

**A INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

**INTEGRATION OF PALLIATIVE CARE INTO THE HEALTH CARE NETWORK: A
NARRATIVE REVIEW**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-004>

Maria Vanessa Tomé Bandeira de Sousa

Enfermeira

Universidade Federal do Ceará (UFC)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6515-5793>

Katyna Bezerra Andrade

Enfermeira

Universidade Federal do Ceará (UFC)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7003-0746>

Marcelo Santos Ferreira

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Apoena

E-mail: msferreira30@hotmail.com

Keli Cristine Rodrigues de Sousa

Sanitarista

Faculdade Ateneu

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9158-5265>

Gardênia Vasconcelos Costa

Enfermeira

Universidade Federal do Ceará (UFC)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9562-4299>

Valéria Rocha Mendes Lima

Enfermeira

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

E-mail: enfalearocha@gmail.com

Francisco Luis Rodrigues de Sousa

Tecnólogo em Gestão de Hospitais Universitário

Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: flrs.1234@gmail.com

Cristiane Matos Martins

Bióloga

Universidade Vale do Acaraú (UVA)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6715-2352>

Claudineia Mendonça da Silva Lopes

Enfermeira

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

E-mail: claudineialm@hotmail.com

Maria José Brasileiro da Silva

Graduada em Recursos Humanos

Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: mazebrasileiro@hotmail.com

Resumo

Os cuidados paliativos constituem uma abordagem de atenção à saúde orientada à prevenção e ao alívio do sofrimento de pessoas que enfrentam condições graves que ameaçam ou limitam a continuidade da vida, abrangendo dimensões físicas, psicoemocionais, sociais e espirituais. Este capítulo objetiva discutir, por meio de revisão narrativa da literatura, a integração dos cuidados paliativos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), articulando-a ao referencial dos determinantes sociais da saúde (DSS). Foram consultadas PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, além de documentos técnicos, teóricos e normativos nacionais e internacionais, com atualização da busca em agosto de 2026. O corpus final reuniu 21 referências, sendo 12 artigos científicos e nove documentos ou obras teórico-institucionais. A síntese evidencia que a integração dos cuidados paliativos entre Atenção Primária à Saúde, atenção especializada, hospitalar, domiciliar e serviços de urgência é condição essencial para continuidade, oportunidade e integralidade do cuidado, mas permanece atravessada por desigualdades de renda, escolaridade, raça/cor, território, condições de moradia, disponibilidade de cuidadores e acesso a serviços e medicamentos. No Brasil, a Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída em 2024 e atualizada por atos normativos em 2026, representa avanço relevante na organização dessa atenção no SUS. Conclui-se que a consolidação de uma rede paliativa integral e equânime exige qualificação profissional, fluxos assistenciais bem definidos, integração entre níveis de atenção, suporte às famílias e enfrentamento das iniquidades sociais que condicionam o adoecimento, o cuidado e o processo de morrer.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidados Paliativos; Determinantes Sociais da Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Palliative care is a healthcare approach focused on preventing and relieving the suffering of individuals facing serious, life-threatening, or life-limiting conditions, encompassing physical, psycho-emotional, social, and spiritual dimensions. This chapter aims to discuss, through a narrative literature review, the integration of palliative care into the Health Care Network (RAS), linking it to the framework of social

determinants of health (SDH). PubMed, SciELO, and the Virtual Health Library (BVS) were consulted, along with national and international technical, theoretical, and regulatory documents; the search was updated in August 2026. The final corpus comprised 21 references, including 12 scientific articles and nine theoretical or institutional documents and works. The synthesis highlights that integrating palliative care across primary health care, specialized care, hospital care, home care, and emergency services is essential for ensuring continuity, timeliness, and comprehensiveness of care; however, this process remains affected by inequalities regarding income, education, race/color, territory, housing conditions, caregiver availability, and access to services and medications. In Brazil, the National Palliative Care Policy, established in 2024 and updated by regulatory acts in 2026, represents a significant advancement in organizing this type of care within the Unified Health System (SUS). The study concludes that consolidating a comprehensive and equitable palliative care network requires professional training, well-defined care pathways, integration across levels of care, family support, and efforts to address the social inequities that shape illness, care, and the dying process.

