

Maio | 2025

PLANO ESTADUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO



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

Coordenação do projeto:

Superintendência de Atenção
Primária à Saúde

Secretária de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Claudia Maria Braga de Mello

Subsecretário de Vigilância e Atenção Primária à Saúde

Mario Sérgio Ribeiro

Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Halene Cristina Dias de Armada e Silva

Coordenação de Ciclos de Vida da Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Michelli Melo Grama

Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa

Leonor Maria da Silva Gomes

Organização

Leonor Maria da Silva Gomes
Michelli Melo Grama

Elaboração Técnica

Leonor Maria da Silva Gomes
Michelli Melo Grama
Wallace Henrique Pinho da Paixão

Colaboradores:

Membros do Grupo de Trabalho Interno de Cuidados Paliativos da SES-RJ:

Gisele Vasques Macedo
Ivanise Arouche Gomes de Souza
Keila Justino de Almeida Silva
Leandro Lopes Troncoso
Leonor Maria da Silva Gomes
Maria Thereza Cargnelutti do Carmo
Marilia Araujo da Paz
Meirelane Souza Rosa
Michelli Melo Grama
Morgana Canal Pellacani
Regina Canedo De Souza
Renata de Souza Cravo
Renata Regis Guimarães
Roberta Leite Pereira
Paula Helena Pinheiro Arruda
Quele Cristina Garcia Picoli
Wallace Henrique Pinho da Paixão

Membros da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos da SES-RJ:

Alexandre Ernesto Silva
Ana Paula Menezes Bragança dos Santos
Ana Paula de Almeida Queiroz
Ana Paula Rossi
Andréa Augusta Castro
Andreia Pereira de Assis Ouverney
Anelise Coelho da Fonseca
Erica Tex Paulino
Erika Oliveira Marengo
Ernani Costa Mendes

Graziella Paula Barreto
Joaquim d' Almeida
Livia Pereira Coelho
Luciana Aparecida Faria de Oliveira
Renata de Freitas
Ricardo Esperança Neves
Rubens Guimarães Mendonça
Sandra Rabello de Frias
Talita Cezareti da Silva

**Colaboradores convidados e
consultores:**

Alexandre Ernesto Silva
Patrícia da Silva Olário
Flávia Campos Barcelos

Revisão:

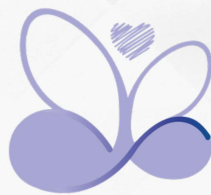
Alexandre Ernesto Silva
Fabrício de Souza Oliveira
Flávia Campos Barcelos
Livia Pereira Coelho
Luana dos Passos Gomes
Michelli Melo Grama
Patrícia da Silva Olário

Projeto gráfico

Coordenação Técnica de
Design e Inovação SES-RJ

Aprovação:

Cláudia Maria de Braga Mello
Halene Cristina Dias de Armada



Política Estadual
de Cuidados Paliativos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD - Atenção Domiciliar	OMS - Organização Mundial da Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde	PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
EACP - Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos	PDM - Pólos de Dispensação de Medicamentos
EMCP - Equipe Matricial de Cuidados Paliativos	PECP - Programa Educacional em Cuidados Paliativos
CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica	PNCP - Política Nacional de Cuidados Paliativos
CEAF -Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	PTS -Projeto Terapêutico Singular
CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	PCDT -Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
CHS - Carga Horária Semanal	RAS - Rede de Atenção à Saúde
CIR - Comissão Intergestora Regional	REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
CIB - Comissão Intergestora Bipartite	RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	SAFIE - Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
CP - Cuidados Paliativos	SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social	SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social	SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde
EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar	SES-RJ -Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
EMAP - Equipe Matricial de Apoio	SUAS -Sistema Único de Assistência Social
GT - Grupo de Trabalho	SUS – Sistema Único de Saúde
GTI -Grupo de Trabalho Intersetorial	
INE - Identificador Nacional de Equipe	
LMiniCP - Lista Mínima de Medicamentos para Uso em Cuidados Paliativos	

SUMÁRIO

Apresentação	7
Marco legal	8
Metodologia de Elaboração do Plano Estadual	8
1. Introdução	9
2. Contextualização	9
3. Diretrizes do Plano Estadual	11
4. Objetivos	11
5. Eixos estratégicos	12
5.1. Eixo implementação	12
5.1.1. Equipes Matriciais de Cuidados paliativos	13
5.1.2. Comunidades Compassivas	14
5.1.3. Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos	14
5.1.4. Orientação para habilitação de EMCP e EACP conforme política Nacional de Cuidados Paliativos	17
5.1.4.1. Para EMCP	18
a) Procedimentos e documentações necessárias	
5.1.4.2. Para EACP	19
a) Procedimentos e documentações necessárias	
6.1. Eixo educação	19
6.1.1. Criação de Programa Educacional em Cuidados Paliativos (PECP)	20
6.1.2. Competências do gestor estadual	21
6.1.3. Competências do gestor municipal	21
7.1. Eixo fármacos	22
7.1.1. Lista mínima de medicamentos para uso em cuidados paliativos (LMiniCP)	23
• Analgésicos	
• Adjuvantes da dor	
• Anticonvulsivantes	
• Ansiolíticos	
• Antipsicóticos	
• Antieméticos	
• Laxativos	
• Antidiarreicos	
• Protetores gástricos	
• Anti hemorrágicos	
• Diversos	
7.1.2. Lista mínima de medicamentos para uso em cuidados paliativos que não compõem a RENAME	26
• Analgésicos	
• Adjuvantes da dor	
• Ansiolíticos	
• Antieméticos	
• Laxativos	
• Antidiarreicos	
• Anti hemorrágicos	
• Diversos	

7.2. Avaliação multidisciplinar de necessidades de medicamentos _____	28
7.3. Acesso aos medicamentos _____	28
7.4. Uso de tecnologia e telemedicina _____	28
7.5. Ações de educação em saúde _____	28
7.6. Acompanhamento e monitoramento do uso dos medicamentos _____	29
8. Orientações para a rede de atenção à saúde no atendimento em cuidados paliativos __	29
• No CNES	
• No Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP)	
8.1. Atenção Primária à Saúde _____	30
8.2. Urgências e Emergências _____	31
8.3. Atenção Domiciliar _____	32
Referências _____	33
Anexos _____	36



Apresentação

Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que em todo o país cerca de 625 mil pessoas precisem de Cuidados Paliativos, uma abordagem de atenção à saúde cujo principal objetivo é promover qualidade de vida e de morte àqueles que sofrem com doenças ou outras condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida (BRASIL, 2024a).

O Brasil ainda carece de investimento na área dos Cuidados Paliativos, sobretudo na formação de profissionais, fomento de normativas e políticas direcionadas, bem como de uma organização que preconize a assistência em Cuidados Paliativos em toda a sua abrangência, ou seja, na atenção primária, na média e na alta complexidade. Contudo, é preciso estabelecer interlocuções das várias áreas de atenção à saúde para a concretização de uma assistência efetiva (ANDRADE; SOUZA, 2024).

Diante desse cenário, visando proporcionar uma experiência mais digna e confortável para pacientes, familiares e cuidadores, foi instituída pelo Governo Federal a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) - Portaria GM/MS nº 3.681/2024 em 07 de maio de 2024 - com o intuito de integrar essa modalidade de cuidado à Rede de Atenção à Saúde (RAS) que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2024b).

No estado do Rio de Janeiro, no ano de 2019, no que se trata as normativas, a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro aprovou a Lei nº 8425, que criou o Programa Estadual de Cuidados Paliativos no âmbito da Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2019). O Programa Estadual de Cuidados Paliativos é uma iniciativa que objetiva fornecer suporte e cuidados de qualidade para pacientes com doenças graves, avançadas e que ameaçam a vida, bem como para suas famílias.

