

- a - tele matriciamento, teleconsultoria, tele interconsulta, telediagnóstico, telerregulação assistencial, segunda opinião formativa e teleeducação;
- b - suporte técnico em cuidados paliativos nas situações de intercorrências;
- c - estratégias de educação permanente em cuidados paliativos para equipes de saúde e população geral;
- d - 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.
- IV. Constituir-se como 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, acompanhando-os integralmente até o óbito e apoiando a família no pós-óbito;
- V. Atuar de forma integrada com as equipes dos serviços;
- VI. Garantir acesso de qualidade e humanizado aos cuidados paliativos no âmbito da RAS, de forma integrada com a atenção primária.

5. Rede de Cuidado Integral à Pessoa em Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde:

- **Atenção Primária:** coordenadora da rede e do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessário.
- **Atenção Domiciliar:** as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e adaptado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, na desospitalização e sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.
- **Atenção Especializada Ambulatorial:** deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede e tem a perspectiva de conseguir fornecer teleatendimento para facilitar a condução de pacientes mais fragilizados e com deslocamento limitado;
- **Atenção Especializada Hospitalar:** voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência preferencialmente referenciados com justificativa descrita.
- **Urgência e Emergência:** os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis;
- **Unidades e hospitais especializados em cuidados prolongados e de transição:** viabiliza a desospitalização e cuidados de transição para pacientes com necessidade de reabilitação, adaptação de cuidados multidisciplinares e treinamento dos cuidadores, como também dá suporte em Cuidados Paliativos para pacientes com progressão da condição de base que não tem condições de permanecer no domicílio; o alvo é capacitar os hospitais polo e até os de pequeno porte para esse atendimento.

Cada ponto da Rede de Atenção em Cuidados Paliativos no Ceará tem atribuições específicas conforme seu campo de atuação.

5.1 Identificação da demanda da abordagem de cuidados paliativos

Existem várias maneiras de se identificar a demanda por Cuidados Paliativos. Esta Linha de Cuidado sugere a utilização de algumas ferramentas de triagem: Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Brazilian version) - SPICT-BR™ (Triagem do perfil do paciente). Esta ferramenta (Anexo 5) pode ser usada para identificar pacientes adultos que podem se beneficiar de cuidados paliativos, sejam eles primários ou especializados, em diversos contextos assistenciais, como atenção primária, ambulatorios, hospitais, domicílios e instituições de longa permanência.

As escalas mais utilizadas são: PPS (Palliative Performance Scale) (Anexo 1), KPS (Karnofsky Palliative Scale) (Anexo 2), Lansky (Anexo 3), IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional) (Anexo 4). Na pediatria utiliza-se a de Lansky em menores de 16 anos e a de KPS para maiores de 16 anos. A funcionalidade do paciente é definida pela capacidade de participar ativamente do planejamento terapêutico, tomar decisões sobre sua própria vida e realizar atividades de vida diária básicas e instrumentais. Existem várias escalas que avaliam a funcionalidade dos pacientes em cuidados paliativos, deve ser avaliada no momento da consulta do paciente e comparada com a funcionalidade nas quatro semanas anteriores, assim ajuda a diferenciar se o declínio funcional é decorrente de algum agravamento agudo ou trata-se de progressão da própria doença de base.

As avaliações de funcionalidade progressivas registradas nos atendimentos ambulatoriais e/ou serviços de saúde externos ao hospital requerem uma inter-locução, seja por meio de discussões de caso, relatórios multiprofissionais e registros em prontuário para seguimento longitudinal das equipes de saúde. O diagnóstico e a indicação de Cuidados Paliativos pode e deve ser dado em qualquer nível de atenção e serviço da RAS. É importante a documentação da avaliação médica e multidisciplinar de forma sistemática com uso de escalas e formulários padronizados, incluindo diagnóstico, funcionalidade, sintomas presentes com gravidade e um plano terapêutico individual. Esse documento deve ser acessível para todos na RAS para guiar a assistência e também ser compartilhado com o paciente e a família.

