

Nº 113 - DOU – 14/06/2024 - Seção 1 – p.281

**Ministério da Saúde**  
**Gabinete da Ministra**

**PORTARIA GM/MS Nº 3.681, DE 7 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 nº 2, de 28 de setembro de 2017.

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Esta Portaria altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º A Seção I do Capítulo I da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 2017, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 2º .....

VIII - Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP, na forma do Anexo XLIV.

..... " (NR)

Art. 3º A Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 2017, passa a vigorar acrescida do Anexo XLIV, na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**NÍSIA TRINDADE LIMA**

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - PNCP

(Anexo XLIV à Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Para os fins deste Anexo, compreende-se como cuidados paliativos as ações e os 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.

§ 2º As ações e serviços públicos de saúde de que trata o § 1º abrangem abordagens de tratamento e prevenção destinadas tanto à pessoa cuidada quanto aos seus familiares e cuidadores.

Art. 2º São princípios da PNCP:

I - valorização da vida e consideração da morte como um processo natural;

II - respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada;

III - respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema;

IV - oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida;

V - início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida;

VI- início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença;

VII - promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social;

VIII - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer;

IX - promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto;

X - prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar;

XI- comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pessoas cuidadas, familiares, cuidadores e profissionais; e

XII - observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.

§ 1º No âmbito dos cuidados paliativos, as dimensões de que trata o inciso VII do caput podem ser compreendidas da seguinte forma:

I - física: compreende ações de tratamento e gerenciamento de sintomas como dor, dispneia, desconforto e náuseas, por meio do uso de medicamentos em tempo oportuno e dosagem adequada, técnicas não farmacológicas e abordagens terapêuticas para fornecer conforto à pessoa;

II - psicoemocional: suporte psicológico e emocional à pessoa cuidada, bem como aos seus familiares e/ou cuidadores, de forma contínua e humanizada, por meio de comunicação empática, escuta ativa e outras ações para promover o alívio do sofrimento;

III - espiritual: identificação do desejo da pessoa de comunicar suas necessidades espirituais, por meio de escuta competente e sensível, facilitando a discussão sobre questões espirituais e existenciais e, conforme o caso e a disponibilidade, viabilizando a assistência espiritual de acordo com a crença e a vontade da pessoa; e

IV - social: compreende ações para preservar a inserção e o convívio social da pessoa, viabilizando o acesso a todos os recursos necessários para que possa seguir com o seu tratamento e ter uma boa qualidade de vida com respeito à sua autonomia.

§ 2º A DAV de que trata o inciso XII do caput compreende o testamento vital ou outro documento em que haja registro expresso das preferências da pessoa com relação a tratamentos ou outras medidas de cuidado quando em condições de saúde irreversíveis e potencialmente terminais.

Art. 3º São diretrizes da PNCP:

I - ampliação dos cuidados paliativos e acesso universal a eles em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde - RAS, 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 transparente, 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 - estímulo a práticas de gestão e de processos de trabalho que assegurem a inserção das ações de cuidado paliativo em toda a RAS;

IX- estímulo ao uso de soluções de telessaúde visando assegurar a continuidade do cuidado e evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários à pessoa cuidada;

X - estímulo à elaboração de um conjunto de medidas e recursos sociofamiliares que preservem ao máximo a autonomia da pessoa em seu modo de viver;

XI - estímulo à adoção de estratégias de educação em cuidados paliativos;

XII - estímulo à participação da sociedade e à atuação do controle social, por meio dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no processo de implementação, monitoramento e avaliação da PNCP;

XIII - incentivo e apoio ao desenvolvimento de comunidades compassivas, reforçando o papel de articuladoras no território;

XIV- reconhecimento e respeito às diversidades socioculturais e aos diversos modos de vida, promovendo o enfrentamento do racismo estrutural, da aporofobia e do capacitismo; e

XV - 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.

Parágrafo único. As comunidades compassivas de que trata o inciso XIII do caput são iniciativas de cunho voluntário e comunitário destinadas a apoiar pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida e seus familiares, ampliando o acesso aos cuidados paliativos.