A partir dessa publicação, a Secretaria de Estado de Saúde promoveu a discussão de ações de saúde em Cuidados Paliativos em seus espaços de gestão e, em 2021, instituiu o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) de Cuidados Paliativos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), por meio da Resolução SES n. 2529 de 03 de dezembro/2021. O GTI contou com a participação de diversos setores do corpo da saúde estadual, tais como: Assistência Farmacêutica; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade; Atenção Primária à Saúde; Assessoria Técnica de Humanização e Educação em Saúde, entre outros (RIO DE JANEIRO, 2023).

Posteriormente, em 2024, foi criada a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos, (Resolução SES nº 3252, de 15 de fevereiro/24) com o objetivo de promover maior discussão/estudo sobre o tema com profissionais de instituições governamentais e não governamentais, representantes da sociedade civil e de entidades reconhecidas pela sua atuação na área, visando à formulação de propostas de diretrizes, protocolos e fluxogramas capazes de auxiliar a implantação e implementação da linha de cuidado em Cuidados Paliativos no Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2024).

Os trabalhos e ações desenvolvidas pelo GTI de Cuidados Paliativos, somadas às contribuições oferecidas pela Câmara Técnica, em conjunto com a recente publicação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, culminaram na construção do Plano Estadual de Cuidados Paliativos apresentado neste documento.

O Plano Estadual de Cuidados Paliativos elaborado apresenta a proposta de investimento e fortalecimento da atenção aos Cuidados Paliativos, tendo como base os pontos de cuidado na RAS. O Plano se divide em três importantes eixos estratégicos: I) implementação/ integração dos Cuidados Paliativos na RAS, com ênfase na Atenção Primária; II) estímulo à capacitação e educação continuada em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde e III) proposta de ampliação de medicamentos disponibilizados para o controle de sintomas mais prevalentes em Cuidados Paliativos.

Marco Legal

1. Portaria nº 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 - Estabelece as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS.
2. Resolução GM/MS n. 41, de outubro de 2018 - Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
3. Portaria GM/MS n. 3681, de 07 de maio de 2024 - Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP- no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS n.2 de 28 de setembro de 2017.
4. 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.
5. Resolução SES n. 2529, de 03 de dezembro de 2021 - Institui o Grupo de Trabalho de Cuidados Paliativos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro;
6. Resolução SES n. 2980, de 31 de março de 2023 - Designa a composição do Grupo de Trabalho de Cuidados Paliativos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro;
7. Resolução SES n. 3252 de 15 de fevereiro de 2024 - Institui a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos.

Metodologia de Elaboração do Plano Estadual

A elaboração do Plano Estadual de Cuidados Paliativos foi orientada por uma construção participativa e expressiva da coletividade, a partir de um planejamento que envolveu diversos setores estratégicos da Secretaria de Estado de Saúde, da sociedade civil e de entidades técnico científicas representativas dos Cuidados Paliativos em nível estadual e nacional.

A construção do Plano se dividiu em três etapas, sendo estas:

Primeira etapa - Criação de um GTI da SES-RJ com reuniões periódicas de planejamento, encaminhamentos e pactuações para construção da proposta do plano.

Segunda etapa - Participação da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos da SES-RJ com discussão de temáticas específicas e relacionadas à Política Nacional de Cuidados Paliativos para apresentação de propostas ao Plano Estadual de Cuidados Paliativos, na forma de eixos estratégicos.

Terceira etapa - Elaboração do Plano Estadual de Cuidados Paliativos com apresentação ao GTI e aprovação final com publicação.

1. Introdução

Assistimos nas últimas décadas a um envelhecimento progressivo da população, assim como ao aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas e degenerativas. Em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças, antes consideradas mortais, se transformassem em doenças crônicas (MONTEIRO, 1997).

Neste sentido, a sobrecarga dos serviços de saúde tem sido cada vez mais evidente e assim, frente a este cenário, observam-se fragilidades no atendimento de tal população, sobretudo em virtude da precariedade de investimento na capacitação da equipe multiprofissional e de cuidados específicos para esta clientela (SANTOS, 2020).

A Portaria nº 874 do Ministério da Saúde, de 16 de maio de 2013, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito SUS, com o objetivo de promover a redução da mortalidade, incapacidade e incidência de doenças crônicas, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2013). Com tal Portaria, já era possível prever a inserção dos Cuidados Paliativos na rede de saúde, frente à crescente demanda de doentes crônicos na sociedade brasileira.

A Portaria nº 825, de 16 de abril de 2016, com objetivo de redefinir a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, descreve os Cuidados Paliativos como um dos critérios de indicação de Atenção Domiciliar para pacientes com restrição ao leito ou domicílio, quando essa for considerada a oferta mais oportuna de cuidado (BRASIL, 2016).

Assim, considerando o envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas como o câncer, com estimativa de 700 mil novos casos para o ano de 2024 e 2025 (INCA, 2023), faz-se necessária a implementação de ações que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida e de morte destas pessoas.

Nesse sentido, pensar em um plano estadual para as pessoas em Cuidados Paliativos traduz-se na garantia de cuidados para uma demanda já descrita na literatura como carente de um olhar específico, que necessita de uma atenção mais qualificada. (WHO, 2021; INCA, 2023; BRASIL, 2024)

2. Contextualização

De acordo com a PNCP, os Cuidados Paliativos são definidos como “ações e serviços de saúde para alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou outras condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida.” (Brasil, 2024). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta uma definição um pouco mais completa, ao enunciar que:

“Cuidados Paliativos consistem em uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (OMS, 2002).

Mundialmente, estima-se que 40 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos a cada ano, embora somente 14% dos pacientes efetivamente recebam essa modalidade de cuidado. Além disso, dados globais também revelam que 78% de adultos que precisam de Cuidados Paliativos residem em países de baixa e média renda (WHO, 2021).

Segundo a OMS, as principais enfermidades que requerem Cuidados Paliativos no público adulto são: doenças cardiovasculares (38%); neoplasias (34%); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (10%); Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) (10%), entre outras. No que se refere às crianças que apresentam critérios para Cuidados Paliativos, sabe-se que 25,06% destas possuem anormalidades congênitas, 14,64% condições neonatais, 14,12% desnutrição calórico-proteica e 12,62% meningite, entre outras comorbidades (WHO, 2021).

No Brasil, os Cuidados Paliativos começaram a ser inseridos nos serviços de saúde no final dos anos 1990, o que confirma tratar-se de uma prática ainda recente no país (PALMEIRA; COMIN; PERES, 2011).

Reconhecendo que todo e qualquer paciente (criança, adulto ou idoso) que possua doenças crônicas e/ou ameaçadoras da vida poderá se beneficiar dos Cuidados Paliativos, observa-se que a necessidade dessa abordagem assistencial está presente em todos os níveis de atenção, desde a primária até a especializada, podendo ser, portanto, prestada por todo profissional de saúde adequadamente capacitado e qualificado (SANTOS, et al., 2024).

No entanto, para uma adequada prática dessa importante modalidade de cuidado é necessário conhecimento e compreensão dos seguintes princípios norteadores (MATSUMOTO, 2009):

- Iniciar o acompanhamento em Cuidados Paliativos o mais precocemente possível, idealmente junto dos tratamentos modificadores da doença e incluindo toda a investigação necessária para compreender qual o melhor tratamento e manejo dos sintomas apresentados.
- Reafirmar a vida e sua importância.
- Compreender a morte como processo natural sem antecipar nem postergá-la.
- Promover avaliação, reavaliação e alívio impecável da dor e de outros sintomas geradores de desconforto.
- Perceber o indivíduo em toda sua completude, incluindo aspectos psicossociais e espirituais no seu cuidado, sendo, para isso é imprescindível uma equipe multidisciplinar.
- Oferecer o melhor suporte ao paciente focando na melhora da qualidade de vida, influenciando positivamente no curso da doença quando houver possibilidade e auxiliando-o a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte.
- Compreender os familiares como parte integrante do processo de cuidado, oferecendo-lhes suporte e amparo durante o adoecimento do paciente e também no processo de luto (pós-óbito).

