

ATLAS

dos Cuidados Paliativos
no Brasil



ATLAS

dos Cuidados Paliativos no Brasil

Rodrigo Kappel Castilho, Daniela Aceti, Douglas Henrique Crispim,
João Batista Santos Garcia, Nahãmi Cruz de Lucena, Thaís Camille Alves
Gonçalo Rodrigues e Úrsula Bueno do Prado Guirro.

2ª edição

São Paulo, 2026



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Atlas dos cuidados paliativos no Brasil [livro eletrônico] / Rodrigo Kappel Castilho ... [et al.]. -- 2. ed. -- São Paulo : Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2026. PDF

Outros autores: Daniela Aceti, Douglas Henrique Crispim, João Batista Santos Garcia, Nahãmi Cruz de Lucena, Thaís Camille Alves Gonçalo Rodrigues, Úrsula Bueno do Prado Guirro
Bibliografia.
ISBN 978-65-81360-08-5

- 1. Atlas 2. Cuidados paliativos
- 3. Cuidados paliativos - Brasil - História
- 4. Cuidados paliativos - Manuais, guias, etc.
- I. Castilho, Rodrigo Kappel. II. Aceti, Daniela.
- III. Crispim, Douglas Henrique. IV. Garcia, João Batista Santos. V. Lucena, Nahãmi Cruz de.
- VI. Rodrigues, Thaís Camille Alves Gonçalo.
- VII. Guirro, Úrsula Bueno do Prado.

26-391947.0 CDD-616.029

Índices para catálogo sistemático:

- 1. Atlas : Cuidados paliativos : Ciências médicas 616.029
- Camila Aparecida Rodrigues - Bibliotecária CRB - SP-010133/O

Autores



Rodrigo Kappel Castilho

Médico pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Residência em Clínica Médica pelo Hospital São Francisco de Paula. Residência em Medicina Intensiva pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Especialista com área de atuação em Medicina Paliativa pela Associação Médica Brasileira (AMB). Ex-Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2023-2024). Membro dos Comitês de Terapia Intensiva e de Políticas Públicas da ANCP. Membro dos Comitês de Cuidados Paliativos e de Síndrome Pós-UTI da AMIB. Coordenador Externo da Frente Parlamentar de Cuidados Paliativos. Ex-Coordenador do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Ex-Coordenador do Serviço de Cuidados Paliativos Críticos do HCPA. Médico da Unidade de Terapia Intensiva do HCPA. CEO da Pallatium Cuidados Paliativos.



Daniela Aceti

Psicóloga Clínica e Hospitalar, Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP. Diretora de Comunicação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) – Gestão 2023-atual. Coordenadora das Pós-graduações em Cuidados Paliativos Adulto e Psicologia Hospitalar da Faculdade Sírio-Libanês. Vice-coordenadora do Comitê de Bioética do Hospital Sírio-Libanês. Membro do Comitê de Psicologia da ANCP. Membro do Comitê de Bioética da ABMLuto. Ex-Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Sírio-Libanês.



Douglas Henrique Crispim

Médico Geriatra e Paliativista. Doutor em Ciências, com tese na temática de Cuidados Paliativos, pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Atua como Diretor de Corpo Clínico e Pesquisador do Instituto Perdizes do HCFMUSP. Ex-Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2021-2022). Fundador do Programa Excelência Paliativa ASAS e do Instituto Brasileiro de Comunicação em Saúde. Membro da Diretoria e do Comitê Estratégico da *Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance* (WHPCA).



João Batista Santos Garcia

Professor Titular da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).
Responsável pelo Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital de Câncer do Maranhão.
Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) – Gestão 2025–atual.
Presidente da Associação Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) – Gestão 2026–atual.



