acompanhamento poderá envolver, de forma integrada e conforme as competências profissionais:

- **Medicina e enfermagem:** esclarecimento sobre o processo de morte, dúvidas relacionadas ao cuidado prestado e orientações pertinentes ao pós-óbito;
 - **Psicologia:** acolhimento emocional, avaliação de fatores de risco e apoio ao processo de elaboração do luto;
- Serviço social: orientação sobre direitos, benefícios, documentação e acesso à rede socioassistencial;
- **Demais profissionais da equipe multiprofissional:** identificação de necessidades específicas da família e participação nas ações de acolhimento e encaminhamento, conforme sua área de atuação.

O óbito ocorrido na urgência, no hospital ou no domicílio deverá ser comunicado à equipe da APS responsável pelo território, favorecendo a continuidade do cuidado à família, a realização de

acompanhamento pós-óbito quando indicado e a identificação de pessoas que necessitem de suporte adicional ou encaminhamento especializado.

A equipe de Cuidados Paliativos deverá apoiar esse processo, especialmente nos casos de maior complexidade, articulando-se com a APS e a rede socioassistencial quando necessário.

11. INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO

Os gestores e serviços envolvidos na organização e oferta dos CP deverão desenvolver mecanismos de monitoramento e avaliação que permitam acompanhar a implementação das diretrizes, a organização dos processos assistenciais, a utilização dos recursos disponíveis e os resultados alcançados na RAS, considerando indicadores compatíveis com a realidade assistencial, a capacidade operacional e os sistemas de informação disponíveis.

Os indicadores a seguir relacionados poderão ser definidos e revisados periodicamente a partir da análise situacional da rede, das prioridades assistenciais e dos objetivos estabelecidos para a implementação da PNCP e deste Plano Estadual.

Quadro 13: Indicadores para acompanhamento do PECP

Nome do Indicador	SES	Município	EMCP	EAACP
IND-01: N° Municípios com oferta de CP na RAS	Coordenar, consolidar e monitorar	Implantar/ofertar e informar	Apoiar a organização regional	Informar oferta do serviço
IND-02 N° EAACP implantadas	Monitorar habilitação e implantação	Implantar e manter equipe	Apoiar tecnicamente a implantação	Executar e registrar ações assistenciais
IND-03 N° EMCP implantadas	Monitorar e consolidar	Implantar/organizar equipe	Apoiar tecnicamente	Articular-se com EMCP e apoiar a assistência
IND-04: Suporte pediátrico nas macrorregiões	Coordenar e pactuar estratégia estadual	Garantir referência no território	Organizar e acompanhar referência macrorregional	Apoiar identificação e manejo dos casos pediátricos
IND-05: N° Serviços com fluxo assistencial formalizado	Elaborar diretrizes e monitorar	Implantar e formalizar fluxos	Apoiar construção e integração dos fluxos	Participar da construção e cumprir fluxos
IND-06: N° Pacientes avaliados após encaminhamento	Monitorar indicador referente as unidades próprias SES	Garantir encaminhamento adequado	Apoiar regulação e articulação entre pontos	Realizar avaliação e registrar atendimento
IND-07: Total de pacientes acompanhados	Consolidar e monitorar nas unidades próprias SES	Informar produção da rede	Apoiar análise regional	Registrar pacientes acompanhados

IND-08: N° Altas com plano de continuidade	Estabelecer diretriz e monitorar nas unidades próprias SES	Implantar processo de alta	Apoiar integração entre pontos	Participar da elaboração do plano de continuidade
IND-09: N° Pacientes acompanhados pelo SAD	Articular políticas e monitorar	Garantir articulação com SAD/Melhor em Casa	Apoiar integração CP–SAD regionalmente	Encaminhar, acompanhar e compartilhar plano de cuidados
IND-10: N° Crianças/adolescentes identificados	Monitorar e consolidar	Identificar e registrar	Apoiar qualificação da identificação regional	Identificar, avaliar e registrar casos
IND-11: Medicamentos/apresentações pediátricas	Definir diretrizes e monitorar disponibilidade	Garantir disponibilidade nos serviços sob gestão	Apoiar identificação de necessidades	Informar necessidades assistenciais
IND-12: N° Profissionais capacitados	Coordenar política estadual de educação	Promover/garantir participação dos profissionais	Executar/apoio técnico-pedagógico e matriciamento	Participar e multiplicar conhecimento
IND-13: N° Atividades educativas realizadas	Planejar/coordenar ações estaduais	Realizar ações locais	Realizar ações de educação permanente regional	Participar e/ou realizar ações no serviço
IND-14: Telematriciamento/telessaúde	Coordenar estratégia estadual	Solicitar/participar	Executar telematriciamento regional	Participar dos casos e discussões
IND-15: Dimensionamento de leitos/UTI	Planejar e monitorar rede estadual	Informar capacidade instalada	Analisar suficiência regional e necessidades	Fornecer dados da demanda assistencial
IND-16: N° Ocupação hospitalar/UTI por CP	Monitorar indicador estadual	Produzir/informar dados	Analisar cenário macrorregional	Registrar/classificar pacientes
IND-17: N° Leitos específicos de CP	Planejar, normatizar e monitorar	Implantar/organizar quando aplicável	Apoiar organização regional	Informar funcionamento e utilização
IND-18: Protocolo de uso seguro de MPP	Elaborar diretrizes e monitorar	Implantar protocolos nos serviços	Apoiar qualificação	Cumprir e participar da implementação
IND-19: Desabastecimento da LMiniCP	Monitorar disponibilidade estadual	Gerenciar estoque e informar desabastecimentos	Identificar problemas regionais	Informar impacto assistencial
IND-20: Medicamentos recebidos em tempo oportuno	Monitorar acesso e disponibilidade	Garantir dispensação/fornecimento	Apoiar identificação de barreiras	Registrar necessidade e recebimento
IND-21: Reconciliação medicamentosa	Estabelecer diretrizes e monitorar	Implantar processo nos serviços	Apoiar qualificação	Realizar e registrar reconciliação

Fonte: Elaboração própria

12. PLANO OPERATIVO 2026–2030

Este capítulo apresenta-se o Plano Operativo Estadual para implementação das ações do PECP, consolidando, por eixo estratégico, a diretriz, o objetivo, as ações estratégicas e os respectivos indicadores de monitoramento, conforme a metodologia DOMI (Diretriz, Objetivo, Meta e Indicador) descrita no Capítulo 3.