Keywords: Health Care Network; Palliative Care; Primary Health Care; Social Determinants of Health; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

Os cuidados paliativos constituem uma abordagem voltada à promoção da qualidade de vida e ao alívio do sofrimento de pessoas e famílias diante de doenças graves, progressivas ou ameaçadoras da continuidade da vida. O envelhecimento populacional, a maior prevalência de doenças crônicas e o aumento da sobrevida de pessoas com condições complexas ampliam essa necessidade em diferentes sistemas de saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde estimou, em 2024, que aproximadamente 625 mil pessoas necessitavam desse tipo de cuidado, incluindo adultos e crianças, o que evidencia a magnitude da demanda e a necessidade de incorporá-la de forma estruturada às políticas e aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2024a; World Health Organization, 2020).

Nesse cenário, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) constitui modelo organizativo capaz de articular diferentes pontos de atenção - da Atenção Primária à Saúde (APS) à atenção especializada, hospitalar, domiciliar e aos serviços de urgência e emergência - em torno de trajetórias assistenciais contínuas. A incorporação dos cuidados paliativos à lógica da rede, em vez de sua concentração em serviços especializados isolados, favorece coordenação, continuidade e cuidado centrado na pessoa e na família (Mendes, 2011; Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022).

1.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA E JUSTIFICATIVA

Apesar do avanço normativo representado pela Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída em 2024 e atualizada em 2026, a oferta desses cuidados no SUS ainda enfrenta fragmentação assistencial, desigual distribuição territorial de serviços, dificuldades de comunicação entre os pontos da rede e barreiras de acesso relacionadas às condições sociais dos usuários. Estudos sobre APS, integração de serviços e equidade apontam que a identificação tardia das necessidades paliativas, a insuficiência de formação profissional e as desigualdades socioeconômicas podem limitar a continuidade e a oportunidade do cuidado (Justino *et al.*, 2020; Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022; Mitchell *et al.*, 2024).

O problema de pesquisa delimita-se, portanto, à integração dos cuidados paliativos nos diferentes pontos da RAS brasileira e à influência dos determinantes sociais da saúde sobre esse processo. A questão que orienta o capítulo é: como os cuidados paliativos vêm sendo integrados à Rede de Atenção à Saúde no contexto do SUS e de que modo os determinantes sociais da saúde condicionam o acesso, a continuidade e a equidade desse cuidado?

A realização desta revisão justifica-se pela relevância epidemiológica e social do tema, pela recente institucionalização da PNCP e pela necessidade de compreender a implementação dos cuidados paliativos para além da dimensão estritamente clínica. Renda, escolaridade, raça/cor, gênero, território, condições de moradia, transporte e disponibilidade de redes de apoio interferem nas possibilidades concretas de acesso aos serviços, na permanência no domicílio e na participação de pacientes e familiares nas decisões terapêuticas (Dahlgren; Whitehead, 1991; World Health Organization, 2008; Nelson *et al.*, 2021; Rowley *et al.*, 2021). Assim, analisar a integração dos cuidados paliativos sob a perspectiva dos DSS pode contribuir para o planejamento de linhas de cuidado mais equânimes, territorializadas e resolutivas.

1.3 OBJETIVOS

O objetivo geral deste capítulo é discutir a integração dos cuidados paliativos na Rede de Atenção à Saúde à luz dos determinantes sociais da saúde.

Como objetivos específicos, busca-se: recuperar os principais conceitos e marcos históricos dos cuidados paliativos; descrever a organização da RAS e seus pontos de atenção relevantes ao cuidado paliativo; analisar as interfaces entre determinantes sociais da saúde e acesso aos cuidados paliativos; examinar os avanços normativos brasileiros, com destaque para a PNCP; e sistematizar barreiras e estratégias capazes de favorecer uma integração mais equânime, contínua e resolutiva.

1.4 BREVE REVISÃO TEÓRICA

A Organização Mundial da Saúde compreende os cuidados paliativos como abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares por meio da prevenção e do alívio do sofrimento,

com identificação precoce, avaliação adequada e manejo da dor e de problemas físicos, psicossociais e espirituais. O conceito contemporâneo amplia a compreensão de cuidados paliativos para além da terminalidade, defendendo sua oferta de forma precoce e integrada ao tratamento de doenças graves, conforme as necessidades da pessoa (World Health Organization, 2020; Souza *et al.*, 2022).

No campo da organização dos serviços, a RAS pressupõe articulação horizontal entre os pontos de atenção, sistemas de apoio e mecanismos de coordenação, tendo a APS papel estratégico na longitudinalidade e na ordenação do cuidado (Mendes, 2011). Revisões brasileiras ressaltam o potencial da APS para reconhecer precocemente necessidades paliativas, acompanhar famílias e articular cuidados domiciliares e especializados, embora persistam lacunas de formação, protocolos e suporte matricial (Justino *et al.*, 2020; Silva; Nietzsche; Cogo, 2021; Paraizo-Horvath *et al.*, 2022).