Nahãmi Cruz de Lucena

Doutoranda em Medicina Translacional pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).
Mestre em Educação para Profissionais em Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
Fisioterapeuta Especialista em Neurologia pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Fisioterapeuta com área de atuação em Gerontologia, Oncologia e Cuidados Paliativos.
Fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Supervisora dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Pessoa Idosa e em Cuidados Paliativos do IMIP. Membro Fundadora do Comitê de Fisioterapia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Membro do Comitê de Geriatria e Gerontologia da ANCP. Membro do Comitê de Fisioterapia da ANCP. Vice-presidente da Academia Estadual de Cuidados Paliativos de Pernambuco (2025 e 2026–2027). Docente de Especialização.



Thaís Camille Alves Gonçalo Rodrigues

Terapeuta Ocupacional. Mestrado em Avaliação em Saúde pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Especialização em Saúde Pública pela Universidade Católica de Pernambuco (Unicap). Especialização em Educação na Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP-HSL). Aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE). Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Aperfeiçoamento em Apoio Matricial na Atenção Básica pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Vice-Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) – Gestão 2023–atual.



Úrsula Bueno do Prado Guirro

Médica Anestesiologista, com área de atuação em Medicina Paliativa e Dor. Mestre e Doutora em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Pós-doutorado em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Pós-doutoranda em Direito e Garantias Fundamentais pela Faculdade de Direito de Vitória (FDV). Head de Educação do Palicurso e docente na Universidade Federal do Paraná.

Agradecimentos

A construção do *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2025* somente foi possível graças ao esforço coletivo de profissionais, instituições e lideranças comprometidas com o fortalecimento dos cuidados paliativos no país.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) agradece, inicialmente, a todos os coordenadores de programas, gestores hospitalares, profissionais de saúde com escopos institucionais diversos que responderam ao questionário nacional e contribuíram com informações fundamentais para o mapeamento da realidade brasileira. A disponibilidade e a transparência na prestação dos dados demonstram o compromisso do campo com o desenvolvimento científico e institucional dos cuidados paliativos.

Agradecemos de forma especial às **Academias Estaduais e Distrital de Cuidados Paliativos**, cuja atuação foi essencial na identificação inicial dos programas de cuidados paliativos em seus respectivos estados, no apoio à mobilização local e na articulação com serviços e profissionais. Nosso reconhecimento institucional se estende às seguintes entidades:

Academia Estadual

- da Bahia | **AECP-BA**
- do Ceará | **AECP-CE**
- do Espírito Santo | **AECP-ES**
- de Goiás | **AECP-GO**
- de Minas Gerais | **AECP-MG / SOTAMIG**
- de Pernambuco | **AECP-PE**
- do Paraná | **AECP-PR**
- do Rio de Janeiro | **AECP-RJ**
- do Rio Grande do Sul | **AECP-RS**
- de São Paulo | **AECP-SP**

Academia Distrital

- do Distrito Federal | **ADCP-DF**

Reconhecemos também, nominalmente, os paliativistas que colaboraram diretamente na etapa inicial de identificação e articulação estadual dos programas:

- Acre (AC):** Ana Kerolyne Catão
- Alagoas (AL):** Ronny Roselly Almeida Domingos
- Amapá (AP):** Wilco Antônio Júnior
- Amazonas (AM):** Mirlane Guimarães de Melo Cardoso e Selma Dantas
- Maranhão (MA):** Vanise Barros Rodrigues da Motta
- Mato Grosso (MT):** Mariana de Carvalho
- Mato Grosso do Sul (MS):** Fabiana Moreno
- Pará (PA):** Thiago Gomes Gama
- Paraíba (PB):** Daniel Felgueiras Rolo
- Piauí (PI):** Teresa Cristina Vieira de Carvalho
- Rio Grande do Norte (RN):** Giovanni Galeno do Nascimento Santos
- Rondônia (RO):** Fábio Luis Storer
- Roraima (RR):** Bruna Leite Gomes
- Santa Catarina (SC):** Samantha Brandes
- Sergipe (SE):** Paula Conceição Silva Santos
- Tocantins (TO):** Jessica de Freitas Orsolin Borges

Nosso reconhecimento também se estende às instituições acadêmicas e científicas que historicamente contribuem para o fortalecimento dos cuidados paliativos no Brasil, bem como às entidades nacionais e internacionais que promovem a integração do país em redes de monitoramento e desenvolvimento global da área.