Plano Operativo

Eixo 1 — Governança, pactuação interfederativa e regionalização

Diretriz	Objetivo
Consolidar a governança e a estruturação regionalizada da Rede Estadual de Cuidados Paliativos de forma integrada e articulada entre os diferentes pontos da RAS, promovendo o acesso oportuno da população, a coordenação assistencial e a garantia da continuidade do cuidado.	Estruturar a governança e a regulação assistencial descentralizada dos Cuidados Paliativos nas 9 regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro via CIB/RJ e CIR, garantindo articulação interfederativa e gestão orientada por resultados.

Ações Estratégicas	Indicador
Pactuar formalmente as diretrizes da Rede Estadual de Cuidados Paliativos nas instâncias de pactuação interfederativa (CIR e CIB/RJ);	Percentual de Regiões de Saúde com a Rede de Cuidados Paliativos formalmente pactuada em CIR/CIB;
Instituir Câmaras Técnicas ou Grupos de Trabalho Regionais de Cuidados Paliativos nas 9 Regiões de Saúde do Estado;	Número de Câmaras Técnicas / GTs Regionais de Cuidados Paliativos constituídos e em funcionamento;
Fortalecer os fluxos de regulação assistencial e navegação do cuidado entre os municípios e o Estado para garantia de acesso oportuno.	Número de municípios com oferta organizada e pactuada de Cuidados Paliativos na RAS.

Eixo 2 — Rede de atenção à saúde e linha de cuidado

Diretriz	Objetivo
Estruturar a Linha de Cuidado em Cuidados Paliativos (LCCP) mediante a definição das atribuições dos diferentes pontos da RAS (APS, Especializada, Hospitalar, Urgência/Emergência e Domiciliar) e o estabelecimento de fluxos assistenciais, critérios de elegibilidade, regulação, referência e contrarreferência.	Definir as atribuições, responsabilidades e processos assistenciais dos diferentes componentes da RAS, assegurando a identificação precoce, a pactuação do PTS/PAC, a transição segura e a fluidez do cuidado paliativo nos territórios.

Ações Estratégicas	Indicador
Disseminar e implementar as ferramentas validadas para identificação e estratificação precoce das necessidades paliativas na RAS;	Número de serviços da RAS que utilizam ferramentas validadas de identificação de necessidades paliativas no prontuário;
Instituir Protocolo de Alta Responsável e um Instrumento Complementar de Transição de Cuidado do Hospital para a APS e SAD;	Proporção de altas hospitalares de pacientes em Cuidados Paliativos realizadas com o instrumento de transição preenchido;
Fortalecer a articulação entre Urgência/Emergência (SAMU 192, UPAs) e a Atenção Domiciliar (SAD) para o manejo de crises e acolhimento no processo ativo de morte.	Percentual de pacientes elegíveis em fase final de vida com registro de PAC/DAV e retaguarda de urgência/SAD pactuada.

Eixo 3 — Equipes multiprofissionais, matriciamento e telessaúde

Diretriz	Objetivo
Implantar, qualificar e fortalecer as EAACP e EMCP, promovendo o trabalho interdisciplinar, o apoio matricial e a assistência compartilhada entre os níveis de atenção, utilizando Telessaúde, Telemedicina e TICs para expandir o alcance da orientação especializada.	Expandir a cobertura de equipes especializadas e o suporte matricial na RAS, assegurando apoio técnico continuado às equipes da Atenção Primária e serviços hospitalares por meio de ações presenciais e Telessaúde.

Ações Estratégicas	Indicador
Implantar as Equipes Macrorregionais de Cuidados Paliativos (EMCP) e Equipes de Apoio Assistencial (EAACP) conforme parâmetros populacionais e de leitos SUS;	Número de EMCP e EAACP implantadas e cadastradas no CNES em relação ao quantitativo proposto no Plano;
Estruturar oferta permanente de telematriciamento, teleconsultoria e segunda opinião formativa em Cuidados Paliativos para profissionais do SUS-RJ;	Número de ações de telematriciamento e teleconsultorias em Cuidados Paliativos realizadas por ano;
Promover o apoio matricial sistemático das EMCP/EAACP junto às equipes de Saúde da Família (eSF), eMulti e serviços de Atenção Domiciliar.	Percentual de equipes de APS apoiadas matricialmente por equipes especializadas em Cuidados Paliativos.

Eixo 4 — Assistência farmacêutica

Diretriz	Objetivo
----------	----------

Promover a organização regionalizada e o suporte técnico-normativo da Assistência Farmacêutica, visando o aprimoramento dos fluxos regulatórios, a qualificação logística e o fomento do acesso oportuno, contínuo, seguro e racional aos medicamentos e opióides.	Garantir o acesso equitativo à Lista Mínima de Medicamentos em Cuidados Paliativos (LMiniCP) no SUS-RJ, otimizando a distribuição descentralizada, a reconciliação medicamentosa e o manejo seguro da dor."
--	---

Ações Estratégicas	Indicador
Atualizar, padronizar e pactuar a LMiniCP nos componentes da Assistência Farmacêutica (CBAF, CEAF e CESAF) em nível estadual e municipal;	Percentual de municípios e farmácias públicas com disponibilidade regular e sem desabastecimento dos itens da LMiniCP;
Instituir o protocolo de Reconciliação Medicamentosa e acompanhamento farmacoterapêutico nas transições assistenciais (admissão, transferência e alta);	Proporção de serviços hospitalares e ambulatoriais em CP que realizam e registram a reconciliação medicamentosa;
Implementar o monitoramento sistemático do consumo e distribuição de opióides fortes (morfina, metadona, fentanil, tramadol e codeína) no estado.	Relatório quadrimestral de monitoramento do consumo e da logística de distribuição de opioides consolidados pela SES-RJ.

Eixo 5 — Qualidade, segurança do paciente e monitoramento

Diretriz	Objetivo
Fortalecer a cultura da qualidade, da segurança do paciente e da melhoria contínua dos processos assistenciais na rede, implementando mecanismos permanentes de monitoramento, avaliação e uso de indicadores estratégicos.	Estruturar mecanismos estaduais e regionais de governança da qualidade e gestão de riscos em Cuidados Paliativos, assegurando práticas assistenciais seguras, alinhadas à autonomia e à prevenção de iatrogenias.