A perspectiva dos determinantes sociais da saúde amplia essa análise ao reconhecer que condições econômicas, sociais, culturais e territoriais moldam oportunidades de adoecimento e de cuidado. O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) e o referencial da Organização Mundial da Saúde (2008) permitem compreender que fatores individuais, redes sociais, condições de vida e trabalho e estruturas socioeconômicas mais amplas se articulam na produção de iniquidades. No cuidado paliativo, essas desigualdades podem se expressar em menor acesso a serviços especializados, dificuldades para manter cuidado domiciliar e maior sobrecarga de famílias socialmente vulneráveis (Nelson *et al.*, 2021; Rowley *et al.*, 2021; Algu *et al.*, 2024).

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO E FUNDAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, de natureza teórico-reflexiva, desenvolvido por meio de revisão narrativa da literatura. Essa modalidade foi escolhida por permitir a integração crítica de evidências científicas, referenciais teóricos e documentos normativos relacionados a campos interdisciplinares - cuidados paliativos, organização da Rede de Atenção à Saúde e determinantes sociais da saúde. Diferentemente de uma revisão sistemática, a revisão narrativa não tem como finalidade esgotar todas as publicações disponíveis nem produzir estimativas quantitativas combinadas, mas construir uma síntese interpretativa e contextualizada do conhecimento relevante ao problema investigado (Rother, 2007).

2.2 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA

As fontes de informação incluíram as bases PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de documentos técnicos e normativos do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Mundial da Saúde. A busca foi atualizada em agosto de 2026. Foram realizadas

combinações, em português e inglês, de termos relacionados a “cuidados paliativos”/“palliative care”, “Atenção Primária à Saúde”/“primary health care”, “atenção domiciliar”/“home care”, “Rede de Atenção à Saúde”, “determinantes sociais da saúde”/“social determinants of health”, “desigualdades em saúde”/“health disparities”, “equidade”/“equity” e “acesso aos serviços de saúde”/“health services accessibility”. A estratégia foi adaptada às particularidades de cada fonte, buscando contemplar tanto a organização assistencial quanto as dimensões sociais relacionadas ao acesso aos cuidados paliativos.

2.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E CORPUS DE ANÁLISE

Foram priorizados artigos científicos publicados entre 2020 e 2026 que apresentassem relação direta com pelo menos um dos seguintes eixos: integração dos cuidados paliativos à RAS; atuação da APS; atenção domiciliar; atenção especializada e hospitalar; desigualdades sociais; acesso e equidade; e organização de serviços. Trabalhos clássicos anteriores a esse período foram mantidos quando considerados indispensáveis à fundamentação conceitual e histórica, como o modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead e o referencial de RAS. Documentos normativos vigentes foram incluídos independentemente do ano de publicação. Foram excluídas duplicações e publicações sem relação direta com os objetivos do capítulo.

Por se tratar de revisão narrativa, não houve amostra de participantes humanos nem cálculo amostral. O corpus documental final foi constituído pelas 21 referências efetivamente utilizadas na construção do capítulo: 12 artigos científicos e nove documentos ou obras teóricas, técnicas e institucionais. Essa definição do corpus permite explicitar a base analítica do estudo sem atribuir à revisão narrativa características de exaustividade próprias de revisões sistemáticas.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A técnica de trabalho compreendeu leitura exploratória, leitura analítica e síntese temática das fontes selecionadas. Como instrumento de organização das informações, foi utilizada uma matriz de síntese elaborada para a revisão, contemplando os campos: autoria e ano; natureza da publicação; cenário ou nível de atenção abordado; relação com a RAS; determinantes sociais identificados; barreiras de acesso; estratégias propostas; e principal contribuição para a discussão. O emprego dessa matriz favoreceu a comparação entre publicações de natureza distinta e a identificação de convergências, lacunas e elementos complementares.

2.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E DISCUSSÃO FUNDAMENTADA

A análise foi realizada por agrupamento temático e confronto interpretativo das evidências com os referenciais da RAS e dos determinantes sociais da saúde. O material foi organizado em sete núcleos de

discussão: conceito e evolução dos cuidados paliativos; organização da RAS; determinantes sociais e iniquidades; integração na APS, atenção especializada/hospitalar e atenção domiciliar; evolução normativa da PNCP; barreiras à integração; e estratégias e perspectivas para a consolidação do cuidado paliativo em rede. A discussão buscou relacionar os achados dos estudos às diretrizes do SUS e às mudanças normativas brasileiras, com ênfase em continuidade, integralidade e equidade do cuidado.