Sendo assim, diante de tamanha complexidade, singularidade e abrangência, observa-se a necessidade de organização da RAS para promover a integração dos CP nos serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro, adequando sua realidade territorial à PNCP e aos princípios norteadores do SUS, a fim de se promover uma assistência segura e humanizada que efetivamente resulte em qualidade de vida e dignidade do cuidado (BRASIL, 2024b).

3. Diretrizes

O Plano Estadual elaborado em três eixos temáticos (Implementação, Educação e Fármacos) se encontra baseado nas seguintes diretrizes nos moldes da PNCP:

- I - Ampliação dos Cuidados Paliativos em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde com equidade, integralidade, qualidade assistencial e humanização no atendimento;
- II - Promoção da regionalização dos serviços de Cuidados Paliativos em consonância com as pactuações regionais e macrorregionais;
- III - Regulação assistencial com base em diretrizes clínicas e estratificação para prioridade no alívio do sofrimento;
- IV - Fortalecimento da atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, por meio da corresponsabilização, integralidade do cuidado e compartilhamento das decisões de saúde entre os pontos de atenção da referida rede;
- V - Estímulo a ações de sensibilização na RAS para o uso racional de opioides;
- VI - Fomento à coordenação do cuidado e à continuidade assistencial, por meio de planejamento da estruturação dos fluxos assistenciais na oferta de serviços de cuidados paliativos;
- VII - Fomento ao autocuidado apoiado e à prevenção de doenças, bem como ao diagnóstico precoce e ao tratamento modificador da doença;
- VIII - Incentivo e apoio ao desenvolvimento de comunidades compassivas, especialmente em áreas de vulneração social, para garantir a continuidade de assistência e a prevenção e alívio do sofrimento humano;
- IX - Reconhecimento e respeito às diversidades socioculturais e aos diversos modos de vida, promovendo o enfrentamento do racismo estrutural, da aporofobia e do capacitismo;
- X - Ações voltadas para ensino, por meio da promoção de cursos e treinamentos, apresentando e disseminando saberes e práticas relacionadas aos Cuidados Paliativos;
- XI - Fomento à produção e disseminação de conhecimentos, à inovação e ao desenvolvimento científico e tecnológico no campo dos Cuidados Paliativos, por meio da articulação entre governos e instituições de ensino, pesquisa e/ou desenvolvimento.

4. Objetivos

- I - Viabilizar a implementação de seu conteúdo no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, em articulação com as diretrizes, princípios e objetivos da Política Nacional de Cuidados Paliativos;
- II - Auxiliar o planejamento da estruturação dos fluxos de assistência farmacêutica e insumos, junto aos municípios do Estado;
- III - Ampliar a disponibilidade de medicamentos que promovam o adequado controle de sintomas da pessoa em Cuidados Paliativos;
- IV - Estimular as ações de educação permanente e continuada, capacitação, formação, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em Cuidados Paliativos no âmbito do Estado do Rio de Janeiro;
- V - Promover a conscientização e a educação sobre Cuidados Paliativos no âmbito do estado do Rio de Janeiro, de forma a incentivar a formação de profissionais paliativistas;

- VI- Incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;
- VII - Planejar e implementar estratégias para alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;
- VIII - Articular ações para integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.

5. Eixos Estratégicos

A implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no SUS está fundamentada em três eixos principais que visam garantir um cuidado integral:

- I) Acesso aos serviços, assegurando que os pacientes e suas famílias tenham à disposição uma rede de suporte contínua e multidisciplinar;
- II) Educação em Cuidados Paliativos, capacitando profissionais de saúde para oferecer uma abordagem especializada, ética e centrada na pessoa;
- III) Ampliação da disponibilidade e do acesso a medicamentos e terapias não-farmacológicas, fundamentais para o alívio da dor e demais sintomas frequentes em Cuidados Paliativos.

5.1. Eixo Implementação

Conforme Art. 10º da PNCP, "(...) serão implementadas equipes matriciais e assistenciais de cuidados paliativos, distribuídas de acordo com as regiões/macrorregiões de saúde (...)". (BRASIL, 2024b).

A PNCP estabelece dois tipos de equipes de Cuidados Paliativos:

- Equipe Matricial de Cuidados Paliativos – EMCP;
- Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos – EACP.

A EMCP se constitui como uma equipe interdisciplinar com território de atuação definido por população de uma macrorregião de saúde, de gestão estadual, responsável por realizar apoio aos pontos de atenção da RAS no âmbito dos Cuidados Paliativos, por meio de ações matriciais de sensibilização, capacitação e corresponsabilização (BRASIL, 2024).

Já a EACP, se constitui como uma equipe interdisciplinar, de gestão municipal e atuação multiprofissional, responsável por realizar ações de Cuidados Paliativos no âmbito do estabelecimento a que estiver vinculada e, conforme o caso, em outros pontos de atenção da RAS no território de abrangência, para adultos e/ou crianças, acompanhando-os integralmente até o óbito e apoiando a família no pós-óbito. As EACPs poderão estar vinculadas a hospitais, unidades de urgência, ambulatórios de atenção especializada ou Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), devendo atuar de forma integrada com as equipes dos serviços (BRASIL, 2024).

Para que a implantação das EMCPs e EACPs ocorra, será necessário que os profissionais tenham expertise para realizarem as atividades propostas pela PNCP. No que se refere à EMCP, a gestão das equipes é de incumbência do estado e, essas, servirão como apoiadores das EACPs, controlando desde indicadores, até a capacitação das EACPs.

5.1.1. Equipe Matricial de Cuidados Paliativos

As EMCP serão formadas por especialistas em Cuidados Paliativos e essas equipes interdisciplinares terão uma composição mínima, além da composição da Carga Horária Semanal (CHS) mínima, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Composição mínima da EMCP.

Equipe Matriciadora de Cuidados Paliativos	Somatório da Carga Horária Semanal por ocupação.
01 enfermeiro	30 (trinta) horas
01 médico	40 (quarenta) horas
01 psicólogo	30 (trinta) horas
01 assistente social	30 (trinta) horas

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 (vinte) horas. Outros profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, cirurgião dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo e nutricionista poderão ser incluídos nas EMCPs, conforme necessidade e disponibilidade local.

Cabe destacar que as EMCPs poderão ser implementadas na proporção de uma equipe para cada fração de território com 500.000 (quinhentos mil) habitantes de uma mesma macrorregião de saúde. Seguindo a orientação proposta pela PNCP, essas equipes devem estar vinculadas a um ponto de atenção da RAS do seu território de atuação de acordo com a fração de habitantes, dispondo de recursos físicos e tecnológicos.

Das atribuições da EMCP, o Art. 12º da PCNP destaca:

- Telematricamento, teleconsultoria, teleinterconsulta, telediagnóstico, telerregulação assistencial, segunda opinião formativa e teleducação;
- Suporte técnico em Cuidados Paliativos nas situações de intercorrências;
- Estratégias de educação permanente em Cuidados Paliativos para equipes de saúde e população geral e;
- Atuação conjunta e em parceria com a equipe do ponto de atenção da RAS, responsável pelo seguimento da pessoa em ações assistenciais mais complexas e intensivas, de acordo com as possibilidades e a realidade do território de atuação (BRASIL, 2024b).

O Estado do Rio de Janeiro é constituído por uma macrorregião de saúde que contém 92 municípios, com uma população estimada, em 2024, de 17.219.679 habitantes, de acordo com o Censo de 2022 (BRASIL, 2024c). É dividido em nove regiões de saúde, sendo elas: Metropolitana I, Baía da Ilha Grande, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Serrana, Norte e Noroeste (BRASIL, 2024d). Existe uma maior concentração populacional na região Metropolitana I em relação às outras regiões de saúde, o que dificulta a distribuição de equipes de acordo com a PNCP.