Ações Estratégicas	Indicador
Articular as ações de Cuidados Paliativos com o Núcleo Estadual de Gestão da Segurança do Paciente (NEGESP) e Núcleos de Segurança (NSP) dos serviços;	Percentual de serviços de saúde com protocolo implantado de uso seguro de Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) em CP;
Adequar os sistemas oficiais de informação (CNES, SIGTAP, e-SUS APS, SIA/SIH) para registro fidedigno das equipes e procedimentos de Cuidados Paliativos;	Taxa de conformidade do cadastramento de equipes e do registro de produção de procedimentos de CP nos sistemas de informação;
Monitorar quadrimestralmente a Matriz de Indicadores de Desempenho e Acesso do Plano Estadual de Cuidados Paliativos.	Publicação quadrimestral do Relatório de Monitoramento do Plano Operativo pela Secretaria de Estado de Saúde.

Eixo 6 — Humanização, cuidado centrado na pessoa, autonomia e equidade

Diretriz	Objetivo
Promover uma assistência pautada nos princípios da humanização, da equidade e do respeito à autonomia da pessoa sob CP, estendendo o acolhimento, o suporte multidimensional e a escuta qualificada à pessoa, seus familiares e cuidadores.	Garantir o cuidado centrado na pessoa, a equidade no acesso para populações vulnerabilizadas e a pactuação formal da autonomia (PAC/DAV), assegurando suporte integral ao luto e enfrentamento do racismo e iniquidades.

Ações Estratégicas	Indicador
Garantir o registro formal e legível do Projeto Terapêutico Singular (PTS), Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) e Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) em prontuário;	Percentual de prontuários de usuários acompanhados em Cuidados Paliativos com registro formal de PAC e DAV;
Implementar diretrizes assistenciais com recorte de equidade para populações vulnerabilizadas (cárcere, população negra, LGBTQIA+, idosos, pediatria e situação de rua);	Número de ações e protocolos específicos de equidade/acesso e combate ao racismo institucional aplicados aos Cuidados Paliativos;
Estruturar rotinas de acolhimento à família nas unidades de saúde e suporte pós-óbito para acompanhamento do luto familiar na APS e serviços especializados.	Percentual de famílias de usuários em Cuidados Paliativos que receberam contato/acolhimento durante o processo de internação e no pós-óbito para seguimento do luto.

Eixo 7 — Educação permanente, gestão da informação e pesquisa

Diretriz	Objetivo
Fortalecer a formação, a qualificação contínua e a educação permanente de profissionais de saúde, gestores e cuidadores, qualificando a gestão da informação e o fomento à produção de conhecimento e pesquisas científicas.	Promover o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas na força de trabalho do SUS-RJ e fomentar a literacia em saúde, a educação comunitária e a pesquisa acadêmica em Cuidados Paliativos.

Ações Estratégicas	Indicador
Executar ações de educação permanente preconizadas do PECP em parceria com a Escola de Governo (ETIS/SES-RJ) e instituições de ensino;	Número de turmas ofertadas e total de profissionais capacitados em CP conforme diretrizes do PECP;
Promover ações de educação comunitária, formação de cuidadores e fomento ao desenvolvimento de Comunidades Compassivas nos territórios;	Número de atividades educativas comunitárias e rodas de conversa sobre Cuidados Paliativos realizadas na rede;

Fomentar pesquisas acadêmicas, cooperação científica e inserção de módulos obrigatórios de Cuidados Paliativos nas residências do SUS-RJ.	Número de programas de residência em saúde com módulo obrigatório em CP e de pesquisas publicadas em cooperação com a SES-RJ.
---	---

O monitoramento e a avaliação, devem ser realizados de forma periódica, possibilitam avaliar o progresso das ações, identificar avanços, desafios e necessidades de ajustes ao longo do período de vigência do Plano (2026–2030). Assim, contribuirão para fortalecer a gestão baseada em evidências, subsidiar a tomada de decisão pelos gestores estaduais e municipais e garantir maior efetividade das políticas e ações voltadas à qualidade de vida e à dignidade das pessoas em CP no âmbito da RAS.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J.V.; SOUZA, J.C.M. Avanços e desafios da política nacional de cuidados paliativos no Brasil. *Rev Med.* v. 103, n. 3, p. 1-3, 2024.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Lei nº 8.425, de 1 de julho de 2019. Cria o programa estadual de cuidados paliativos no âmbito da saúde pública do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.
- AZEVEDO, P.R.A. et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *Revista Cuidado é Fundamental*, v. 10, n. 1, p. 324-332, 2019.
- BAILE, W.F. et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população: Tabelas 2024 [banco de dados eletrônico].
- BRASIL. Ministério da Saúde lança política inédita no SUS para cuidados paliativos. Distrito Federal, 2024a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. CNES - Consulta Equipes [banco de dados eletrônico].
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. CNES - Recursos Físicos [banco de dados eletrônico].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Macrorregiões e Regiões de Saúde [banco de dados eletrônico].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.681, de 07 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde. Distrito Federal, 2024b.
- BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Distrito Federal, 2016.
- BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Distrito Federal, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 2 out. 2026.

BRASIL. Portaria SAES/MS nº 2.085, de 9 de setembro de 2024. Estabelece normas para registro das Equipes de Cuidados Paliativos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Distrito Federal, 2024c.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Cuidados Paliativos. Brasília. 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cuidados-paliativos/saiba-mais-sobre-o-pncp>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Equipes Habilitadas do Programa Melhor em Casa. BRASÍLIA. 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/melhor-em-casa/publicacoes/equipes-habilitadas-pmec-2026.xlsx/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3/2026-DAET/SAES/MS. Orientações para envio de propostas de habilitação da Equipe Macrorregional de Cuidados Paliativos (EMCP) e Equipe de Apoio Assistencial em Cuidados Paliativos (EAACP). Brasília: Ministério da Saúde, 2026. BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. R. bras. Est. Pop., v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.181, de 26 de janeiro de 2026. Altera o Anexo XLIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para fins de atualização de conceitos, regras de habilitação e financiamento da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP-SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 164, n. 21, p. 111, 30 jan. 2026. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 8 out. 2026.