Por fim, dedicamos este Atlas aos pacientes e familiares que confiam às equipes de cuidados paliativos os momentos mais delicados de suas trajetórias de vida. São eles que conferem sentido maior a este trabalho e reafirmam o compromisso ético de ampliar o acesso ao cuidado que alivia o sofrimento e promove dignidade.

A todos que contribuíram para a construção deste Atlas, nosso sincero agradecimento.

Diretoria ANCP
2025-2026

Presidente: João Batista Santos Garcia

Vice-presidente: Thaís Camille Alves Gonçalves Rodrigues

Vice-presidente: Mirlane Guimarães de Melo Cardoso

Secretário: Arthur Fernandes da Silva

Tesoureira: Cinara Carneiro Neves

Diretora Científica: Marileise Roberta Antoneli Fonseca

Diretora Científica: Aline Cintra

Diretora de Comunicação: Daniela Aceti

Diretora de Comunicação: Érika Aguiar Lara Pereira

Diretoria AACP-BA
2024-2025

Presidente: Vítor Carlos Santos da Silva

Vice-presidente: Aline Câmara

Vice-presidente: Lara de Araújo Torreão

Secretária: Yanne Danielly Santos Amorim

Tesoureira: Silvia Seligmann Soares

Diretora de Comunicação: Gilmara Rodrigues dos Santos Correia

Diretora de Comunicação: Márcia Sá de Oliveira

Diretora Científica: Manuele de Alencar Amorim

Diretora Científica: Fernanda Correia Tourinho

Diretoria AACP-CE
2024-2025

Presidente: Danielle Brasil Apolinário

Vice-presidente: Zilfran Carneiro Teixeira

Vice-presidente: Patrícia Gadelha da Silva

Secretária: Manuela Vasconcelos de Castro Sales

Tesoureira: Luciana de Oliveira Neves

Diretora Científica: Cinara Franco de Sá Nascimento Abreu

Diretora Científica: Fernanda Maria Teófilo Campos

Diretora de Comunicação: Rita de Cassia Fausto de Azevedo

Diretora de Comunicação: Tércilla Pinto Passos Bezerra

Diretoria ADCP-DF
2024-2025

Presidente: Andrea Nogueira Araújo

Vice-presidente: Alexandra Mendes Barreto Arantes

Vice-presidente: Ellen Protzner Morbeck

Secretária: Thayana Louize Vicentini Zoccoli

Tesoureiro: João Cristóvão Fonseca Xavier

Diretora de Comunicação: Thatiana de Souza Gimenes Soares

Diretora de Comunicação: Ana Catarine Melo de Oliveira Carneiro

Diretora Científica: Melissa Gebrim Ribeiro Nieto

Diretora Científica: Patricia Barbosa Freire

Diretoria AACP-ES
2024-2025

Presidente: Antonielen Marcilino

Vice-presidente: Marcos Vilaça da Fonseca

Vice-presidente: Roberta Coelho Trancoso de Castro

Tesoureiro: Mayke Armani Miranda

Secretária: Flávia Maulaz Barcelos Rodrigues

Diretora Científica: Waleska Gonçalves dos Santos Cintra

Diretora Científica: Beatriz Ávila Varginha de Moraes Alén

Diretora de Comunicação: Waleska Binda Wruck

Diretora de Comunicação: Flávia Moreira Garcia

Diretoria AACP-GO
2024-2025

Presidente: Lídia Lelis Leal Milioli

Vice-presidente: Rejane Karla de Oliveira

Vice-presidente: Amanda Travaglia Vitoy

Tesoureiro: Victor Hugo da Veiga Jardim

Secretário: Bruno de Oliveira Rocha

Diretor de Comunicação: Dimilson Vasconcelos Bezerra

Diretora de Comunicação: Uise Mariane Araújo

Diretora Científica: Kamila Silva Barros

Diretora Científica: Camila de Freitas

Diretoria AACP-MG/SOTAMIG
2024-2025

Presidente: Camila Nayara Lopes Valverde

Vice-presidente: Marcela Mascarenhas de Paula

Vice-presidente: Rafaella Louzada de Aquino