Considerando a população atual, em 2024, poderiam ser implementadas 35 EMCPs, seguindo a proporção de uma equipe para cada fração de território com 500.000 habitantes. As equipes podem ser dispostas a partir das regiões de saúde, assim distribuídas:

Quadro 2- Proposta de distribuição de EMCP por Região de saúde de acordo com quantitativo populacional.

Região de saúde	População	Nº EMCP propostas
Baía da 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

Está disponível no anexo 1, quadro com o número de EMCP distribuída por região de saúde, de acordo com a população municipal estimada pelo IBGE para 2024.

A proposta de implementação das EMCPs segue apoiada pelo Eixo Educação, uma vez que depende da formação e capacitação de profissionais para compor essas equipes.

5.1.2. Comunidades Compassivas

Também cabe às EMCPs a capacitação e apoio à formação de Comunidades Compassivas, sendo esse um desenvolvimento comunitário para aumentar a conscientização sobre o morrer e desenvolver a capacidade das pessoas da comunidade de cuidarem umas das outras (MESQUITA, 2023).

O apoio à formação de Comunidades Compassivas pela EMCP tem o objetivo de disseminar uma abordagem de saúde mais ampla para apoiar as pessoas com condições ameaçadoras da vida, suas famílias e cuidadores, principalmente em áreas e grupos com maior vulnerabilidade social, como moradores de favelas e quilombos, pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes, população LGBTQIA+, etc.

Além disso, deve apoiar ações de sensibilização e capacitação em serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como unidades de acolhimento, Centros-dia, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua.

5.1.3. Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos

As EACPs devem garantir acesso de qualidade e humanizado aos Cuidados Paliativos no âmbito da RAS de forma integrada com a atenção primária.

Seguindo a orientação proposta pela PNCP, a Composição da Carga Horária Semanal (CHS) das EACPs é descrita no Quadro 3.

Quadro 3. Composição mínima da EACP.

Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos	Somatório da Carga Horária Semanal por ocupação
Enfermeiro	30 (trinta) horas
Médico	20 (quarenta) horas
Psicólogo	30 (trinta) horas
Assistente social	30 (trinta) horas
Técnico de enfermagem	30 (trinta) horas

Na implantação dessa modalidade de equipes caberá à gestão municipal a operacionalização e coordenação das EACPs. A atuação da EACP se dá diretamente nos estabelecimentos vinculados, podendo ser hospitais, unidades de urgência, ambulatorios de atenção especializada ou serviços de atenção domiciliar. Segundo o parágrafo 2º da PNCP, “as EACPs terão território de atuação na proporção de uma equipe para cada 400 (quatrocentos) 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 EACPs no território/região distribuídos pela rede poderá ser o somatório de leitos hospitalares e/ou de urgência/emergência e/ou de atenção domiciliar (AD).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em fevereiro de 2025 havia 20.740 leitos hospitalares no SUS no ERJ, conforme Quadro 4 abaixo (BRASIL, 2024d). O quadro com a distribuição de leitos SUS por município do estado do RJ está disponibilizado no Anexo 2.

Quadro 4. Distribuição de leitos SUS por região de saúde

Região de saúde/ Município	Qtd leito SUS	Nº de EACP por região
Baía da Ilha Grande	324	0
Baixada Litorânea	899	2
Centro-sul	825	2
Médio Paraíba	1.638	4
Metropolitana I	10.662	26
Metropolitana II	2159	5
Noroeste	715	1
Norte	1.592	3
Serrana	1926	4
Total	20959	47

Fonte: CNES/Datasus (<https://datasus.saude.gov.br/cnes-recursos-fisicos>)

Ainda segundo o CNES, no estado do RJ dispomos de 86 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar Tipo I (EMAD I) e 6 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar Tipo II (EMAD II), conforme apresentado no Quadro 5.

Pela Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, cada equipe EMAD I é responsável por 50 pacientes e cada equipe EMAD II por 25 pacientes. Portanto, temos um conjunto somatório total de 4600 leitos de Atenção Domiciliar (EMAD I + EMAD II).

Quadro 5. Distribuição de equipes e leitos de Atenção Domiciliar por município

Município	EMAD I	EMAD II	EMAP (equipes matriciais de apoio)
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
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
Marica	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
Parati	1	0	0
Petrópolis	3	0	1

Pinheiral	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
Saquarema	0	1	0
Seropédica	1	0	1
Silva Jardim	0	1	1
Tanguá	0	1	0
Teresópolis	2	0	1
Tres Rios	1	0	1
Valença	1	0	0
Vassouras	0	1	1
Volta Redonda	2	0	1
Total de Equipes	86	6	46
Leitos de Atenção Domiciliar	4300*	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

Dessa forma, considerando a proporção de uma equipe para cada 400 (quatrocentos) leitos SUS habilitados somados aos leitos de AD, o estado do Rio de Janeiro teria a possibilidade de implantação de 62 EACPs ($20.740 + 4.450/400$), a serem distribuídas pelos 92 municípios considerando quantitativo de leitos da região de saúde. Vale destacar que será importante a pactuação por macrorregiões de forma que atenda aos critérios necessários para a habilitação das EACP.

5.1.4. Orientação para habilitação de EMCPs e EACPs conforme Política Nacional de Cuidados Paliativos

Conforme orientações da Nota Informativa nº 17/2024-CGADOM/DAHU/SAES/MS, para habilitação das EMCPs e EACPs, os gestores estaduais e municipais deverão dar alguns passos no processo de habilitação conforme modelo da equipe.

5.1.4.1. Para EMCP:

A habilitação é feita pelo gestor estadual que deverá:

- Preencher o Formulário de Proposta de Habilitação da EMCP por meio do SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde), no campo de referência “Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)”; no site: <https://saips.saude.gov.br/autenticacao>

a) Procedimentos e Documentações necessárias:

- 1- Providenciar ofício de solicitação do gestor estadual, solicitando habilitação da EMCP para o custeio da equipe, com equipe previamente cadastrada no CNES, informando também o Identificador Nacional de Equipe (INE).
- 2- Realizar levantamento demográfico da região em questão por número populacional com levantamento da Rede de Atenção à Saúde com descritivo do contexto sanitário em relação à necessidade de Cuidados Paliativos na macrorregião
- 3- Identificar os pontos de atenção da RAS a serem apoiados pela EMCP, para definição do teto de habilitação por região, considerando que o número de equipes corresponde aos critérios de base populacional (uma EMCP para cada fração de território de uma macrorregião de saúde com até 500.000 habitantes). As necessidades regionais também devem ser consideradas.
- 4- Apresentar em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), a proposta de implementação das EMCPs e municípios interessados para obtenção de documento de deliberação em reunião da CIB ou CIR para prosseguimento no processo de habilitação.
- 5- Elaborar descritivo do contexto sanitário em relação à necessidade de Cuidados Paliativos na macrorregião com identificação dos pontos de atenção da RAS a serem apoiados pela EMCP, nos casos de composição de regiões para atendimento por EMCP.
- 6- Solicitar os dados do estabelecimento no qual a EMCP estará vinculada.
- 7- Apresentar os dados do coordenador/responsável pelo gerenciamento da EMCP.
- 8 - Providenciar declaração do proponente contendo número do CNES e INE da equipe EMCP, comprometendo-se a fazer o registro de produção no sistema estabelecido para essa finalidade.
- 9 - Elaborar proposta de formato, periodicidade e temas para educação continuada voltados para: a própria EMCP, a EACP da macrorregião e demais equipes da RAS e familiares/cuidadores.
- 10 - Apresentar descritivo das categorias profissionais da equipe, com atenção à necessidade de equipe mínima, suas respectivas cargas horárias exclusivas para a EMCP e especificar, na categoria médica, se haverá pediatra na EMCP.

Observações:

A definição do número máximo de EMCPs e EACPs a serem habilitadas deverão respeitar as determinações da PNCP e também considerar as necessidades de cada região de saúde;

O Estado tem a responsabilidade de não permitir habilitação fora das características financeiras definidas pela portaria de CP;

O Estado deverá acompanhar o planejamento das capacitações das EMCPs e monitorar os processos com vistas a uniformização dos conhecimentos, protocolos e cuidados prestados aos usuários.