BERNACKI, R.E.; BLOCK, S.D. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. JAMA Internal Medicine, v. 174, n. 12, p. 1994-2003, 2014.

BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados paliativos: uma abordagem necessária e urgente. In: BURLÁ, C.; PY, L. (org.). *Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CASTRO et al. Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 46, n. 1, p. 1-8, 2022.

CAMPELO, H.C. et al. Cuidados Paliativos às Pessoas Privadas de Liberdade: Experiências Internacionais. XXX CIC - Congresso de Iniciação Científica. UFPEL. 2021.

- CAMPELO, HC et al. Facilidades e dificuldades no acesso aos cuidados paliativos por populações em situação de rua e LGBTQIA+: revisão integrativa. *Saúde em Redes*. 2022; 8 (Supl1).
- CEZAR, V.S. et al. Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma Proposta de Pesquisa-Ação. *Revista Cuidado é Fundamental*, n. 11, p. 324-332, 2019.
- CHAGAS, M. C.; ABRAHÃO, A. L. A finitude humana e os desafios do cuidado na saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 4, p. 800-805, 2017.
- COBO, V.A. et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, v. 39, n. 97, p. 225-235, 2019.
- CONASS. Devolutiva do Plano Operativo de Implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos — boletim técnico do Estado do Rio de Janeiro. Brasília, 2026.
- GOMES, V.C.L. et al. Planejamento de alta hospitalar e transição do cuidado: revisão de literatura. 2022.
- GONÇALVES, C.R.C.S. Cuidados paliativos nos serviços de atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde: revisão integrativa de literatura. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência), Belo Horizonte, 2023.
- IWAMOTO, L.P.M. MALUF, F. SÁ, N.M. Cuidados Paliativos Pediátricos: reflexão bioética. *SciELO Preprints*, 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1647. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1647>.
- JUSTINO, F.M.D. Experiências e Percepções Dos Stakeholders sobre a Prestação De Cuidados Paliativos e de Fim de Vida nas Prisões Portuguesas: Um Estudo Qualitativo. DISSERTAÇÃO (mestrado em Cuidados Paliativos). Universidade Católica Portuguesa. Portugal. 2022.
- LAUTRETTE, A. et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*, v. 356, n. 5, p. 469-478, 2007).
- MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (org.). *Manual de cuidados paliativos*, p. 14-19, 2009.
- MESQUITA, M.G.R.; SILVA, A.E.; et al. Slum compassionate community: expanding access to palliative care in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*, 57:e20220432, 2023.
- MONTEIRO, M.F.G. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: BARRADAS, R. et al. (ed.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Abrasco/Editora Fiocruz, 1997, p. 189-204.
- PALMEIRA, H.M.; SCORSOLINI-COMIN, F.; PERES, R.S. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. *Aletheia*, v. 1, n. 35-36, p. 179-189, 2011.
- PAUL, D; MOSKOWITX, H; BADREDDINE, H. Delivering Hard Truths: A Conceptual Mind Genomics Framework for Empathetic Communication in Palliative Care. *J Case Rep Rev Med*. 2026;2(3):1-7. <https://doi.org/10.64978/jcrrm.2026.08130125>

- PEREIRA, C.M.C. Morte e Vida em Situação de Rua: Reflexões sobre Cuidados Paliativos. Dissertação (Mestrado em ciências). Universidade Federal de São Paulo. 2013.
- QUIRINO VC, MENDES EC, SANTOS APMB. Saúde da população negra e os cuidados paliativos . São Paulo: Rev Remecs. 2024; 2(esp):11-20.
- RIO DE JANEIRO. Lei nº 8.425, de 1 de julho de 2019. Cria o Programa Estadual de Cuidados Paliativos no âmbito da Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro.
- SANTOS, A.M.C. et al. Assistência de enfermagem nos cuidados paliativos. Revista FT, v. 28, n. 13, 2024.
- SANTOS, J.S.N.T. Necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa hospitalizada em cuidados paliativos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Bahia, 2020.
- SANTOS, M.D.O. et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. Rev. Bras. Cancerol., 69, e213700, 2023
- SAPORETTI, L. A. et al. O Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM). In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 38-45.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Resolução SES nº 2.980, de 31 de março de 2023. Designa a composição do grupo de trabalho de cuidados paliativos da Secretaria de Estado de Saúde. Rio de Janeiro, 2023.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Resolução SES nº 3.252, de 15 de fevereiro de 2024. Dispõe sobre a criação da câmara técnica em cuidados paliativos, a participação de membros não governamentais e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2024.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Cuidados Paliativos Pediátricos: o quê são e qual sua importância? Promovendo Vida Plena em todas as fases da infância. SBP Junho, 2026
- SILVA, K.S. et al. Educação em Saúde: reflexões a partir da vivência de residentes multiprofissionais. Tempus, Actas de Saúde Coletiva, v. 10, n. 4, p. 283-288, 2016.
- TRAVASSOS, C. Acesso e utilização de serviços de saúde. Primeiros resultados do Suplemento Saúde da PNAD 2003. IBGE/DIS, Cict/Fiocruz, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Geneva: WHO, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.
- WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). Global Atlas of Palliative Care. 2. ed. London, 2020.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Quadro compilado dos medicamentos contemplados na RENAME e ente responsável