Secretária: Julia Alvarenga Petrocchi

Tesoureira: Luisa Cinque de Melo

Diretora Científica: Evellyn Aparecida Almeida Rodrigues

Diretora Científica: Gabriela de Moura Magalhães Josephson

Diretora Científica: Ligia Amanda Ventura

Diretora de Comunicação: Julia Sommerlatte Manzoli de Sá

Diretora de Comunicação: Carolina Beatriz Brum Paiva

Diretoria AACP-PE
2024-2025

Presidente: Sheyla Suelle dos Santos Levy

Vice-presidente: Nahãmi Cruz de Lucena

Vice-presidente: Fabrício Rodrigo Pires Cagliari

Secretária: Luciana Farrapeira de Assunção

Tesoureiro: Davi de Brito Câmara

Diretora de Comunicação: Alessandra Vanessa Xavier de Macêdo Madureira

Diretora de Comunicação: Josene Ferreira Batista

Diretor Científico: Wagner Gomes Reis Galvão

Diretora Científica: Karla Alexsandra de Albuquerque

Diretoria AACP-PR
2024-2025

Presidente: Madalena de Faria Sampaio

Vice-presidente: Clarice Nana Yamanouchi

Vice-presidente: Gabriela Garcia Krinski

Secretária: Ana Paula Gasparotto

Tesoureira: Beatriz Zampar

Diretor de Comunicação: Fernando Cesar Iwamoto Marcucci

Diretora de Comunicação: Tauane Cesaro

Diretor Científico: Renan Gabriel Requena

Diretora Científica: Michele de Fátima Vieira

Diretoria AACP-RJ
2024-2025

Presidente: Cristhiane da Silva Pinto

Vice-presidente: Livia Pereira Coelho

Vice-presidente: Andreia Pereira de Assis Ouverney

Secretária: Renata de Figueiredo de Lamare

Tesoureiro: José Afonso Monteiro D'Araujo

Diretora de Comunicação: Debora de Wylson Fernandes Gomes de Mattos

Diretor de Comunicação: Daniel Espirito Santo da Silva

Diretora Científica: Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Diretora Científica: Livia Costa de Oliveira

Diretoria AACP-RS
2024-2025

Presidente: Gabriel Drumond Ferreira

Vice-presidente: Natalia Schopf Frizzo

Vice-presidente: Raquel Thomaz

Secretária: Samanta Gaertner Mariani

Tesoureira: Laura Monteiro Magalhães

Diretora de Comunicação: Débora Marchetti

Diretoria AACP-SP
2024-2025

Presidente: Carlos Eduardo Jouan Guimarães

Vice-presidente: Nichollas Martins Areco

Vice-presidente: Rodrigo Mendonça Paulino

Secretário: Pedro Medeiros Junior

Tesoureira: Cecília Helena Perroud Uchoa

Diretora de Comunicação: Luciana Borghi do Nascimento

Diretora de Comunicação: Debora Cristina Genezini Costa

Diretora Científica: Erica Boldrini Jamal Pereira

Diretora Científica: Rita Tiziana Verardo Polastrin

Mensagem dos autores

A elaboração do *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2025* representa mais do que a consolidação de um conjunto de dados nacionais: **simboliza o amadurecimento dos cuidados paliativos que, ao longo das últimas décadas, cresceu em complexidade, responsabilidade e impacto social no Brasil.**



Quando a Academia Nacional de Cuidados Paliativos iniciou seus primeiros levantamentos estruturados, ainda enfrentávamos um cenário de grande invisibilidade no país. Faltavam dados consolidados, indicadores comparáveis e instrumentos que permitissem compreender, de maneira objetiva, onde estávamos e para onde deveríamos avançar. O Atlas nasceu, portanto, como um compromisso com a transparência, com a evidência científica e com a responsabilidade institucional.