5.1.4.2. Para EACP:

A habilitação é feita pelo gestor municipal que deverá:

- Preencher o Formulário de Proposta de Habilitação da EACP por meio do SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde), no campo de referência “Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)” no site: <https://saips.saude.gov.br/autenticacao>

a) Procedimentos e Documentações necessárias:

- 1 - Providenciar ofício de solicitação do gestor municipal, solicitando habilitação da EACP para o custeio da equipe, com equipe previamente cadastrada no CNES, informando também o INE.
- 2- Realizar levantamento do quantitativo de leitos SUS habilitados no território, considerando 01 EACP a cada 400 leitos SUS – hospitalares e/ou de urgência/emergência e/ou de atenção domiciliar, conforme descrito na Nota Informativa.
- 3- Apresentar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR) a proposta de implementação das EACPs para obtenção de documento de deliberação em reunião da CIB ou CIR para prosseguimento no processo de habilitação.
- 4- Elaborar descritivo do contexto sanitário em relação à necessidade de Cuidados Paliativos na macrorregião com identificação dos pontos de atenção da RAS a serem apoiados pela EACP.
- 5- Solicitar os dados do estabelecimento no qual a EACP estará vinculada.
- 6- Apresentar os dados do coordenador/responsável pelo gerenciamento da EACP.
- 7- Providenciar declaração do proponente contendo número do CNES e INE da equipe EMCP, comprometendo-se a fazer o registro de produção no sistema estabelecido para essa finalidade.
- 8 - Apresentar descritivo das categorias profissionais da equipe, com atenção à necessidade de equipe mínima, suas respectivas cargas horárias exclusivas para a EACP.

Observações:

A NOTA INFORMATIVA Nº 17/2024-CGADOM/DAHU/SAES/MS recomenda a utilização de ofícios com modelo habitual da gestão local e direcionados a: Coordenação Geral de Atenção Domiciliar – CGADOM/DAHU/SAES/MS.

6.1. Eixo Educação

A educação em Cuidados Paliativos se revela fundamental para a formação de profissionais qualificados para a atuação neste segmento, garantindo assim uma assistência qualificada e digna com a participação de usuário e família.

Mesmo diante de uma população de mais de 100 milhões de pessoas que se beneficiariam dos Cuidados Paliativos, apenas 8% conseguem ter acesso a este tipo de atendimento, segundo dados da WPCA -Worldwide Palliative Care Alliance (2020).

Tal fator, parece estar relacionado com a formação de profissionais que ainda é insipiente para

a necessidade apresentada pela população, em especial aos que utilizam o Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, a PNCP traz o estímulo à formação em Cuidados Paliativos a fim de minimizar as lacunas existentes na formação dos profissionais de saúde, neste seguimento. Para além da formação e educação continuada da equipe multiprofissional, a política também aponta para a necessidade das ações educacionais voltadas para a população em geral, de modo a disseminar a cultura da palição com a participação da sociedade.

As competências a serem desenvolvidas em cuidados paliativos que envolvem questões do cuidado centrado na pessoa, respeito à autonomia e assistência à família são pontos-chaves a serem pensados e desenvolvidos no processo educacional de familiares e profissionais de saúde, com a finalidade de qualificar a assistência prestada e promover maior participação nas decisões e implementação de cuidados por parte dos doentes, familiares e cuidadores.

Neste sentido, podemos considerar como um entrave para a prática dos cuidados paliativos, a deficiência na formação profissional e a consciência de órgãos gestores da saúde pública, com relação à tal necessidade.

A educação em saúde é definida como um processo de ensino-aprendizagem que visa à promoção da saúde, sendo o profissional dessa área aquele que atua como mediador. Tem o objetivo de estimular os indivíduos a adotarem e manterem padrões de vida saudáveis, fazerem uso adequado dos serviços de saúde e fortalecer a autonomia das pessoas e comunidades (AZEVEDO, et al., 2019).

Considerando a Portaria nº 3681, de 07 de maio de 2024, que traz os aspectos educacionais como um dos eixos centrais para a implementação da PNCP, o plano apresenta as propostas:

6.1.1. Criação de Programa Educacional em Cuidados Paliativos (PECP)

A criação de um PECP, reporta-se ao que diz a PNCP em seus artigos 6º e 12º, que apontam para a capacitação e treinamento em serviço dos profissionais de saúde do estado do Rio de Janeiro.

Considerando os aspectos da implementação de equipes de matriciamento em cuidados paliativos (EMCP), acredita-se ser relevante um levantamento inicial do número e nível de conhecimento destes profissionais, como um diagnóstico situacional do estado, com o intuito de demonstrar o período anterior e posterior a capacitação.

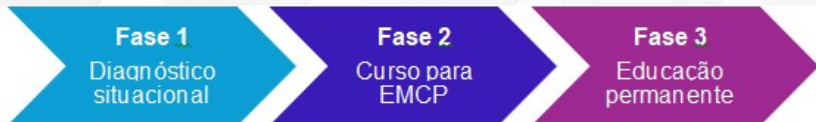
Neste primeiro momento será fundamental o treinamento das equipes propostas pela equipe de implantação, sendo estas as responsáveis pela multiplicação de conhecimento em suas macroáreas.

É importante salientar que o treinamento destas equipes será o passo inicial, podendo ocorrer treinamentos para as novas equipes, conforme a necessidade local.

As ações de capacitação deverão focar dentre outros aspectos:

- 1- Organização da Rede de Atenção à Saúde.
- 2- Abordagem sobre telemonitoramento, teleconsulta e telematriciamento.
- 3- Proporcionar um canal aberto para dúvidas e discussões de casos clínicos.
- 4- Proporcionar ações de educação permanente e educação da população em geral, como objetivo principal da mudança cultural sobre os conceitos de cuidados paliativos.

Deste modo segue uma ilustração abaixo das fases a serem seguidas pelo PECP:



6.1.2. Competências do gestor estadual:

1 - Capacitação para gestores municipais

Apoio e assessoramento para a realização de capacitações, oficinas voltadas aos gestores municipais para a implementação da política de Cuidados Paliativos na RAS.

2 - Curso para Equipes Matriciais em Cuidados Paliativos

Os profissionais de saúde que comporão a EMCP deverão ter formação na em cuidados paliativos, com realização de cursos com carga horária mínima de 180 horas, com o objetivo de formar equipes matrificadoras em CP.

A SES-RJ poderá estabelecer parcerias com outros entes federativos para oferta de vagas de curso de aperfeiçoamento e/ou atualização em cuidados paliativos.

A orientação é que os cursos utilizem metodologias ativas com discussão de casos, discussão da observação da prática nos diversos cenários da Rede de Atenção.

3 - Treinamento e capacitação de profissionais.

Promover treinamento contínuo e educação especializada para farmacêuticos e demais profissionais da equipe multidisciplinar, abordando temas como: uso de opioides para o manejo da dor e dispneia, uso de medicamentos para administração alternativas e ferramentas para a boa comunicação com pacientes e familiares.

Estimular compartilhamento de conhecimentos e boas práticas na área de assistência farmacêutica em cuidados paliativos entre hospitais, centros de saúde, instituições de ensino e organizações da sociedade civil, com objetivo de promover a melhoria contínua dos processos de trabalho, capacitação dos profissionais de saúde e aprimoramento da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

6.1.3. Competências do gestor municipal:

1 - Realizar diagnóstico situacional

Realizar avaliações de indicadores das macroáreas, contendo número de profissionais, formação em CP e tempo de atuação.

2 - Implementar ações de Educação Permanente

Contará com ações de educação permanente, de acordo com a demanda local, garantindo deste modo a continuidade do processo educacional, bem como a formação de multiplicadores locais, devendo estar incluído neste processo líderes comunitários e população em geral.