Art. 4º São objetivos da PNCP:

I - integrar os cuidados paliativos à RAS, com ênfase na atenção primária;

II - promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas em cuidados paliativos, por meio de atenção à saúde segura e humanizada;

III - ampliar a disponibilidade de medicamentos que promovam o controle seguro dos sintomas da pessoa em cuidados paliativos;

IV - estimular a formação, a educação continuada, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em cuidados paliativos no âmbito do SUS; e

V - promover a conscientização e a educação sobre cuidados paliativos na sociedade.

## CAPÍTULO II

### DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA PNCP

Art. 5º No âmbito da PNCP, as ações e os serviços assistenciais de cuidados paliativos deverão ser ofertados em todos os pontos de atenção da RAS, para todas as pessoas que tenham indicação, o mais precocemente possível.

Parágrafo único. Para os fins do disposto no caput, as equipes assistenciais dos pontos de atenção da RAS contarão com o apoio de Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos - EMCP e de Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos - EACP, conforme Seção III deste Capítulo.

Art. 6º A PNCP contemplará ações de estímulo à educação em cuidados paliativos com incentivo:

I - à formação e educação continuada de profissionais da RAS; e

II - à realização de atividades educativas direcionadas à população em geral.

Art. 7º 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; e

II - a utilização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Assistenciais - PCDT dentre outros documentos técnicos e normativos emitidos ou indicados pelo Ministério da Saúde.

## SEÇÃO I

### Das atribuições das equipes assistenciais

Art. 8º No contexto dos cuidados paliativos, as equipes assistenciais e respectivos profissionais dos pontos de atenção da RAS devem:

I - realizar avaliações abrangentes da pessoa cuidada para promoção do alívio da dor e outros sintomas, considerando suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais, espirituais e sociais;

II - elaborar plano de cuidados paliativos para execução continuada e integrada à RAS, com navegação do cuidado, conforme o caso;

III - realizar controle de sintomas físicos, em tempo oportuno, promovendo o máximo de conforto e qualidade de vida à pessoa;

IV - realizar escuta qualificada das necessidades espirituais e providenciar a assistência desejada, conforme a crença e a vontade da pessoa;

V - manter comunicação aberta com a pessoa e sua família ou cuidador, favorecendo a troca de informações sobre a condição clínica da pessoa cuidada, opções de cuidados e expectativas quanto ao processo de cuidados paliativos;

VI - atuar para a tomada de decisão compartilhada, manifestação e formalização das preferências da pessoa em cuidados paliativos, por meio de DAV e em conformidade com os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA e da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança;

VII - aplicar protocolos de comunicação envolvendo a pessoa, respeitando suas particularidades e necessidades, bem como seu direito à recusa de tratamentos e procedimentos, à autodeterminação e ao alívio da dor e, quando necessário, acionar o comitê de bioética respectivo, conforme estabelecido pelas normas da instituição e dos Conselhos Profissionais; e

VIII - prestar assistência no processo de luto e nos cuidados pós-morte aos familiares da pessoa cuidada.

Parágrafo único. Para os fins do disposto no inciso II do caput, a navegação do cuidado compreende as ações realizadas pelos profissionais das equipes de saúde para apoio à pessoa e família na superação de eventuais barreiras no itinerário terapêutico, evitando interrupções no cuidado.

## SEÇÃO II

### Das competências e atribuições dos pontos de atenção da RAS

Art. 9º No contexto dos cuidados paliativos, são competências e atribuições dos pontos de atenção da RAS:

I - atenção primária: abrange a oferta de um conjunto de ações de saúde em cuidados paliativos, no âmbito individual e coletivo, por meio dos diferentes tipos de equipe existentes, nas unidades básicas de saúde, domicílios e territórios, com fundamento na Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017;

II - atenção domiciliar: indicada para pessoas que necessitam de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou 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, observando-se o Projeto Terapêutico Singular - PTS explícito no prontuário domiciliar;