Desde então, a cada edição, ampliamos o escopo, refinamos a metodologia e fortalecemos a rede colaborativa que sustenta este levantamento nacional. O Atlas 2025 marca um novo patamar nesse percurso: amplia a abrangência territorial, incorpora novas dimensões assistenciais, dialoga com referenciais internacionais e se alinha ao momento histórico da consolidação da Política Nacional de Cuidados Paliativos.

Os dados aqui apresentados revelam avanços importantes. O número de programas aumentou, as modalidades assistenciais se diversificaram e os cuidados paliativos ganharam maior inserção institucional em hospitais, serviços especializados e redes de atenção. Ao mesmo tempo, o Atlas evidencia desafios estruturais relevantes: desigualdades regionais persistentes, lacunas na formação profissional, insuficiência de leitos dedicados e necessidade de fortalecimento das redes de atenção à saúde fora do ambiente hospitalar.

Este documento não pretende apenas descrever a realidade; pretende qualificá-la. Ao organizar indicadores, mapear capacidades e identificar fragilidades, o Atlas oferece subsídios concretos para gestores públicos, formuladores de políticas, instituições de saúde e pesquisadores. Acreditamos que decisões responsáveis devem ser orientadas por dados consistentes, e que a maturidade de um campo se mede também pela sua capacidade de se autoavaliar com rigor e transparência.

Lembramos também que dados devem ser analisados com cautela e relacionados com os contextos aos quais se propõem as discussões. O Atlas representa uma rica fonte de dados, que permite cruzamentos e discussões, sem que se façam inferências simplificadas sobre causalidade

ou risco. Lembramos também que, a despeito de grande avanço metodológico, existem limitações inerentes a todos os atlas mundiais, que representam a amostra do momento da coleta, em uma realidade altamente mutável. Esforços crescentes para bancos de dados com atualizações frequentes em tempo real e de amplo acesso são parte da visão dos autores desta edição, que deixarão um caminho aberto para o futuro.

A construção deste Atlas foi possível graças ao engajamento generoso de centenas de profissionais e instituições em todo o território nacional. A mobilização das academias estaduais e distrital, dos serviços assistenciais e dos paliativistas que contribuíram com informações demonstra que os cuidados paliativos no Brasil são sustentados por uma comunidade comprometida, ética e tecnicamente qualificada.

Como autores, compartilhamos a convicção de que os cuidados paliativos não constituem uma prática acessória ou complementar, mas um componente essencial de qualquer sistema de saúde que se pretenda humano, eficiente e equitativo. O alívio do sofrimento relacionado a doenças graves é uma responsabilidade ética coletiva e deve ser reconhecido como prioridade sanitária.

Esperamos que o Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2025 seja utilizado como instrumento de planejamento, de formulação de políticas e de fortalecimento institucional. Que seus dados contribuam para reduzir desigualdades, ampliar o acesso e qualificar a assistência prestada às pessoas e às famílias que enfrentam situações de sofrimento intenso.

Mais do que um ponto de chegada, este Atlas é parte de um processo contínuo. Seguiremos aprimorando indicadores, ampliando parcerias e promovendo a integração nacional e internacional dos cuidados paliativos. O compromisso que nos move permanece o mesmo: garantir que cada pessoa, em qualquer região do país, tenha acesso oportuno a cuidado competente, compassivo e baseado em evidências.

Assinam esta obra, com responsabilidade compartilhada e espírito colaborativo, os autores do *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2025*.



Índice

1	Contextualização	14
2	Metodologia	16
3	Resultados e Discussão	20
4	Resultados por Estado e Discussão	82
5	Considerações Finais	138
6	Referências	142





Contextualização

1 Contextualização

O primeiro *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil* foi publicado em 2018, juntamente com o documento “**Análise Situacional e Recomendações para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil**”, marco inaugural da sistematização nacional de dados na área.² Naquele momento, além do mapeamento inicial dos serviços, foi proposta uma **classificação estruturada das Equipes de Cuidados Paliativos Especializadas**, com o objetivo de organizar conceitualmente os diferentes níveis de maturidade assistencial no país.