Os profissionais capacitados serão os multiplicadores em suas regiões do conhecimento adquirido. Ainda com a ampliação do PECP será possível lançar mão de estratégias de educação permanente e educação para a população em geral.

3 - Treinamento e capacitação de profissionais.

Promover treinamento contínuo e educação especializada para farmacêuticos e demais profissionais da equipe multidisciplinar, abordando temas como: uso de opioides para o manejo da dor e dispneia, uso de medicamentos para administração alternativas e ferramentas para a boa comunicação com pacientes e familiares.

7.1. Eixo Fármacos

Os medicamentos são considerados estratégicos no contexto dos Cuidados Paliativos, uma vez que representam um dos principais meios de promover o adequado controle de sintomas e, assim, garantir maior conforto e qualidade de vida aos pacientes.

Considerando os sintomas frequentemente apresentados pela maioria dos pacientes em Cuidados Paliativos, a dor tem seu papel de destaque, não somente pela sua prevalência, mas principalmente pelos desafios associados ao uso seguro e racional dos opioides, incluindo também questões de acesso a essa importante classe terapêutica.

A PNCP explicita a preocupação com esse tema ao citar no Capítulo I (DAS DISPOSIÇÕES GERAIS), art.3º dentre as suas diretrizes, o “estímulo a ações de sensibilização para o uso racional de opioides” e no art. 4º dentre seus objetivos a necessidade de “ampliar a disponibilidade de medicamentos que promovam o controle seguro dos sintomas da pessoa em cuidados paliativos” (BRASIL, 2024b).

Ademais, no que tange aos medicamentos, o Capítulo II (DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA PNCP), Art.7º ressalta, ainda, que:

“As ações de assistência farmacêutica no âmbito da PNCP deverão considerar:

I – a conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME e as Relações Municipais de Medicamentos Essenciais – REMUME, conforme as especificidades locais e regionais (BRASIL, 2022).

II – a utilização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Assistenciais – PCDT dentre outros documentos técnicos e normativos emitidos ou indicados pelo Ministério da Saúde.” (BRASIL, 2024b)

Sendo assim, verifica-se que a preocupação com a disponibilização de medicamentos no SUS é uma realidade, uma vez que muitos medicamentos considerados essenciais ao CP não constam na atual Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) ou se encontram ofertados de forma mais restritiva em Protocolos Clínicos, como é o caso dos opioides no tratamento da dor (atual PCDT dor crônica), o que limita o acesso a esses recursos terapêuticos essenciais para o controle da dor e o sofrimento a ela associado.

Convém esclarecer que a organização da Assistência Farmacêutica, no âmbito do SUS, é dividida em 03 (três) componentes, quais sejam: Componente Estratégico, Componente Especializado e Componente Básico.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) caracteriza-se pela garantia do acesso a medicamentos, imunobiológicos e demais insumos em saúde para tratamento de doenças de perfil endêmico, com impacto socioeconômico e outras consideradas como de caráter estratégico pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS.

Os medicamentos deste componente são utilizados para o tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenha protocolo e normas estabelecidas e/ou que tenham impacto socioeconômico. São adquiridos pelo MS e distribuídos aos estados e/ou municípios de acordo com programação informada por estes.

A SES-RJ é responsável pelo fornecimento dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aos usuários exclusivamente cadastrados, de acordo com os critérios específicos de inclusão definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

Já os medicamentos que integram o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), cuja responsabilidade pela execução é descentralizada, cabe ao ente municipal a seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque, prazos de validade, distribuição e dispensação, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação CIB-RJ nº 8.182, de 08 de fevereiro de 2024 e Resolução SES nº 3292, de 04/04/2024). Neste caso, os usuários devem se dirigir à Unidade de Saúde Municipal para acesso aos medicamentos que compõem o CBAF.

A lista apresentada a seguir foi elaborada em caráter de contribuição pelo GT Fármacos composto por membros do GTI e da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos. Apresenta a correlação do medicamento, já existente na RENAME e foi denominada neste plano como Lista Mínima de Medicamentos para Uso em Cuidados Paliativos (LMiniCP).

7.1.1. LISTA MÍNIMA DE MEDICAMENTOS PARA USO EM CUIDADOS PALIATIVOS - LMiniCP

- ANALGÉSICOS

Analgésicos não Opioides		
Medicamentos	Sintomas	Rename
Dipirona 500mg	Dor e Febre	Componente básico
Dipirona Sódica gotas 500mg/ml		Componente básico
Paracetamol 500mg		Componente básico
Paracetamol Solução oral 200mg/ml		Componente básico
Ibuprofeno 300mg e 600mg		Componente básico

Opioides fracos		
Medicamentos	Sintomas	Rename
Fosfato de Codeína 30mg	Dor moderada	Componente especializado Paciente com dor crônica
Fosfato de Codeína Solução oral 3mg/ml		Componente especializado Paciente com dor crônica

Opioides fortes		
Medicamentos	Sintomas	Rename
Sulfato de morfina 10mg e 30mg	Dor intensa e dispneia	Componente especializado Paciente com dor crônica
Sulfato de morfina liberação prolongada 30mg, 60mg e 100mg		Componente especializado Paciente com dor crônica
Metadona 5mg e 10mg	Dor intensa	Componente especializado Paciente com dor crônica

- ADJUVANTES DA DOR

Antidepressivos		
Medicamentos	Sintomas	Rename
Fluoxetina 20mg	Tristeza/ depressão/*dor crônica neuropática	Componente básico
Amitriptilina 25mg*		Componente básico

Anticonvulsivantes		
Medicamentos	Sintomas	Rename
Gabapentina 300mg e 400mg	Dor neuropática	Componente especializado Paciente com dor crônica
Carbamazepina 200mg		Componente básico

Outros adjuvantes		
Medicamentos	Sintomas	Rename
Dexametasona e 4mg	Corticosteroide	Componente básico
Carbamazepina 200mg		Componente básico

- ANTICONVULSIVANTES

Medicamentos	Sintomas	Rename
Fenitoína 50mg	Convulsão	Componente básico
Carbamazepina 200mg		Componente básico
Fenobarbital 100mg		Componente básico

- ANSIOLÍTICOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Diazepam 5mg e 10mg	Ansiedade Dificuldade de dormir	Componente básico
Clonazepam gotas 2,5mg/ml		Componente básico

- ANTIPSICÓTICOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Haloperidol 1mg e 5mg	Agitação/ Delirium/*náusea e vômitos	Componente básico
Haloperidol gotas 2mg/ml		Componente básico
Clorpromazina 25mg		Componente básico
Quetiapina 25mg		Componente especializado
Risperidona 1mg		Componente especializado

- ANTIEMÉTICOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Metoclopramida 10mg	Náusea/Vômitos	Componente básico
Ondansetrona 8mg		Componente básico

- LAXATIVOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Óleo mineral	Constipação intestinal	Componente básico
Lactulose solução oral 667mg/ml		Componente básico
Supositório de glicerina adulto e infantil		

- PROTETORES GÁSTRICOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Omeprazol 20mg	Desconforto	Componente básico

- ANTI-HEMORRÁGICOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Ácido tranexâmico 250mg	Sangramento	Componente estratégico

- DIVERSOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Brometo de Ipratrópio gotas 0,25mg/ml	Antiespasmódico e anticolinérgico	Componente estratégico
Metronidazol 250mg	Controle de odor em feridas	Componente básico
Metronidazol 100mg/ml gel vaginal		Componente básico
Dexametasona 4mg	Adjuvante da dor Anorexia, Náusea/ vômito, Fadiga	Componente básico

A seguir, a título de contribuição, apresentamos uma lista de medicamentos que, embora não integrem o RENAME, são de extrema utilidade para a qualidade da assistência do cuidado paliativo. Caso seja de interesse dos municípios, poderão incluí-los nos respectivos planejamentos de gestão e orçamentários, para fins de aquisição, distribuição e dispensação.