III - ambulatórios de atenção especializada: deverão ser estruturados para promover cuidado longitudinal conforme momento clínico da doença, podendo ser o ponto de atenção principal do cuidador ou matriciador, auxiliando no controle de sintomas e na melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, de forma integrada aos demais dispositivos da RAS e desde que decidido em conjunto com a pessoa e/ou família;

IV - serviço de urgência: 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, conforme se segue:

a) disponibilização de transporte sanitário para garantir cuidado digno e deslocamento adequado, em tempo oportuno;

b) atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 nos casos de 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;

c) realização de atendimentos de intercorrências de agravamento de sintomas, processo ativo de morte e óbito domiciliar pelo SAMU 192 visando ao 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

d) reconhecimento e 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 e PA;

V - atenção hospitalar: voltado a acolher e direcionar o planejamento do cuidado, incluindo controle de sintomas, construção e revisão do plano avançado de cuidados, acompanhamento do processo ativo de morte, bem como acolhimento e orientações à família durante o processo da doença e luto; e

VI - unidades e hospitais especializados em cuidados prolongados: devem realizar a abordagem em cuidados paliativos para as pessoas sob seus cuidados que atendam critérios de elegibilidade.

Parágrafo único. A equipe de atenção primária poderá realizar os cuidados paliativos de forma integrada com os outros pontos de atenção da RAS, utilizando-se do mesmo plano de cuidado.

### SEÇÃO III

Das equipes matriciais e assistenciais de cuidados paliativos

Art. 10. Serão implementadas equipes matriciais e assistenciais de cuidados paliativos, distribuídas de acordo com as regiões/macrorregiões de saúde, conforme descrito nesta Seção.

Parágrafo único. A PNCP contará com dois tipos de equipes de cuidados paliativos:

I - Equipe Matricial de Cuidados Paliativos - EMCP; e

II - Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos - EACP.

Subseção I

Da EMCP

Art. 11. A EMCP se constituirá 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 na atuação em cuidados paliativos, por meio de ações matriciais de sensibilização, capacitação e responsabilização.

§ 1º As EMCP 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.

§ 2º A EMCP deverá estar vinculada a um ponto de atenção da RAS do seu território de atuação, dispondo, durante todo o horário de funcionamento, de infraestrutura física com sala de comunicação equipada com telefone e internet para toda a equipe, para a realização de ações contínuas de telessaúde e, conforme o caso, transporte para ações no território.

Art. 12. As EMCP têm como atribuição oferecer, em caráter regular e sistemático, para todos os pontos de atenção da RAS do seu território de abrangência, as seguintes ações de apoio matricial em cuidados paliativos:

I - telematriciamento, teleconsultoria, teleinterconsulta, telediagnóstico, telerregulação assistencial, segunda opinião formativa e teleducação;

II - suporte técnico em cuidados paliativos nas situações de intercorrências;

III - estratégias de educação permanente em cuidados paliativos para equipes de saúde e população geral; e

IV - 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.

Art. 13. A EMCP terá a seguinte composição com carga horária semanal - CHS mínima, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO:

I - 40 (quarenta) horas para profissionais médicos;

II - 30 (trinta) horas para profissionais enfermeiros;

III - 30 (trinta) horas para profissionais assistentes sociais; e

IV - 30 (trinta) horas para profissionais psicólogos.

§ 1º A carga horária semanal mínima de que tratam os incisos do caput deve ser observada, independentemente do número de profissionais de cada categoria.

§ 2º As EMCP poderão ser acrescidas de um profissional médico pediatra, com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas.

§ 3º Na hipótese do § 2º, haverá acréscimo no incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, nos termos do Capítulo V deste Anexo.

§ 4º A carga horária do profissional da EMCP será exclusiva para atuação na equipe, não podendo ser cumulativa com a do estabelecimento a que a equipe estiver vinculada.

§ 5º As jornadas de trabalho dos profissionais das EMCP deverão ser estruturadas de forma a proporcionar retaguarda aos serviços por elas matriciados.