Essa classificação, que permanece como referência estruturante para o campo, definiu três subcategorias de equipes especializadas: **Grau I, Grau II e Grau III**, considerando critérios como composição da equipe, formação dos coordenadores, modalidades assistenciais ofertadas, inserção na rede de atenção e envolvimento com ensino e pesquisa.¹

As **Equipes Especializadas de Cuidados Paliativos Grau I** são estruturadas a partir de equipes assistenciais com jornada de trabalho dedicada aos cuidados paliativos, coordenadas por profissional com treinamento especializado mínimo de 3 meses. Atuam em pelo menos uma modalidade assistencial — internação hospitalar, atendimento domiciliar, ambulatorio ou unidade especializada/*hospice* — e dispõem de espaço físico próprio. Devem manter processo contínuo de educação na área e monitoramento de indicadores de qualidade. A equipe mínima é composta por médico e enfermeiro, com acesso a outros profissionais conforme necessidade.

As **Equipes Especializadas Grau II** representam um nível mais avançado de organização, constituindo equipes multiprofissionais completas e capacitadas que atuam especificamente com cuidados paliativos, atendendo de forma integral o paciente e seus familiares, atuando em toda a linha do cuidado. O coordenador médico deve possuir formação de especialização em cuidados paliativos (mínimo de 360 horas), enquanto os demais coordenadores apresentam formação ao menos de aperfeiçoamento na área. Essas equipes oferecem assistência especializada nos 4 diferentes regimes de atendimento — ambulatorial, hospitalar, domiciliar e unidade especializada em cuidados paliativos/*hospice* — com fluxos definidos de referência e contrarreferência, reuniões periódicas conjuntas e estrutura física adequada.

As **Equipes Especializadas de Cuidados Paliativos Grau III** configuram centros de referência, com equipe multidisciplinar completa, elevada capacidade técnica e integração plena à rede de atenção à saúde, incluindo atenção primária e domiciliar. Além dos requisitos de Grau II, contam com coordenação médica com título de área de atuação em cuidados paliativos, oferta regular de programas estruturados de educação especializada e/ou desenvolvimento contínuo de pesquisa na área, com abrangência regional ou nacional.

Essa estratificação representou, à época, um avanço conceitual importante ao permitir não apenas mapear a existência de serviços, mas também qualificar seu grau de estruturação e maturidade.

O *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2025* retoma essa base classificatória e a aplica ao cenário atual, permitindo categorizar os programas identificados como **não especializados, especializados Grau I, Grau II ou Grau III**, de acordo com os critérios estabelecidos. Essa abordagem amplia a capacidade analítica do Atlas, deslocando o foco exclusivo da contagem de programas para a compreensão de sua complexidade organizacional e capacidade assistencial.

Ao incorporar essa classificação histórica à metodologia atual — agora mais detalhada e abrangente — o Atlas 2025 consolida uma trajetória iniciada em 2018: evolui de um levantamento descritivo inicial para um instrumento mais sofisticado de análise estrutural e planejamento estratégico dos cuidados paliativos no Brasil.



2 Metodologia

2.1 Planejamento e construção do Atlas

O planejamento do *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2025* teve início em 2024, a partir de reuniões entre autoras e autores para definição dos objetivos, escopo e estratégia metodológica. Desde o princípio, buscou-se ampliar a robustez do levantamento nacional, incorporando aprendizados das edições anteriores e respondendo às transformações ocorridas no campo dos cuidados paliativos no Brasil.

Uma das principais evoluções desta edição foi a reformulação completa do instrumento de coleta de dados. O questionário, que em versões anteriores era mais enxuto, foi ampliado progressivamente até alcançar **189 perguntas estruturadas**, permitindo maior detalhamento das informações relativas à organização dos programas, modalidades assistenciais, capacidade instalada, acesso a medicamentos, composição das equipes, atividades de ensino e pesquisa, além da existência de protocolos clínicos e ações voltadas às famílias.