A fundamentação metodológica e interpretativa considerou que a integração dos cuidados paliativos é fenômeno simultaneamente clínico, organizacional e social. Por esse motivo, os estudos sobre APS e coordenação assistencial foram analisados em conjunto com evidências sobre pobreza, racismo, território, redes de apoio e condições de cuidado no domicílio, evitando uma leitura exclusivamente biomédica do problema (Nelson *et al.*, 2021; Rowley *et al.*, 2021; Mitchell *et al.*, 2024; Algu *et al.*, 2024).

2.6 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

A principal limitação decorre da própria natureza narrativa da revisão, que envolve seleção intencional de fontes e síntese interpretativa, sem pretensão de exaustividade. Não foi elaborado fluxograma PRISMA nem contabilizado um universo completo de registros recuperados e excluídos, razão pela qual os resultados não devem ser interpretados como estimativas sistemáticas da totalidade da produção científica. Em contrapartida, a estratégia adotada permitiu articular evidências recentes, referenciais clássicos e documentos normativos vigentes, coerentemente com o objetivo analítico do capítulo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITO, PRINCÍPIOS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A Organização Mundial da Saúde compreende os cuidados paliativos como uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pessoas e familiares que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, com identificação precoce, avaliação adequada e manejo da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. A evolução contemporânea do conceito reforça que o cuidado paliativo não deve ser limitado aos últimos dias de vida, podendo coexistir com terapias modificadoras da doença e ser introduzido conforme as necessidades da pessoa (World Health Organization, 2020; Souza *et al.*, 2022).

O movimento hospice moderno consolidou-se no Reino Unido a partir da década de 1960, fortemente associado ao trabalho de Cicely Saunders e à criação do St. Christopher's Hospice, em 1967. A proposta ampliou o olhar sobre o sofrimento e contribuiu para uma concepção de cuidado que inclui dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. Posteriormente, os cuidados paliativos expandiram-se

para além da oncologia, alcançando insuficiências orgânicas avançadas, doenças neurodegenerativas, demências e outras condições graves (Souza *et al.*, 2022).

No Brasil, o desenvolvimento dos cuidados paliativos ocorreu de forma gradual, com iniciativas desde a década de 1980 e maior institucionalização a partir dos anos 2000. Revisões nacionais demonstram amadurecimento conceitual e crescente reconhecimento da abordagem interprofissional, da família como unidade de cuidado e da necessidade de integração dos serviços. Esse percurso culminou, em 2024, na instituição de uma política nacional específica no SUS, posteriormente atualizada e operacionalizada por novos atos normativos (Souza *et al.*, 2022; Brasil, 2024b; Brasil, 2026a).

Entre os princípios orientadores da prática paliativa estão a valorização da vida, o reconhecimento da morte como processo natural, o respeito à autonomia e aos valores da pessoa, o controle de sintomas, a comunicação clara, o planejamento do cuidado e o apoio aos familiares e cuidadores. Tais princípios deslocam o foco de uma lógica exclusivamente curativa para uma abordagem proporcional às necessidades, preferências e objetivos de cuidado, sem abandono terapêutico e sem restringir a assistência paliativa à terminalidade (World Health Organization, 2020; Brasil, 2026a).

3.2 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde pode ser compreendida como um conjunto articulado de ações e serviços com diferentes densidades tecnológicas, organizado para garantir integralidade e continuidade do cuidado. Sua lógica pressupõe relações cooperativas entre os pontos de atenção, apoiadas por sistemas logísticos, informação, regulação e governança, superando a fragmentação característica de modelos centrados em serviços isolados (Mendes, 2011).

Nesse arranjo, a APS exerce papel estratégico na coordenação do cuidado e na ordenação dos fluxos, enquanto a atenção especializada e hospitalar oferece suporte para situações de maior complexidade. A atenção domiciliar pode atuar de forma substitutiva ou complementar à hospitalização, especialmente em pessoas com mobilidade reduzida, declínio funcional ou doenças avançadas. Para os cuidados paliativos, essa articulação é particularmente importante porque as necessidades se modificam ao longo do tempo e frequentemente exigem transição entre domicílio, unidade básica, ambulatório, urgência e hospital (Mendes, 2011; Brasil, 2024c).