Importante que o plano avançado de cuidados do paciente seja minuciosamente escrito pelas equipes de saúde e que seja devidamente compartilhado com paciente e familiares, sendo importante que o mesmo contenha um planejamento de medidas a serem realizadas em caso de intercorrências, além da descrição de valores e desejos dos pacientes.

5.2 Grupo de pacientes indicação de Cuidado Paliativo Pediátrico

Na população pediátrica, pode-se considerar o grupo de pacientes que se beneficiam de Cuidados Paliativos

GRUPOS	SITUAÇÕES ENVOLVIDAS	EXEMPLOS DE DOENÇAS E CONDIÇÕES
Grupo 01	Crianças com condições agudas de risco de vida, das quais a recuperação pode ou não ser possível	Qualquer doença grave ou lesão crítica, desnutrição grave
Grupo 02	Crianças com condições crônicas de risco de vida que podem ser curadas ou controladas por um longo período, mas que também podem morrer	Maligñidades, tuberculose multirresistente, HIV / AIDS
Grupo 03	Crianças com condições progressivas de risco de vida para as quais não há tratamento curativo disponível	Atrofia Muscular Espinhal, Distrofia Muscular de Duchenne
Grupo 04	Crianças com condições neurológicas graves que não são progressivas, mas podem causar deterioração e morte	Encefalopatia estática, tetraplegia espástica, espinha bífida
Grupo 05	Recém nascidos que são gravemente prematuros ou tem anomalias congênitas graves	Prematuridade grave, anencefalia, hérnia diafragmática congênita, trissomia do 13 ou 18
Grupo 06	Membros da família de um feto ou criança que morre inesperadamente	Morte fetal, encefalopatia hipóxico-iscêmica, sepsse avassaladora em criança previamente saudável, trauma por acidente de veículo motorizado, queimaduras, etc

5.3 Condições Clínicas para encaminhamentos nos Pontos de Atenção

1.	Pacientes em processo ativo de morte, mas com sintomas de fim de vida não bem controlados.	Atenção especializada hospitalar
2.	Pacientes com potencial necessidade de procedimento cirúrgico	
3.	Pacientes com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados	
4.	Pacientes em processo ativo de morte, se for desejo do paciente/família	Encaminhamento para Atenção Domiciliar
5.	Pacientes com necessidade de visitas em cuidados de fim de vida	
6.	Pacientes com necessidade de ventilação mecânica em domicílio	
7.	Pacientes com necessidade de controle de sintomas complexos	Atenção Ambulatorial especializada
8.	Pacientes com necessidade de planejamento avançado de cuidados.	
9.	Pacientes em transição dos cuidados complexos incluindo treinamento e suporte ao familiar/cuidador	
10.	Pacientes provenientes de hospital com necessidade de suporte e cuidados especiais como suporte respiratório, reabilitação e assistência multidisciplinar para controle de sintomas/óbito domiciliar	Unidades de cuidados prolongados e transição de cuidados
11.	Pacientes com necessidade de remoção para pronto atendimento / hospital de referência por sintomas não controlados*, sofrimento ou intercorrência aguda, independente do PPS, decisão compartilhada com a família é baseada nos valores do paciente	Serviço de Urgência e Emergência / SAMU
12.	Pacientes que já são acompanhados por equipe de CP, com plano terapêutico definido e que o sintoma não controlado necessita de sintomático paliativo.	
13.	Pacientes com dificuldade de deslocamento (mobilidade diminuída ou distância do centro de referência) e com indicação de cuidado especializado ambulatorial.	

Fonte: Grupo Condutor em Cuidados Paliativos SESA/CE 2025

*Sintomas não controlados: dor, dispnéia, obstrução intestinal, náusea, vômito, febre, sangramento ou outros que causem sofrimento a pessoa.

6. Sistema de apoio e logística

Atividades de apoio são consideradas como suporte essencial para o atendimento das demandas e garantem uma logística eficiente.

SISTEMAS DE APOIO	SISTEMA LOGÍSTICO
Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Acesso Regulado
Assistência Farmacêutica	Registro Eletrônico/ Prontuário
Sistema de informação em saúde	Sistema de Transporte