§ 6º Outros profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, cirurgião dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo e nutricionista poderão ser incluídos nas EMCP, conforme necessidade e disponibilidade local.

#### Subseção II Da EACP

Art. 14. A EACP se constituirá 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.

§ 1º As EACP poderão estar vinculadas a hospitais, unidades de urgência, ambulatórios de atenção especializada ou serviços de atenção domiciliar, devendo atuar de forma integrada com as equipes dos serviços.

§ 2º As EACP terão território de atuação na proporção de uma equipe para cada 400 (quatrocentos) leitos SUS habilitados.

§ 3º As EACP deverão ser implementadas por meio de formação e habilitação específicas, visando garantir acesso de qualidade e humanizado aos cuidados paliativos no âmbito da RAS, de forma integrada com a atenção primária.

Art. 15. As EACP deverão realizar, em caráter de retaguarda assistencial, para os estabelecimentos do seu território de atuação, as ações e os serviços descritos no art. 8º deste Anexo.

Art. 16. A EACP terá a seguinte composição com CHS mínima, conforme a CBO:

I - 20 (vinte) horas para profissionais médicos;

II - 30 (trinta) horas para profissionais enfermeiros;

III - 30 (trinta) horas para profissionais assistentes sociais;

IV - 30 (trinta) horas para profissionais psicólogos; e

V - 90 (noventa) horas para profissionais técnicos de enfermagem.

§ 1º A carga horária semanal mínima de que tratam os incisos do caput deve ser observada, independentemente do número de profissionais de cada categoria.

§ 2º A carga horária do profissional da EACP será exclusiva para atuação na equipe, não podendo ser cumulativa com a do estabelecimento a que a equipe estiver vinculada.

§ 3º As jornadas de trabalho dos profissionais das EACP deverão ser estruturadas de forma a proporcionar horizontalidade nos cuidados paliativos.

§ 4º Outros profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, cirurgião dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista e profissional destinado à assistência espiritual poderão ser incluídos nas EACP, conforme necessidade e disponibilidade local.

### CAPÍTULO III

#### DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNCP

Art. 17. Compete aos gestores do SUS, em suas respectivas esferas de atuação, a implementação da PNCP, mediante planejamento, coordenação, execução e avaliação das ações, serviços e equipes de que trata o Capítulo II.

Parágrafo único. Para apoiar a implementação da PNCP, o Ministério da Saúde destinará recursos financeiros aos fundos de saúde estaduais, municipais e distrital, nos termos do Capítulo VI.

Art. 18. Compete às secretarias municipais de saúde:

I - propor habilitação e gerir as EACP do seu território;

II - organizar, executar e gerenciar as ações e serviços de cuidados paliativos, de forma universal, integral e equitativa, dentro do seu território;

III - garantir os recursos materiais, equipamentos e insumos necessários ao funcionamento das EACP para a execução do conjunto de ações propostas;

IV- prover condições essenciais de trabalho e monitorar a atuação e o funcionamento das EACP;

V - implementar no território espaços de respiro de forma a proporcionar momentos de autocuidado, relaxamento e descanso aos cuidadores, podendo ser ofertados tanto pela própria equipe quanto por Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS, Organizações não Governamentais - ONGs, dentre outras instituições públicas ou privadas;

VI - promover a integração das comunidades do território na cultura e execução dos cuidados paliativos, tendo como referência as comunidades compassivas;

VII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da PNCP; e

VIII - realizar a inclusão e verificação da qualidade e consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, bem como a disponibilização e análise para uso no planejamento de ações de avaliação de resultados.

Art. 19. Compete às secretarias estaduais e distrital de saúde:

I - propor habilitação e gerir as EMCP do seu território;

II - pactuar na Comissão Intergestores Bipartite - CIB ou, no caso do Distrito Federal, no Colegiado de Gestão SES-DF, estratégias, diretrizes e normas para implantação e implementação da PNCP;

III - credenciar, habilitar e monitorar os serviços em conformidade com as normativas vigentes, bem como prestar informações aos órgãos de controle quando solicitado;

IV - constituir, prover condições de trabalho e monitorar a atuação das EMCP;

V - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da PNCP;

VI - promover ações de capilarização dos cuidados paliativos por meio de transparência ativa, divulgação dos serviços prestados e educação permanente ofertada em conjunto com escolas de saúde públicas, universidades e outras instituições; e

VII - fomentar a participação popular na disseminação da cultura dos cuidados paliativos.