A fragmentação da informação, a comunicação insuficiente entre equipes e a fragilidade dos mecanismos de referência e contrarreferência dificultam a continuidade do cuidado paliativo. Estudos sobre APS apontam que a integração exige reconhecimento precoce das necessidades, definição compartilhada de responsabilidades, canais de comunicação entre generalistas e especialistas e planejamento assistencial que acompanhe o usuário ao longo da rede (Justino *et al.*, 2020; Silva; Nietsche; Cogo, 2021; Mitchell *et al.*, 2024).

3.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS: UMA INTERFACE NECESSÁRIA

Os determinantes sociais da saúde dizem respeito às condições sociais, econômicas, culturais, ambientais e políticas que influenciam a produção da saúde e das iniquidades. O modelo de Dahlgren e Whitehead organiza esses determinantes em camadas que abrangem características individuais, estilos de vida, redes sociais, condições de vida e trabalho e estruturas sociais mais amplas; a Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde reforçou que desigualdades evitáveis e injustas exigem respostas intersetoriais e políticas públicas orientadas à equidade (Dahlgren; Whitehead, 1991; World Health Organization, 2008).

No campo dos cuidados paliativos, essa perspectiva ajuda a compreender por que pessoas com necessidades clínicas semelhantes podem percorrer trajetórias assistenciais muito diferentes. A renda pode influenciar transporte, aquisição de insumos e condições de cuidado; a escolaridade e o letramento em saúde interferem na compreensão de informações e na participação nas decisões; o território pode aumentar distâncias e reduzir disponibilidade de serviços; e a presença ou ausência de cuidadores modifica a viabilidade do cuidado no domicílio (Nelson *et al.*, 2021; Rowley *et al.*, 2021).

Marcadores sociais como raça/etnia, gênero, idade e posição socioeconômica também se associam a desigualdades de acesso, utilização e experiência nos cuidados paliativos. Revisões recentes mostram que iniquidades raciais e étnicas permanecem relevantes e que explicações exclusivamente individuais podem obscurecer fatores estruturais, incluindo discriminação e racismo. A abordagem equitativa, portanto, requer reconhecimento explícito das condições sociais e institucionais que produzem barreiras ao cuidado (Algu *et al.*, 2024; Nelson *et al.*, 2021).

No contexto brasileiro, experiências territoriais demonstram que estratégias comunitárias podem ampliar apoio e acesso em áreas de vulnerabilidade. A implementação de comunidade compassiva em favelas do Rio de Janeiro, por exemplo, articulou lideranças locais, moradores, profissionais e serviços, evidenciando o potencial das redes sociais e comunitárias como recurso complementar à rede formal de saúde (Mesquita *et al.*, 2023).

Assim, compreender os cuidados paliativos apenas pela ótica biomédica é insuficiente. A integração à RAS precisa dialogar com assistência social, proteção de renda, transporte, habitação e apoio comunitário, especialmente quando o plano terapêutico inclui permanência no domicílio. A integralidade, nesse sentido, depende tanto da organização dos serviços quanto da capacidade do sistema de responder às condições concretas de vida das pessoas e de suas famílias.

3.4 A INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA RAS: AVANÇOS E DESAFIOS

3.4.1 A Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado paliativo

A APS apresenta posição privilegiada para identificar precocemente necessidades paliativas, acompanhar pessoas com doenças crônicas avançadas, apoiar familiares, realizar cuidado domiciliar e articular encaminhamentos. A longitudinalidade e o conhecimento do território favorecem a compreensão de preferências, condições sociais e mudanças funcionais que podem não ser percebidas em contatos especializados episódicos (Justino *et al.*, 2020; Silva; Nietzsche; Cogo, 2021).

A identificação de pessoas que podem se beneficiar dessa abordagem ainda constitui desafio. Revisões apontam a necessidade de incorporar instrumentos e critérios clínicos à prática da APS, associados ao julgamento profissional e ao diálogo com usuários e famílias. Reconhecer a necessidade paliativa mais cedo evita que o cuidado seja acionado apenas na fase final e amplia oportunidades de planejamento antecipado e controle de sintomas (Paraizo-Horvath *et al.*, 2022; Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022).