Medicamento e Apresentação	Sintomas / Indicação Clínica Principal	Componente RENAME	Ente Responsável no SUS
Analgésicos Não Opioides			
• Dipirona 500 mg (Comprimido) • Dipirona Sódica Gotas 500 mg/mL • Paracetamol 500 mg (Comprimido) • Paracetamol Solução Oral 200 mg/mL • Ibuprofeno 300 mg e 600 mg	Controle da dor leve a moderada e episódios de febre.	CBAF	Municipal
Opioides Fracos			
• Fosfato de Codeína 30 mg (Comprimido) • Fosfato de Codeína Solução Oral 3 mg/mL	Controle da dor moderada.	CEAF	Estadual
• Tramadol 50 mg (Cápsula) • Tramadol Gotas 100 mg/mL	Controle da dor moderada.	NC	Planejamento Futuro
Opioides Fortes			
• Sulfato de Morfina 10 mg e 30 mg (Comprimido) • Sulfato de Morfina 10 mg/mL (Gotas) • Sulfato de Morfina Liberação Prolongada 30 mg, 60 mg e 100 mg • Cloridrato de Metadona 5 mg e 10 mg	Controle da dor intensa e manejo clínico da dispneia.	CEAF	Estadual
Adjuvantes da Dor (Antidepressivos)			
• Fluoxetina 20 mg (Cápsula) • Amitriptilina 25 mg (Comprimido)	Manejo de sintomas depressivos e suporte em dor crônica neuropática.	CBAF	Municipal
• Venlafaxina 75 mg (Comprimido) • Citalopram 20 mg (Comprimido) • Sertralina 50 mg (Comprimido)	Manejo de sintomas depressivos e suporte em dor crônica neuropática.	NC	Planejamento Futuro
Adjuvantes da Dor (Anticonvulsivantes)			
• Gabapentina 300 mg e 400 mg (Cápsula)	Controle clínico da dor crônica com padrão neuropático.	CEAF	Estadual
• Pregabalina 75 mg (Cápsula)	Controle clínico da dor crônica com padrão neuropático.	NC	Planejamento Futuro
Corticosteroides e Outros Adjuvantes			

• Dexametasona 4 mg (Comprimido)	Corticoterapia adjuvante no manejo da dor, anorexia, náusea e fadiga.	CBAF	Municipal
Anticonvulsivantes Gerais			
• Fenitoína 50 mg (Comprimido) • Carbamazepina 200 mg (Comprimido) • Fenobarbital 100 mg (Comprimido)	Controle de crises convulsivas e suporte na dor neuropática.	CBAF	Municipal
Ansiolíticos			
• Diazepam 5 mg e 10 mg (Comprimido) • Clonazepam Gotas 2,5 mg/mL	Manejo de quadros de ansiedade e distúrbios graves de insônia.	CBAF	Municipal
• Alprazolam 0,5 mg (Comprimido)	Manejo de quadros de ansiedade e distúrbios graves de insônia.	NC	Planejamento Futuro
Antipsicóticos e Delirium			
• Haloperidol 1 mg e 5 mg (Comprimido) • Haloperidol Gotas 2 mg/mL • Clorpromazina 25 mg (Comprimido)	Manejo de quadros de agitação, delirium, náuseas e vômitos refratários.	CBAF	Municipal
• Quetiapina 25 mg (Comprimido) • Risperidona 1 mg (Comprimido)	Manejo de quadros de agitação, delirium, náuseas e vômitos refratários.	CEAF	Estadual
Antieméticos e Gastroprotetores			
• Metoclopramida 10 mg (Comprimido) • Ondansetrona 8 mg (Comprimido) • Omeprazol 20 mg (Cápsula)	Alívio de episódios de náuseas, vômitos e desconfortos gástricos.	CBAF	Municipal
• Bromoprida 10 mg (Comprimido) • Bromoprida Gotas 4 mg/mL • Difenidramina 25 mg (Comprimido)	Alívio de episódios de náuseas, vômitos e tonturas.	NC	Planejamento Futuro
Laxativos e Antidiarreicos			
• Óleo Mineral • Lactulose Solução Oral 667 mg/mL • Supositório de Glicerina (Adulto/Infantil)	Prevenção e alívio da constipação intestinal (inclusive a induzida por opioides).	CBAF	Municipal
• Bisacodil 5 mg (Comprimido) • Loperamida 2 mg (Comprimido)	Tratamento sintomático da constipação severa ou diarreia.	NC	Planejamento Futuro
Anti-hemorragicos			
• Ácido Tranexâmico 250 mg (Comprimido)	Controle clínico de sangramentos e episódios hemorrágicos.	CESAF	Federal / Estadual

• Ácido Aminocaproico 500 mg (Comprimido)	Controle clínico de sangramentos e episódios hemorrágicos.	NC	Planejamento Futuro
Diversos e Tópicos			
• Brometo de Ipratrópio Gotas 0,25 mg/mL • Metronidazol 250 mg (Comprimido) • Metronidazol 100 mg/mL Gel Vaginal	Ação anticolinérgica e controle biológico de odor em feridas neoplásicas.	CBAF	Municipal
• Escopolamina 10 mg (Comprimido) • Escopolamina Gotas 10 mg/mL • Dextrana + Hipromelose (1+3 mg/mL Colírio) • Saliva Artificial • Metronidazol 0,8 % Gel	Tratamento antiespasmódico, xerostomia, lubrificação ocular e odor fétido tumoral.	NC	Planejamento Futuro

Legenda:

- **NC:** Não Constante na RENAME (Medicamento complementar referenciado para apoiar a conduta terapêutica, cuja inserção na rede observará a autonomia de planejamento de cada esfera de gestão).

Analgésicos**Analgésicos não opioides — dor e febre**

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
DIPIRONA 500 MG	DOR E FEBRE	Componente básico
DIPIRONA SÓDICA GOTAS 500MG/ML	DOR E FEBRE	Componente básico
PARACETAMOL 500 MG	DOR E FEBRE	Componente básico
PARACETAMOL SOLUÇÃO ORAL 200MG/ML	DOR E FEBRE	Componente básico
IBUPROFENO 300MG E 600MG	DOR E FEBRE	Componente básico

Opioides fracos — dor moderada

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
FOSFATO DE CODEÍNA 30 MG	DOR MODERADA	Componente especializado Paciente com dor crônica
FOSFATO DE CODEÍNA SOLUÇÃO ORAL 3 MG/ML	DOR MODERADA	Componente especializado Paciente com dor crônica

Opioides fortes — dor intensa e dispneia

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
SULFATO DE MORFINA 10 MG E 30 MG	DOR INTENSA E DISPNEIA	Componente especializado Paciente com dor crônica
SULFATO DE MORFINA 10MG/ML-GOTAS	DOR INTENSA E DISPNEIA	Componente especializado Paciente com dor crônica

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
SULFATO DE MORFINA LIBERAÇÃO PROLONGADA 30 MG, 60 MG E 100 MG	DOR INTENSA E DISPNEIA	Componente especializado Paciente com dor crônica
METADONA 5 MG E 10 MG	DOR INTENSA	Componente especializado Paciente com dor crônica