7.1.2. LISTA DE MEDICAMENTOS PARA USO EM CUIDADOS PALIATIVOS QUE NÃO COMPÕEM A RENAME

- ANALGÉSICOS

Opioides fracos		
Medicamentos	Sintomas	Rename
Tramadol 50mg	Dor moderada	Não
Tramadol gotas 100mg/ml		Não

- ADJUVANTES DA DOR

Antidepressivos		
Medicamentos	Sintomas	Rename
Venlafaxina 75mg*	Tristeza/ depressão/*dor crônica neuropática	Não
Citalopram 20mg*		Não
Sertralina 50mg		Não

- ANSIOLÍTICOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Alprazolam 0,5mg	Ansiedade Dificuldade de dormir	Não

- ANTIEMÉTICOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Bromoprida 10mg	Nausea/Vômitos	Não
Bromoprida gotas 4mg/ml		Não
Difenidramina 25mg		Não

- LAXATIVOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Bisacodil 5mg	Constipação intestinal	Não

- ANTIDIARREICOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Loperamida 2mg	Diarreia	Não

- ANTI-HEMORRÁGICOS

Medicamentos	Sintomas	Rename
Ácido aminocaproico 500mg	Sangramento	Não

- DIVERSOS

Antidepressivos		
Medicamentos	Sintomas	Rename
Escopolamina 10mg	antiespasmódico e anticolinérgico	Não
Escopolamina gotas 10mg/ml		Não
Dextrana + Hipromelose 1+3mg/ml colírio	Lubrificante ocular	Não

Saliva artificial	Xerostomia	Não
Metronidazol 0,8% gel	Controle de odor em feridas	Não

No que diz respeito a uma assistência farmacêutica, integrada, contínua e colaborativa aos pacientes em CP no Estado do Rio de Janeiro objetivando a qualidade da assistência e usufruindo dos benefícios dos medicamentos com dignidade, conforto e segurança, propomos as seguintes estratégias:

7.2. Avaliação multidisciplinar de necessidades de medicamentos

A atuação do farmacêutico junto às EACP e EMCP, na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) favorece o manejo adequado da dor e demais sintomas complexos como náuseas, dispneia, fadiga e depressão por meio da escolha das melhores opções terapêuticas disponíveis, sobretudo em situações desafiadoras como, por exemplo: pacientes em uso de sondas para alimentação e administração de medicamentos e pacientes que necessitam de medicamentos pela via subcutânea (hipodermóclise).

7.3. Acesso aos medicamentos

Tendo em conta as considerações trazidas na PNCP quanto às ações de assistência farmacêutica (utilização de medicamentos que estão na RENAME e de PCDTs criados pelo MS), já existe um fluxo proposto para acesso aos medicamentos, através do CBAF e do CEAF, conforme publicizado nos site do Ministério da Saúde (Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos — Ministério da Saúde) e Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (Saúde RJ - Subsecretaria de Atenção à Saúde - Medicamentos - Comunicados).

Porém, vale destacar que o fornecimento regular e sustentável de medicamentos considerados essenciais para CP (em especial os opioides) deve ser assegurado por meio de políticas públicas que garantam a disponibilidade e acessibilidade aos tratamentos necessários.

7.4. Uso de tecnologia e telemedicina

É importante que os municípios invistam na implementação de sistemas de informação e tecnologia para facilitar a prescrição eletrônica, monitoramento remoto de sintomas e orientação farmacêutica à distância, permitindo o acompanhamento farmacêutico contínuo e eficaz dos pacientes.

7.5 Ações de educação em saúde

Fornecer orientações aos pacientes e seus familiares sobre o uso correto dos medicamentos e como lidar com possíveis efeitos adversos, incentivando o autocuidado e a participação ativa no tratamento.

7.6. Acompanhamento e monitoramento do uso dos medicamentos

À gestão estadual caberá a definição dos indicadores de processo e de resultados para acompanhar e monitorar o uso de medicamentos em cuidados paliativos, identificar padrões de prescrição e garantir a conformidade com as diretrizes estabelecidas.

Vislumbra-se a elaboração do Guia Farmacoterapêutico de Cuidados Paliativos com orientações sobre o uso racional dos medicamentos da LMiniCP e dos outros medicamentos sugeridos aos municípios, a fim de garantir que os profissionais de saúde (prescritores e demais integrantes da equipe multidisciplinar) estejam alinhados quanto às melhores práticas no uso destes medicamentos.

8. Orientações para a Rede de Atenção à Saúde no Atendimento em Cuidados Paliativos

A Portaria SAES/MS N° 2.085, de 9 de setembro de 2024, estabelece normas para registro das equipes de Cuidados Paliativos no CNES, colocando que as EACPs e EMCPs deverão ser registradas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios, Hospitais, Pronto Atendimento ou Unidades de Atenção Domiciliar, informando a atividade Cuidados Paliativos como secundária, de forma a identificar a atuação das equipes no estabelecimento de saúde que estarão vinculadas.

A Portaria também inclui os seguintes procedimentos:

- No CNES:
 - 1- Serviço especializado 171 - Cuidados Paliativo, na Tabela de Serviço Especializado;
 - 2- 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):

1- Cuidados Paliativos e as Formas de Organização (01 - Ações Assistenciais e 02 - Ações Matriciais) no Grupo 03 - Procedimentos Clínicos do Subgrupo 11 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

2- Procedimento (03.11.01.001-6) - Atendimento Multiprofissional em Cuidados Paliativos na Atenção Especializada, para intervenção multiprofissional no contexto de cuidados paliativos na atenção especializada, voltada para o controle de sintomas e para preservação da qualidade de vida da pessoa cujo adoecimento ou situação ameaça a continuidade da vida. inclui avaliação abrangente da pessoa cuidada e família, nas dimensões física, psicoemocional, social e espiritual; por meio de escuta qualificada e comunicação aberta para elaboração de plano de cuidados paliativos com tomada de decisões compartilhadas.

3- Procedimento (03.11.01.002-4) - Atendimento Multiprofissional em Cuidados Paliativos na Atenção Primária, para intervenção multiprofissional no contexto de cuidados paliativos na atenção primária à saúde (APS), voltada para o controle de sintomas e para preservação da qualidade de vida da pessoa cujo adoecimento ou situação ameaça a continuidade da vida. inclui avaliação abrangente da pessoa cuidada e família, nas dimensões física,

psicoemocional, social e espiritual; por meio de escuta qualificada e comunicação aberta para elaboração de plano de cuidados paliativos com tomada de decisões compartilhadas;

4- Procedimento (03.11.02.001-1) - Atividade de Apoio Matricial em Cuidados Paliativos, para ações de apoio matricial a equipes dos pontos de atenção da rede de atenção à saúde para a realização de cuidados paliativos envolvendo pacientes; inclui suporte técnico, discussão para condução de caso e/ou atuação conjunta para cuidados paliativos em intercorrências e ações assistenciais complexas ou intensivas. pode acontecer durante atendimento de paciente ou em momento distinto.

5- Procedimento (03.11.02.002-0) - Atividade Educativa em Cuidados Paliativos com Profissionais da RAS, para ações de formação em cuidados paliativos com profissionais das equipes dos pontos de atenção da ras; inclui abordagem de temas técnicos de cuidados paliativos na forma de capacitações, treinamentos, seminários, discussões de casos, rodas de conversa e outras, em modo presencial, podendo incluir participantes adicionais em modo remoto. deve-se registrar o número de atividades realizadas no mês.

6- Procedimento (03.11.02.003-8) - Atividade Educativa em Cuidados Paliativos com Grupo de Familiares de Pacientes, para ações educativas com grupo de familiares de pacientes em cuidados paliativos realizadas nas unidades de saúde ou na comunidade podendo abordar temas técnicos e/ou trocas de experiências pessoais dos familiares. recomenda-se o mínimo de 10 (dez) participantes. deve-se registrar o número de atividades realizadas no mês.