Entre as barreiras descritas estão formação insuficiente em comunicação, prognóstico e manejo de sintomas; sobrecarga das equipes; insegurança diante da terminalidade; acesso irregular a medicamentos; e fragilidade na retaguarda especializada. Por outro lado, educação permanente, matriciamento, protocolos compartilhados e acesso a consultoria especializada podem ampliar a capacidade resolutiva da APS e reduzir encaminhamentos tardios (Justino *et al.*, 2020; Silva; Nietzsche; Cogo, 2021).

3.4.2 Atenção especializada e hospitalar

Equipes multiprofissionais especializadas são fundamentais para casos de maior complexidade, controle de sintomas refratários, apoio à tomada de decisão e suporte às demais equipes da rede. No hospital, a atuação paliativa pode favorecer planejamento terapêutico proporcional, comunicação com familiares, transições de cuidado mais seguras e alinhamento entre tratamentos e objetivos da pessoa. Para que esse suporte produza continuidade, porém, a interconsulta hospitalar precisa estar conectada à APS e à atenção domiciliar, evitando que o plano construído durante a internação se perca após a alta (Mitchell *et al.*, 2024; Brasil, 2024c).

Persistem barreiras relacionadas à cultura assistencial centrada exclusivamente na cura, ao encaminhamento tardio e à concentração de expertise em determinados centros. A integração entre cuidados gerais e especializados é mais promissora quando há responsabilidades compartilhadas, comunicação efetiva, sistemas de informação acessíveis e relações de confiança entre as equipes, em vez de uma transferência fragmentada de casos (Mitchell *et al.*, 2024).

3.4.3 Atenção domiciliar

A atenção domiciliar é especialmente relevante nos cuidados paliativos por permitir acompanhamento no ambiente de vida da pessoa, favorecendo conforto, vínculo familiar e, quando desejado e clinicamente viável, permanência no domicílio. Revisão sistemática mostrou que modelos de cuidados paliativos domiciliares podem reduzir utilização hospitalar e custos, embora seus efeitos dependam da organização local, da capacidade das equipes e do suporte disponível às famílias (Gonzalez-Jaramillo *et al.*, 2021).

Entretanto, a possibilidade de cuidado no domicílio não deve ser tratada como escolha desvinculada das condições sociais. Moradia inadequada, ausência de cuidador, insegurança alimentar, dificuldades de transporte, barreiras de acesso a medicamentos e sobrecarga familiar podem tornar essa modalidade inviável ou produzir transferência excessiva de responsabilidades ao núcleo familiar. Por isso, a avaliação domiciliar deve incluir necessidades clínicas e sociais, oferta de suporte e articulação com políticas de proteção social (Rowley *et al.*, 2021; Nelson *et al.*, 2021).

3.4.4 Política Nacional de Cuidados Paliativos: instituição em 2024 e atualizações até 2026

A Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do SUS e incorporou-a à Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017. A política estabeleceu diretrizes para oferta de cuidados paliativos na RAS, contemplando pessoas com condições que ameaçam ou limitam a continuidade da vida, seus familiares e cuidadores, e reforçou a necessidade de atenção integrada, precoce e multiprofissional (Brasil, 2024b; Brasil, 2024c).

A implantação da PNCP avançou com regulamentações posteriores. A Portaria GM/MS nº 10.181, de 26 de janeiro de 2026, atualizou conceitos e regras de habilitação da política, incluindo requisitos de qualificação profissional e previsão de plano operativo pactuado entre as esferas de gestão. Em junho de 2026, a Portaria SAES/MS nº 4.288 atualizou o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e a Tabela de Procedimentos do SUS relacionados ao cadastramento e aos procedimentos vinculados à política, sinalizando passagem da formulação normativa para etapas mais operacionais de implementação (Brasil, 2026a; Brasil, 2026b).

Esses avanços criam base institucional para ampliar a presença dos cuidados paliativos nos diferentes pontos da rede. Sua efetividade, entretanto, dependerá de financiamento sustentável, distribuição territorial de equipes, qualificação de profissionais, garantia de medicamentos e insumos, integração dos sistemas de informação e capacidade de monitorar resultados com indicadores de acesso, qualidade e equidade. A implementação deve ser acompanhada de avaliação contínua para evitar que diferenças

regionais e sociais reproduzam vazios assistenciais já observados em outros componentes da atenção especializada.

3.5 BARREIRAS À INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA RAS

As barreiras à integração podem ser agrupadas em quatro dimensões inter-relacionadas. A primeira é técnico-profissional: lacunas de formação em comunicação, controle de sintomas, prognóstico, planejamento antecipado e tomada de decisão compartilhada reduzem a capacidade de reconhecer necessidades e ofertar abordagem paliativa precocemente. A literatura da APS brasileira destaca o despreparo profissional e a necessidade de educação permanente como problemas recorrentes (Justino *et al.*, 2020; Silva; Nietzsche; Cogo, 2021).