Art. 20. Compete ao Ministério da Saúde:

I - homologar as habilitações das equipes da PNCP realizadas pelos estados e Distrito Federal;

II - monitorar indicadores epidemiológicos e avaliar a eficácia da PNCP;

III - destinar recursos financeiros aos entes federativos que tiverem equipes da PNCP habilitadas e homologadas;

IV - organizar e ofertar ações de educação, formação e informação em cuidados paliativos, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população geral;

V - coordenar as ações dos estados, municípios e Distrito Federal na implementação da PNCP, buscando integração e eficiência do sistema;

VI - estimular a participação popular e o controle social; e

VII- criar e revisar PCDTs e outros documentos norteadores com parâmetros para o acesso a medicamentos no âmbito dos cuidados paliativos.

#### CAPÍTULO IV

#### DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS NA RAS

Art. 21. Os cuidados paliativos deverão ser ofertados na RAS de maneira articulada a outras políticas de saúde e políticas intersetoriais, a fim de garantir:

I - cuidado resolutivo e em tempo oportuno;

II - economia de escala e definição de escopo;

III - qualidade, efetividade, sustentabilidade, continuidade e coordenação do cuidado; e

IV - autocuidado apoiado, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento modificador de doença.

Art. 22. A disposição territorial, o escopo, a escala, o papel e a gestão dos cuidados paliativos na RAS deverão ser resultados de planejamento ascendente e participativo, considerando:

I - as necessidades de saúde da população, bem como os parâmetros tecnoassistenciais, epidemiológicos, ambientais, sanitários, demográficos e socioeconômicos existentes;

II - as características do território e da população adscrita, de forma a assegurar os fluxos assistenciais e promover uma comunicação que viabilize a coordenação do cuidado;

III - a implementação de linhas de cuidado regionais com fluxos assistenciais, pactuação e gestão compartilhada da demanda e oferta, bem como de critérios e mecanismos regulatórios, no âmbito do Planejamento Regional Integrado;

IV - a gestão compartilhada, com ênfase na relação entre o estado e os municípios da região de abrangência da RAS em questão;

V - os processos de pactuação e contratualização custo-efetivos; e

VI - os critérios de monitoramento e avaliação.

Parágrafo único. As instituições que prestarem serviços de cuidados paliativos no âmbito do SUS serão responsáveis por cumprir estritamente o estabelecido na pactuação com o gestor de saúde local, no que se refere a escopo, escala, papel, gestão, padrões de qualidade, promoção da segurança da pessoa cuidada, diretrizes e protocolos clínicos, critérios e mecanismos de acesso, ações de cuidado compartilhado, apoio clínico, telessaúde, dentre outros aspectos.

## CAPÍTULO V

### DO FINANCIAMENTO

#### Seção I

Das disposições gerais

Art. 23. O financiamento das ações e serviços da PNCP será realizado:

I - de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão;

II - de acordo com as normas específicas do SUS; e

III - em observância às necessidades de saúde da população e às dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e do desenho das macrorregiões do país que assegurem a capacidade técnica e de oferta das ações e serviços.

Art. 24. O Ministério da Saúde apoiará a implementação da PNCP por meio:

I - de repasse do incentivo financeiro aos entes federativos que possuem equipes de cuidados paliativos habilitadas e homologadas;

II - de ações de educação permanente aos profissionais de saúde, visando ao provimento, à fixação e à qualificação desses agentes, em especial em territórios mais vulneráveis e com vazios assistenciais; e

III - de outras medidas e ações a serem divulgadas em atos específicos.