Adjuvantes da dor

Antidepressivos

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
FLUOXETINA 20 MG	Tristeza/ depressão/*dor crônica neuropática	Componente básico
AMITRIPTILINA 25 MG*	Tristeza/ depressão/*dor crônica neuropática	Componente básico

Anticonvulsivantes (adjuvantes da dor)

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
GABAPENTINA 300 MG E 400 MG	Dor neuropática	Componente especializado Paciente com dor crônica
CARBAMAZEPINA 200 MG	Dor neuropática	Componente básico

Outros adjuvantes

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
DEXAMETASONA 4 MG	Corticosteroide	Componente básico

Manejo de outros sintomas

Anticonvulsivantes — convulsão

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
FENITOÍNA 50 MG	Convulsão	Componente básico
CARBAMAZEPINA 200 MG	Convulsão	Componente básico
FENOBARBITAL 100 MG	Convulsão	Componente básico

Ansiolíticos — ansiedade e dificuldade de dormir

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
DIAZEPAM 5MG e 10 mg	Ansiedade Dificuldade de dormir	Componente básico
CLONAZEPAM GOTAS 2,5MG/ML	Ansiedade Dificuldade de dormir	Componente básico

Antipsicóticos — agitação, delirium, náusea e vômitos

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
HALOPERIDOL 1 MG E 5 MG*	Agitação/ Delirium/ *náusea e vômitos	Componente básico
HALOPERIDOL GOTAS 2MG/ML*	Agitação/ Delirium/ *náusea e vômitos	Componente básico
CLORPROMAZINA 25 MG	Agitação/ Delirium/ *náusea e	Componente básico

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
	vômitos	
QUETIAPINA 25 MG	Agitação/ Delirium/ *náusea e vômitos	Componente especializado
RISPERIDONA 1 MG	Agitação/ Delirium/ *náusea e vômitos	Componente especializado

Antieméticos — náusea e vômitos

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
METOCLOPRAMIDA 10 MG	Náusea/ Vômitos	Componente básico
ONDANSETRONA 8 MG	Náusea/ Vômitos	Componente básico

Laxativos — constipação intestinal

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
ÓLEO MINERAL	Constipação intestinal	Componente básico
LACTULOSE SOLUÇÃO ORAL 667MG/ML	Constipação intestinal	Componente básico
SUPositório DE GLICERINA ADULTO E INFANTIL	Constipação intestinal	Componente básico

Protetores gástricos — desconforto gástrico

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
OMEPRAZOL 20 MG	Desconforto gástrico	Componente básico

Anti-hemorrágicos — sangramento

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
ÁCIDO TRANEXÂMICO 250 mg	Sangramento	Componente estratégico

Diversos

Medicamento	Sintomas/indicação	Componente RENAME
BROMETO DE IPRATRÓPIO GOTAS 0,25MG/ML	Antiespasmódico e anticolinérgico	Componente básico
METRONIDAZOL 250 MG	Controle de odor em feridas	Componente básico
METRONIDAZOL 100 MG/ML GEL VAGINAL	Controle de odor em feridas	Componente básico
DEXAMETASONA 4 MG	Adjuvante da dor Anorexia, Náusea/vômito, Fadiga	Componente básico

Opioides fracos

Medicamento	Sintomas/indicação
Tramadol 50 mg	DOR MODERADA
Tramadol gotas 100mg/ml	DOR MODERADA

Antidepressivos (adjuvantes da dor)

Medicamento	Sintomas/indicação
Venlafaxina 75 mg*	Tristeza/ depressão/*dor crônica neuropática
Citalopram 20 mg	Tristeza/ depressão/*dor crônica neuropática
Sertralina 50 mg	Tristeza/ depressão/*dor crônica neuropática

Anticonvulsivantes

Medicamento	Sintomas/indicação
Pregabalina cap 75 mg	Dor neuropática

Outros adjuvantes

Medicamento	Sintomas/indicação
Baclofeno 10 mg	Relaxante muscular

Ansiolíticos

Medicamento	Sintomas/indicação
Alprazolam 0,5 mg	Ansiedade Dificuldade de dormir

Antieméticos

Medicamento	Sintomas/indicação
Bromoprida 10 mg	Náusea/Vômitos
Bromoprida gotas 4mg/ml	Náusea/Vômitos
Difenidramina 25 mg	Náusea/Vômitos

Laxativos

Medicamento	Sintomas/indicação
Bisacodil 5 mg	Constipação intestinal

Antidiarreicos

Medicamento	Sintomas/indicação
Loperamida 2 mg	Diarreia

Anti-hemorrágicos

Medicamento	Sintomas/indicação
Ácido aminocaproico 500 mg	Sangramento

Diversos

Medicamento	Sintomas/indicação
Escopolamina 10 mg	Antiespasmódico e anticolinérgico
Escopolamina gotas 10mg/ml	Antiespasmódico e anticolinérgico
Dextrana + hipromelose 1+3mg/ml colírio	Lubrificante ocular
Saliva artificial	Xerostomia
Metronidazol 0,8 % gel	Controle de odor em feridas

Apêndice 2 - População por Região de Saúde/Município e Número de EMCP Propostas

Região de Saúde / Município	População*	Nº EMCP propostas
Baía de Ilha Grande	270.358	1
Angra dos Reis	179.120	

Região de Saúde / Município	População*	Nº EMCP propostas
Mangaratiba	43.624	
Paraty	47.614	
Baixada litorânea	903.171	2
Araruama	137.773	
Armação dos Búzios	42.442	
Arraial do Cabo	32.794	
Cabo Frio	238.166	
Casimiro de Abreu	48.563	
Iguaba Grande	29.577	
Rio das Ostras	168.099	
São Pedro da Aldeia	110.556	
Saquarema	95.201	
Centro-sul	336.061	1
Areal	12.236	
Comendador Levy Gasparian	9.044	
Engenheiro Paulo de Frontin	12.648	
Mendes	18.049	
Miguel Pereira	28.123	
Paracambi	43.656	
Paraíba do Sul	44.467	
Paty do Alferes	31.345	
Sapucaia	18.289	
Três Rios	82.300	
Vassouras	35.904	
Médio Paraíba	918.430	2
Barra do Pirai	98.501	
Barra Mansa	181.688	
Itatiaia	32.694	
Pinheiral	25.085	
Pirai	29.054	
Porto Real	21.064	
Quatis	14.158	
Resende	137.612	
Rio Claro	17.950	
Rio das Flores	9.264	
Valença	71.462	
Volta Redonda	279.898	
Metropolitana I	10.462.484	20
Belford Roxo	518.263	
Duque de Caxias	866.347	