A segunda dimensão é organizacional e informacional. Fluxos pouco claros, referências tardias, dificuldade de contrarreferência, registros fragmentados e ausência de comunicação sistemática entre APS, hospital, atenção domiciliar e serviços especializados comprometem continuidade e segurança. Estudos sobre integração mostram que relações de confiança, compartilhamento de informação e pactuação de papéis são condições centrais para que a rede funcione como sistema integrado e não como soma de serviços independentes (Mitchell *et al.*, 2024).

A terceira dimensão envolve recursos e capacidade instalada. Insuficiência ou concentração territorial de equipes especializadas, disponibilidade irregular de medicamentos, limitações da atenção domiciliar e dificuldades logísticas ampliam desigualdades geográficas. Mesmo quando existe política nacional, a efetividade depende da capacidade de implementação em cada território e da articulação entre financiamento, regulação, formação e oferta de serviços (Brasil, 2024c; Brasil, 2026a; Brasil, 2026b).

A quarta dimensão corresponde às barreiras sociais e estruturais. Pobreza, baixa escolaridade, racismo, condições inadequadas de moradia, distância dos serviços, fragilidade da rede de apoio e custos indiretos podem reduzir a possibilidade de receber cuidado oportuno e adequado. Essas condições não são periféricas ao cuidado paliativo: influenciam o lugar onde se cuida, quem cuida, quais serviços podem ser acessados e quanto sofrimento adicional é produzido pela própria trajetória assistencial (Nelson *et al.*, 2021; Rowley *et al.*, 2021; Algu *et al.*, 2024).

3.6 ESTRATÉGIAS E PERSPECTIVAS PARA A INTEGRAÇÃO

A superação dessas barreiras exige ações coordenadas. No campo da formação, conteúdos de cuidados paliativos devem ser incorporados aos currículos de graduação e aos processos de educação permanente, com ênfase em comunicação, manejo de sintomas, avaliação de necessidades, trabalho interprofissional e tomada de decisão compartilhada. A formação precisa alcançar não apenas especialistas, mas também profissionais da APS, urgência, hospitais gerais e atenção domiciliar, ampliando a capacidade

de oferecer cuidados paliativos básicos em toda a rede (Justino *et al.*, 2020; Silva; Nietzsche; Cogo, 2021; Brasil, 2026a).

No plano organizacional, são prioritários protocolos e linhas de cuidado regionais, critérios de identificação e encaminhamento, definição de responsabilidades, matriciamento, apoio especializado e mecanismos de comunicação entre equipes. A integração entre APS e cuidados paliativos especializados tende a ser mais efetiva quando se baseia em relações estáveis, compartilhamento de informações e compromisso explícito com a redução das desigualdades de acesso (Mitchell *et al.*, 2024).

A atenção domiciliar deve ser fortalecida com avaliação das condições da casa, suporte aos cuidadores, disponibilidade de insumos e medicamentos e acesso rápido à retaguarda clínica. Ao mesmo tempo, é necessário reconhecer que o domicílio não é, por definição, o melhor ou o possível local de cuidado para todas as pessoas. A escolha deve ser informada, clinicamente segura e socialmente viável, evitando que a desospitalização se converta em transferência de custos e responsabilidades para famílias vulneráveis (Gonzalez-Jaramillo *et al.*, 2021; Rowley *et al.*, 2021).

No plano intersetorial e comunitário, políticas de assistência social, transporte, habitação e proteção de renda podem ser decisivas para tornar exequível o plano de cuidados. Redes comunitárias, iniciativas de comunidades compassivas e participação social também podem ampliar suporte emocional e prático, sobretudo em territórios com maior vulnerabilidade, desde que complementem — e não substituam — a responsabilidade estatal de garantir atenção adequada (Mesquita *et al.*, 2023).

Por fim, a implementação da PNCP deve ser acompanhada por monitoramento que inclua não apenas número de equipes e procedimentos, mas indicadores de oportunidade de acesso, controle de sintomas, continuidade após alta hospitalar, local de cuidado, experiência de pacientes e familiares e desigualdades por território e grupos sociais. Avaliar equidade é indispensável para verificar se a expansão normativa se traduz em redução de iniquidades e melhoria concreta da qualidade do cuidado.