#### Seção II

Dos incentivos financeiros para as equipes da PNCP

Art. 25. O financiamento para a implementação das equipes de cuidados paliativos no âmbito da PNCP será composto por recursos direcionados às macrorregiões de saúde, considerando:

I - para habilitação de EMCP o critério populacional por macrorregião de saúde de:

a) uma equipe para até 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e

b) uma nova equipe a cada novos 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e

II - para habilitação de EACP: o critério populacional de uma equipe para cada 400 (quatrocentos) leitos SUS hospitalares e/ou de UPA do território definido por uma ou mais macrorregiões de saúde.

Art. 26. Os valores mensais de custeio para as equipes de cuidados paliativos serão:

I - EMCP: R\$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais);

II - EMCP com pediatra: R\$ 78.000,00 (setenta e oito mil reais); e

III - EACP: R\$ 44.200,00 (quarenta e quatro mil e duzentos reais).

Parágrafo único. Para os municípios e estados localizados na região da Amazônia Legal, será acrescido 30% (trinta por cento) ao valor correspondente, para cada equipe habilitada.

Art. 27. O Fundo Nacional de Saúde - FNS adotará as medidas necessárias à transferência regular e automática do montante estabelecido no art. 27 aos fundos de saúde estaduais, municipais e distrital, em parcelas mensais, mediante processo autorizativo encaminhado pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 28. O recurso orçamentário objeto desta Seção correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.5118.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade - Plano Orçamentário 0000.

### Seção III

Do procedimento de habilitação e homologação das equipes da PNCP

Art. 29. Para os fins deste Capítulo, considera-se:

I - habilitação: ato do gestor estadual ou distrital que atesta o cumprimento dos requisitos de funcionamento dos serviços e/ou da(s) equipe(s), permitindo o seu cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, incluindo o Identificador Nacional de Equipe - INE e o respectivo registro de sua produção no sistema estabelecido para essa finalidade; e

II - homologação: ato do gestor federal que ratifica a habilitação no CNES realizada pelo gestor estadual ou distrital, vinculando recursos financeiros.

Art. 30. A proposta de habilitação das equipes pelos estados deverá contemplar os seguintes requisitos:

I - pactuação em CIB ou CIR, discutida dentro da concepção do Planejamento Regional Integrado, sobre a criação de EMCP e EACP;

II - especificação do número de equipes, observados os critérios e prazos descritos neste Anexo, incluindo os territórios de abrangência; e

III - descrição do serviço ao qual a equipe de cuidados paliativos estará vinculada e sua inserção na RAS, incluindo serviços de referência a serem acionados para assegurar condições e fluxos de:

a) transporte e remoção do usuário, considerando as especificidades locais, inclusive em situações de desospitalização indicadas pelas equipes;

b) cobertura telefônica com infraestrutura adequada para teleatendimento, mobiliários e profissionais capacitados para fornecer informações quando acionados por outros profissionais ou familiares da pessoa cuidada, inclusive nos finais de semana e feriados, no caso das EMCP; e

c) proposta de educação permanente e capacitação para profissionais do serviço ou equipe, familiares, cuidadores e comunidade, indicando periodicidade e temáticas, no caso das EMCP.

Art. 31. O processo de habilitação das equipes de cuidados paliativos ficará sob responsabilidade do gestor de saúde estadual ou distrital e obedecerá ao seguinte rito:

I - solicitação pelo gestor de saúde proponente municipal, estadual ou distrital, acompanhada dos documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos de que trata o art. 30;

II - verificação pelo gestor de saúde estadual ou distrital do cumprimento dos requisitos de que trata o art. 30;

III - publicação da portaria de habilitação pelo gestor estadual ou distrital; e

IV - cadastramento das equipes no CNES pelo gestor de saúde proponente municipal, estadual ou distrital.

Parágrafo único. O gestor local será responsável pelo preenchimento adequado dos sistemas de informação e monitoramento dos indicadores, bem como pela conferência da validação dos dados na base federal.