7- Procedimento (03.11.02.004-6) - Atividade Educativa em Cuidados Paliativos com a Comunidade, para ações educativas realizadas na unidade de saúde ou espaços do território com grupos de pessoas da comunidade sobre temas de cuidados paliativos, na forma de palestras, reuniões, oficinas, aulas, eventos culturais ou outras. Inclui ações de apoio à formação e desenvolvimento de comunidades compassivas. deve-se registrar o número de atividades realizadas no mês.

Observação:

Para maiores esclarecimentos e para consulta a descrição dos procedimentos em cuidados paliativos incluídos, consulte Portaria SAES/MS Nº 2.085, de 9 de setembro de 2024 (<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-2.085-de-9-de-setembro-de-2024-585905940>)

8.1. Atenção Primária à Saúde

A APS tem importante papel nas RAS, é a coordenadora da assistência, possui atributos que a qualificam para prestação de cuidados, acompanhando o indivíduo durante todo seu percurso terapêutico no sistema de saúde. Quando articulada com a desospitalização em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a APS propicia a continuidade do cuidado com abordagem paliativa de modo integrado com os diferentes pontos de atenção, seja de forma vertical, entre a APS e os demais níveis do sistema, ou horizontalmente, com a articulação entre a própria equipe da APS, os serviços de saúde e os equipamentos sociais (BRASIL, 2020).

É atribuição da atenção primária acompanhar os pacientes em cuidados paliativos, prevalecendo o cuidado longitudinal com retaguarda dos demais pontos da rede de atenção. As equipes de

atenção primária têm papel importante na assistência de cuidados paliativos e, em geral, estão mais próximas das pessoas que os serviços especializados.

Orientação:

- Orienta-se que ao habilitar e implementar a Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos no território, o gestor municipal aloque equipes em unidades de saúde da APS, contribuindo assim para a atuação em rede e garantindo a transição e continuidade do cuidado para pacientes em Cuidados Paliativos.

- Da mesma forma, ao gestor estadual deverá compor, habilitar e implementar Equipe Matricial de Cuidados Paliativos com pelo menos 01 equipe alocada na APS, para realizar apoio aos municípios na atuação em cuidados paliativos e capacitação em cuidados paliativos para profissionais de saúde da APS.

8.2. Urgência e Emergência

Na atenção ao paciente em Cuidados Paliativos, qualquer que seja a fase da doença, é fundamental que a equipe de saúde tenha clareza do problema, das necessidades, da evolução em que se encontra e a possibilidade de antever e prevenir novas crises.

É importante que o paciente tenha um plano de cuidados que deve ser claro e com informações que possibilite que o tratamento proposto possa ser continuado por toda a rede assistencial, inclusive em unidades de emergência e hospitais gerais onde o paciente poderá ser atendido por outras equipes.

O Serviço de Urgência, conforme estabelece a PNCP, prestará cuidados paliativos para alívio dos sintomas agudizados, garantindo o conforto e a dignidade da pessoa, assim como de seus familiares e cuidadores, nas suas diversas modalidades e considerando as particularidades de atendimentos da rede.

Orientação:

Os gestores municipais e estadual, conforme suas competências e dentro dos limites orçamentários, deverão:

- Disponibilizar transporte sanitário para garantir cuidado digno e deslocamento adequado, em tempo oportuno;

- Realizar remoção da pessoa de um ponto de atenção, domicílio ou via pública para outro ponto de atenção da RAS, considerando a regulação médica e com foco na promoção do conforto, desde que decidido em conjunto com a pessoa e/ou família por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192;

- Realizar atendimentos de intercorrências de agravamento de sintomas, processo ativo de morte e óbito domiciliar pelo SAMU 192 visando o controle de sintomas, conforto da pessoa e apoio ao processo de morte e luto familiar, em especial no período noturno e finais de semana, garantindo a atestação do óbito em documentação regulamentada, e;

- Ofertar tratamento de pessoas em situação de cuidados paliativos para alívio da dor e demais sintomas não controlados em domicílio ou ambulatório pelas Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h.

8.3. Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar integra um conjunto de ações de saúde prestadas em domicílio (prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde) organizado como SAD, buscando garantir a continuidade de cuidados e ações articuladas às demais unidades e serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016).

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. Será indicada para pessoas que necessitem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio ofertada por equipes da atenção primária ou de Serviços de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa, atuando em articulação com a família, RAS e comunidade do território, de forma que o domicílio seja o principal local de cuidado.

Orientação:

- Orienta-se que ao habilitar e implementar a Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos no território, o gestor municipal, aloque equipes em serviços de atenção domiciliar, devendo atuar de forma integrada com as equipes de outros pontos de atenção 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.

BRASIL. Ministério da Saúde **lança política inédita no SUS para cuidados paliativos.** Distrito Federal, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-lanca-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos>

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 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 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. 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. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estimativas da população: Tabelas 2024** [banco de dados eletrônico]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Macrorregiões e Regiões de Saúde** [banco de dados eletrônico]. Disponível em https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_MACRORREGIOES/SEIDIGI_DEMAS_MACRORREGIOES.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **CNES - Recursos Físicos** [Banco de dados eletrônico]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cnes-recursos-fisicos>.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **CNES - Consulta Equipes** [Banco de dados eletrônico]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Renome 2022** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 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** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

CASTRO, et al., Cuidados Paliativos na formação médica: percepção dos estudantes. **Revista brasileira de educação médica**. v. 46, nº 1, p. 1-8, 2022.

CEZAR, V.S. et al. Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma Proposta de Pesquisa-Ação. **Revista Cuidado é Fundamental**. 2019. n. 11, 324-332.

COBO, V.A. et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 39, nº 97, p. 225-35, 2019.

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.

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 MGR, SILVA AE, COELHO LP, MARTINS MR, SOUZA MT, TROTTE LAC. Slum compassionate community: expanding access to palliative care in Brazil. **Rev Esc Enferm USP**. 2023;57:e20220432. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0432en>

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. 179-89, 2011.

RIO DE JANEIRO, Lei nº 8425, 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.* 2023, 69, e213700.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Resolução SES nº 2980 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 ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Resolução SES nº 3252 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. 2023

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, 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). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=33&VMun=&VComp=202409



ANEXOS

Anexo 1

Número de habitantes por região de saúde e número de EMCP propostas para a habilitação.

Região de saúde	População	Nº EMCP propostas
Baía da Ilha Grande	270.358	1
Angra dos Reis	179.120	
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 Piraí	98.501	
Barra Mansa	181.688	
Itatiaia	32.694	
Pinheiral	25.085	
Piraí	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	
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	
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

*População baseada na estimativa de população por municípios, a partir do Censo de 2023 (BRASIL, 2024c)

Anexo 2

Distribuição de leitos SUS por município do estado do RJ

Região de Saúde/ Município	Qtd leito SUS	Nº EACP propostas
Baía da Ilha Grande	324	0
Angra dos Reis	196	0
Paraty	64	0
Mangaratiba	64	0
Baixada litorânea	899	2
Armação dos Búzios	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	1
Paracambi	57	0
Três Rios	77	0
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
Pirai	43	0
Volta Redonda	492	1
Quatis	33	0
Porto Real	54	0
Resende	159	0
Valença	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 Iguaçu	630	1
Rio de Janeiro	8140	20
Mesquita	113	0
Queimados	121	0
Nilópolis	147	0
Metropolitana II	2159	5
Itaboraí	40	0
Maricá	302	0
Niterói	887	2
Rio Bonito	631	1
São Gonçalo	631	1
Silva Jardim	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
São 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

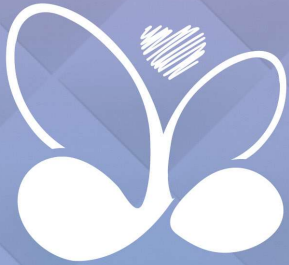


Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO





Política Estadual de Cuidados Paliativos

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