Região de Saúde / Município	População*	Nº EMCP propostas
Itaguaí	123.980	
Japeri	102.149	
Magé	244.092	
Mesquita	178.803	
Nilópolis	155.544	
Nova Iguaçu	843.046	
Queimados	149.093	
Rio de Janeiro	6.729.894	
São João de Meriti	466.536	
Seropédica	84.737	
Metropolitana II	2.043.395	4
Itaboraí	240.040	
Maricá	211.986	
Niterói	516.720	
Rio Bonito	59.113	
São Gonçalo	960.652	
Silva Jardim	22.026	
Tanguá	32.858	
Noroeste	340.005	1
Aperibé	11.420	
Bom Jesus do Itabapoana	37.172	
Cambuci	15.070	
Italva	14.517	
Itaocara	23.643	
Itaperuna	107.246	
Laje do Muriaé	7.584	
Miracema	28.411	
Natividade	15.550	
Porciúncula	17.832	
Santo Antônio de Pádua	43.686	
São José de Ubá	7.315	
Varre-Sai	10.559	
Norte	983.045	2
Carapebus	14.325	
Campos dos Goytacazes	519.011	
Cardoso Moreira	13.403	
Conceição de Macabu	21.769	
Macaé	264.138	
Quissamã	23.126	
São Francisco de Itabapoana	47.368	

Região de Saúde / Município	População*	Nº EMCP propostas
São Fidélis	41.197	
São João da Barra	38.708	
Serrana	962.730	2
Bom Jardim	29.736	
Cachoeiras de Macacu	59.837	
Cantagalo	19.996	
Carmo	17.740	
Cordeiro	21.444	
Duas Barras	11.354	
Guapimirim	54.300	
Macuco	5.601	
Nova Friburgo	203.328	
Petrópolis	294.983	
Santa Maria Madalena	10.579	
São José do Vale do Rio Preto	22.799	
São Sebastião do Alto	7.999	
Sumidouro	15.690	
Teresópolis	176.692	
Trajano de Moraes	10.652	
Total	17.219.679	35

Fonte: IBGE, Censo de 2023 (BRASIL, 2024c) - *População baseada na estimativa de população por municípios.

Apêndice 3 — Distribuição de Leitos SUS por Município e Número de EAACP Propostas

Região de Saúde / Município	Qtd. leitos SUS	Nº EAACP propostas
BAÍA DA ILHA GRANDE	324	0
ANGRA DOS REIS	196	0
PARATY	64	0
MANGARATIBA	64	0
BAIXADA LITORÂNEA	899	2
ARMACAO DOS BUZIOS	69	0
RIO DAS OSTRAS	112	0
SAQUAREMA	176	0
SÃO PEDRO DA ALDEIA	54	0
CASIMIRO DE ABREU	54	0
CABO FRIO	214	0
ARRAIAL DO CABO	77	0
ARARUAMA	143	0
CENTRO-SUL	816	2
PARACAMBI	57	0
TRES RIOS	77	0

Região de Saúde / Município	Qtd. leitos SUS	Nº EAACP propostas
VASSOURAS	329	0
MENDES	87	0
MIGUEL PEREIRA	68	0
PARAÍBA DO SUL	120	0
COMENDADOR LEVY GASPARIAN	1	0
AREAL	21	0
SAPUCAIA	17	0
ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	39	0
MÉDIO PARAÍBA	1639	4
PINHEIRAL	33	0
PIRAÍ	43	0
VOLTA REDONDA	492	1
QUATIS	33	0
PORTO REAL	54	0
RESENDE	159	0
VALENCA	288	0
RIO DAS FLORES	27	0
BARRA MANSA	194	0
BARRA DO PIRAI	238	0
RIO CLARO	42	0
ITATIAIA	36	0
METROPOLITANA I	10872	27
BELFORD ROXO	292	0
JAPERI	30	0
ITAGUAÍ	99	0
SÃO JOÃO DE MERITI	176	0
SEROPÉDICA	26	0
MAGÉ	157	0
DUQUE DE CAXIAS	941	2
NOVA IGUACU	630	1
RIO DE JANEIRO	8140	20
MESQUITA	113	0
QUEIMADOS	121	0
NILÓPOLIS	147	0
METROPOLITANA II	2159	5
SILVA JARDIM	40	0
ITABORAÍ	302	0
NITERÓI	887	2
SAO GONCALO	631	1
MARICA	186	0

Região de Saúde / Município	Qtd. leitos SUS	Nº EAACP propostas
RIO BONITO	99	0
TANGUÁ	14	0
NOROESTE	715	1
MIRACEMA	29	0
NATIVIDADE	29	0
VARRE-SAI	23	0
LAJE DO MURIAÉ	30	0
ITAPERUNA	223	0
APERIBÉ	35	0
ITAOCARA	40	0
BOM JESUS DO ITABAPOANA	163	0
SANTO ANTONIO DE PADUA	83	0
PORCIÚNCULA	27	0
CAMBUCI	33	0
NORTE	1599	3
CONCEIÇÃO DE MACABU	21	0
SÃO FIDÉLIS	102	0
SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	39	0
QUISSAMÃ	67	0
CAMPOS DOS GOYTACAZES	998	2
CARAPEBUS	8	0
SÃO JOÃO DA BARRA	59	0
MACAÉ	305	0
SERRANA	1936	4
SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO	48	0
DUAS BARRAS	30	0
NOVA FRIBURGO	356	0
SANTA MARIA MADALENA	23	0
CORDEIRO	50	0
PETRÓPOLIS	774	1
CACHOEIRAS DE MACACU	81	0
CARMO	38	0
BOM JARDIM	60	0
TRAJANO DE MORAES	31	0
TERESÓPOLIS	215	0
SUMIDOURO	28	0
GUAPIMIRIM	91	0
CANTAGALO	71	0
SAO SEBASTIÃO DO ALTO	40	0
Total	20959	48

Fonte: CNES — Recursos Físicos — Hospitalar — Leitos de internação — Rio de Janeiro / Qtd. SUS por Região de Saúde/Município/Período: Set/2024.