Art. 32. O processo de homologação dos serviços e/ou equipes de cuidados paliativos ficará sob responsabilidade do gestor federal e obedecerá ao seguinte rito:

I - solicitação pelo gestor de saúde estadual ou distrital, por meio do SAIPS, ou outro sistema vigente para essa finalidade, acompanhada dos documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos de que trata o art. 30;

II - verificação pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde de cumprimento dos requisitos de que trata o art. 30; e

III - publicação da portaria de homologação pelo Ministério da Saúde.

§ 1º A homologação está condicionada à disponibilidade de recursos financeiros do Ministério da Saúde.

§ 2º O recebimento do incentivo de custeio mensal diretamente do FNS, de forma regular e automática, para manutenção dos serviços e/ou equipes efetivamente implantados, ocorrerá somente após a publicação da portaria de homologação pelo Ministério da Saúde.

§ 3º O gestor responsável providenciará a efetiva implantação e início de funcionamento da equipe em até 30 (trinta) dias após a data de publicação da portaria de homologação.

§ 4º A homologação das equipes será válida por três anos, contados da data de publicação da portaria de homologação pelo Ministério da Saúde, podendo ser renovada mediante novo processo e condicionada à apresentação dos seguintes documentos:

I - versão atualizada, há pelo menos três meses, de todos os documentos apresentados no momento da habilitação, conforme descrito no art. 30 deste Anexo; e

II - certificado de curso em cuidados paliativos de todos os profissionais de nível superior das equipes, sendo válidos:

a) curso de aperfeiçoamento em cuidados paliativos, com carga horária total mínima de 180 (cento e oitenta) horas, validado pelo Ministério da Educação;

b) curso de especialização em cuidados paliativos, com carga horária total mínima de 360 (trezentos e sessenta) horas, validado pelo Ministério da Educação; e

c) cursos de trilhas, onde o somatório de módulos totalize 180 horas pela plataforma UNASUS.

## CAPÍTULO VI

### DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 33. A PNCP terá como parâmetro de monitoramento das atividades realizadas pelas EMCP e EACP, para cada equipe habilitada, inclusive para fins de manutenção do repasse de incentivo financeiro, a exigência de:

I - cadastro regular e atualizado no CNES, ou em outro sistema que venha a substituí-lo; e

II - registro regular da produção, no sistema de informação oficial do SUS destinado a essa finalidade.

§ 1º Para fins do disposto no inciso II do caput, o registro da produção se refere às atividades descritas no art. 34 deste Anexo e constantes no referido sistema de informação na forma de procedimentos, devendo:

I - haver o registro de, no mínimo, 40 (quarenta) procedimentos por mês, sob pena de suspensão do repasse do respectivo mês; e

II - não haver interrupção do registro por período superior a 45 (quarenta e cinco) dias, sob pena de desabilitação da equipe, sem prejuízo de nova habilitação, observados os requisitos deste Anexo.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá, a qualquer tempo, solicitar documentos e informações, bem como realizar vistorias remotas ou in loco, para fins de monitoramento dos requisitos de homologação.

Art. 34. A PNCP terá como parâmetro de avaliação de desempenho das EMCP e EACP, para cada equipe habilitada, a realização, dentre outras, das seguintes atividades:

I - cadastro de pessoa em cuidados paliativos em acompanhamento matricial ou assistencial;

II - acompanhamento e assistência em situação de óbito e pós-óbito;

III - registro de DAV;

IV - supervisão de equipes assistenciais;

V - matriciamento de equipes e serviços;

VI - ações de educação, dirigidas à população em geral;

VII - ações de telessaúde; e

VIII - ações de educação continuada para profissionais de saúde.

Art. 35. A Secretaria de Atenção Especializada em Saúde do Ministério da Saúde divulgará, em documentos específicos:

I - parâmetros detalhados para o monitoramento e a avaliação da PNCP, bem como indicadores com fórmula de cálculo; e

II - demais orientações relacionadas à operacionalização das equipes de cuidados paliativos.

**Republicada por ter saído no DOU nº 98, de 22-5-2024, Seção 1, págs. 215-218, com correções no original.**