4 CONCLUSÃO

A integração dos cuidados paliativos na Rede de Atenção à Saúde é um desafio assistencial, organizacional e social. A literatura mostra que a oferta precoce e articulada entre APS, atenção especializada, hospitais e domicílio pode qualificar a continuidade do cuidado, mas sua efetividade depende de equipes preparadas, comunicação entre serviços, acesso a medicamentos, suporte às famílias e mecanismos de coordenação que funcionem no cotidiano da rede.

No Brasil, a instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos em 2024 e suas atualizações em 2026 representam avanço expressivo para a consolidação desse campo no SUS. O desafio passa a ser

transformar normas em acesso real, com capacidade instalada, financiamento, formação profissional, regulação e informação compatíveis com as necessidades dos diferentes territórios.

A análise pelos determinantes sociais da saúde demonstra que o cuidado paliativo não pode ser planejado como resposta exclusivamente clínica. Renda, raça/cor, escolaridade, moradia, território, transporte e redes de apoio influenciam quem consegue acessar serviços, permanecer no domicílio e participar de decisões sobre seu próprio cuidado. Incorporar a equidade ao planejamento, à execução e à avaliação da PNCP é, portanto, condição para que a expansão dos cuidados paliativos não reproduza desigualdades já existentes.

Futuras pesquisas devem acompanhar a implementação da PNCP em diferentes regiões, avaliar resultados clínicos e experiências de usuários e cuidadores, investigar barreiras sociais de acesso e desenvolver indicadores sensíveis às iniquidades. Uma RAS efetivamente paliativa será aquela capaz de articular competência técnica, continuidade assistencial, proteção social e respeito às preferências da pessoa ao longo de toda a trajetória de adoecimento.

REFERÊNCIAS

ALGU, K. et al. Naming racism as a root cause of inequities in palliative care research: a scoping review. **BMC Palliative Care**, v. 23, art. 143, 2024. DOI: 10.1186/s12904-024-01465-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança Política Nacional de Cuidados Paliativos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-politica-nacional-de-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 25 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_14_06_2024_rep.html. Acesso em: 25 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 36/2024-DAHU/SAES/MS**. Orientações operacionais e técnicas para a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-36-2024-dahu-saes-ms.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 10.181, de 26 de janeiro de 2026**. Altera o Anexo XLIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 para atualizar conceitos e regras de habilitação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2026/prt10181_30_01_2026.html. Acesso em: 25 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS nº 4.288, de 22 de junho de 2026**. Atualiza o CNES e a Tabela de Procedimentos do SUS relacionados à Política Nacional de Cuidados Paliativos. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cuidados-paliativos/legislacao>. Acesso em: 25 ago. 2026.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

GONZALEZ-JARAMILLO, V. et al. Impact of home-based palliative care on health care costs and hospital use: a systematic review. **Palliative & Supportive Care**, v. 19, n. 4, p. 474-487, 2021. DOI: 10.1017/S1478951520001315.

JUSTINO, E. T. et al. Palliative care in primary health care: scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3324, 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.3858.3324.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MESQUITA, M. G. R. et al. Slum compassionate community: expanding access to palliative care in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, e20220432, 2023. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0432en.

MITCHELL, S. et al. Integration of primary care and palliative care services to improve equality and equity at the end-of-life: findings from realist stakeholder workshops. **Palliative Medicine**, v. 38, n. 8, p. 830-841, 2024. DOI: 10.1177/02692163241248962.

NELSON, K. E. et al. Sociodemographic disparities in access to hospice and palliative care: an integrative review. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 38, n. 11, p. 1378-1390, 2021. DOI: 10.1177/1049909120985419.

PARAIZO-HORVATH, C. M. S. et al. Identification of people for palliative care in primary health care: integrative review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3547-3557, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022279.01152022.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M.; CABRERA, M. Palliative care: pathway in primary health care in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 9, e00130222, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT130222.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

ROWLEY, J.; RICHARDS, N.; CARDUFF, E.; GOTT, M. The impact of poverty and deprivation at the end of life: a critical review. **Palliative Care & Social Practice**, v. 15, p. 1-19, 2021. DOI: 10.1177/26323524211033873.

SILVA, T. C.; NIETSCH, E. A.; COGO, S. B. Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, e20201335, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-1335.

SOUZA, L. C. et al. Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE01806, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AR018066.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation**: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care: key facts. Geneva: **WHO**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 25 ago. 2026.