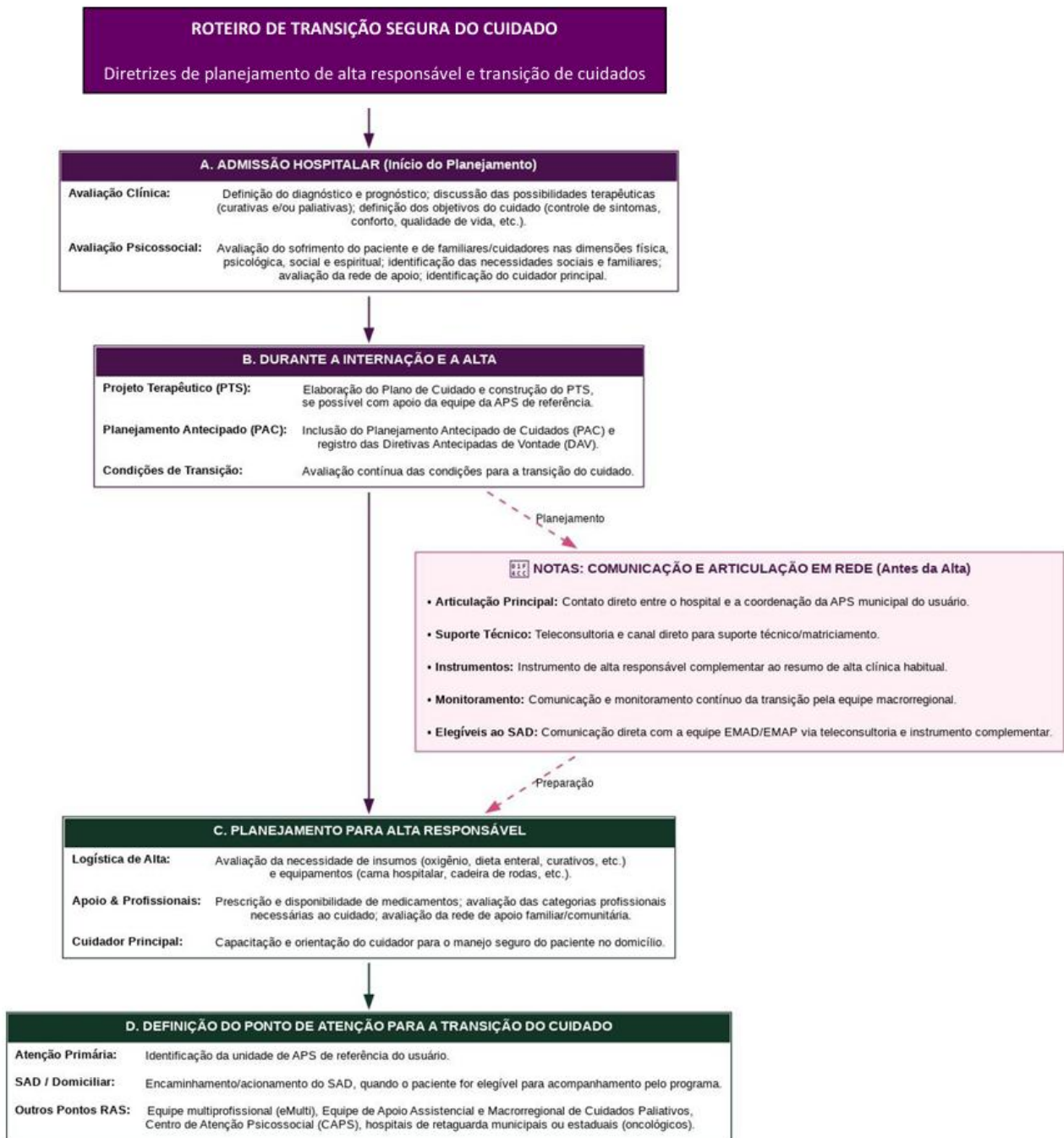
Apêndice 4 — Distribuição de Equipes e Leitos de Atenção Domiciliar (EMAD/EMAP) por Município

Município	EMAD I	EMAD II	EMAP (equipes Macrorregionais de apoio)	EMAP-R
Angra dos Reis	2	0	1	
Barra Mansa	2	0	1	
Belford Roxo	4	0	2	
Cabo Frio	2	0	1	
Campos dos Goytacazes	4	0	2	
Comendador Levy Gasparian	0	0	0	1
Duque de Caxias	2	0	1	
Guapimirim	1	0	0	
Itaboraí	2	0	1	
Itaguaí	1	0	1	
Itaperuna	1	0	1	
Itatiaia	0	1	1	
Japeri	1	0	1	
Macaé	1	0	2	
Magé	2	0	1	
Maricá	2	0	1	
Mesquita	2	0	1	
Nilópolis	1	0	1	
Nova Friburgo	1	0	1	
Nova Iguaçu	8	0	3	
Paracambi	1	0	1	
Paraíba do Sul	1	0	0	
Paraty	1	0	0	
Petrópolis	3	0	1	
Pinheiral	0	1	1	
Pirai	0	1	1	
Resende	1	0	1	
Rio Bonito	1	0	1	
Rio de Janeiro	16	0	5	
São Gonçalo	10	0	4	
São João de Meriti	5	0	2	
São Pedro da Aldeia	1	0	1	
Seropédica	1	0	1	
Silva Jardim	1	0	1	
Tanguá	1	0	0	

Município	EMAD I	EMAD II	EMAP (equipes Macrorregionais de apoio)	EMAP-R
Teresópolis	2	0	1	
Três Rios	1	0	1	
Valença	1	0	0	
Vassouras	1	0	1	
Volta Redonda	2	0	1	
TOTAL DE EQUIPES	86	6	46	
LEITOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR	4.300*	150**	-	

Fonte: Nota Informativa 14/03/2025 — CGADOM/DAHU/SAES/MS. * 86 equipes de EMAD I x 50 pacientes/leito; ** 6 equipes EMAD II x 25 pacientes/leito.

Anêndice 4 — Roteiro ilustrativo do percurso operacional para a transição do cuidado entre pontos de atenção



Fonte: Elaboração própria