Essa ampliação teve como objetivo tornar o Atlas não apenas um instrumento de contagem de serviços, mas um retrato mais qualificado da maturidade e da capacidade assistencial dos cuidados paliativos no país.

2.2 Identificação dos programas e mobilização nacional

A identificação inicial dos programas de cuidados paliativos foi realizada a partir de múltiplas fontes. Foram utilizados como ponto de partida os dados do *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2022*³, além das listas atualizadas de Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) de cada estado.

A partir dessa base, solicitou-se às **Academias Estaduais de Cuidados Paliativos (AECPs)**, à **Academia Distrital de Cuidados Paliativos (ADCP-DF)** e a membros de referência da ANCP nos estados que realizassem, em seus respectivos territórios, a identificação de possíveis serviços ou programas de cuidados paliativos ainda não mapeados, bem como seus coordenadores e contatos institucionais.

Essa etapa foi fundamental para ampliar a cobertura do levantamento e reduzir a subnotificação, fortalecendo o caráter nacional e colaborativo do Atlas.

Após a consolidação das listas estaduais e distrital, a equipe de autores entrou em contato diretamente com os coordenadores identificados, por e-mail ou aplicativos de mensagens, enviando convite formal para participação no Atlas 2025. Paralelamente, a coleta foi amplamente divulgada nas redes sociais oficiais da ANCP e por meio de parcerias institucionais, estimulando a participação espontânea e a indicação de outros possíveis programas, em estratégia semelhante à técnica “bola de neve”.

Também foi realizada busca ativa direcionada a serviços que haviam participado de edições anteriores e que, inicialmente, não haviam respondido ao novo questionário.

A coleta de dados teve início em **maio de 2025** e se estendeu até **outubro de 2025**.

2.3

Definição adotada nesta edição

Nesta edição do *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil* adotou-se como unidade de análise o **Programa de Cuidados Paliativos**, em consonância com a metodologia atualmente utilizada nos atlas internacionais de cuidados paliativos.

Entende-se por programa a atuação específica e organizada de uma equipe profissional dedicada aos cuidados paliativos, vinculada a uma instituição de saúde e podendo abranger uma ou mais modalidades assistenciais. Entre essas modalidades incluem-se, por exemplo, internação hospitalar, interconsulta hospitalar, ambulatório, atendimento domiciliar, *hospice*, hospital-dia e atendimento em pediatria.

Essa definição permite maior precisão na identificação das estruturas assistenciais efetivamente organizadas, evitando duplicidades quando diferentes modalidades estão vinculadas ao mesmo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A adoção do conceito de programa aproxima o Atlas brasileiro das metodologias internacionais e amplia a comparabilidade externa dos dados.

2.4

Considerações éticas

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo rigorosamente os princípios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A confidencialidade dos dados foi garantida em todas as etapas do estudo, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018). As informações individuais não foram divulgadas sem autorização específica.

2.5

Coleta de dados

Após aprovação (CAAE 84668424.1.0000.5087; parecer consubstanciado 7.557.555), a coleta foi realizada por meio de **questionário eletrônico estruturado**, disponibilizado em plataforma digital.

O acesso ao instrumento foi condicionado à leitura e aceite do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, bem como à autorização institucional para fornecimento das informações. Todos os participantes declararam ciência dos objetivos da pesquisa e responsabilidade pela veracidade dos dados fornecidos.



© Pexels / Mizuno Kozuki

2.6

O questionário contemplou eixos centrais como:

- Identificação institucional (nome da instituição, localização e código CNES);
- Características do programa (modalidades assistenciais ofertadas, público atendido, número de atendimentos por mês, existência de leitos dedicados e unidades exclusivas);
- Disponibilidade de opioides e outros medicamentos essenciais;
- Composição da equipe multiprofissional, formação dos profissionais e carga horária dedicada;
- Formação do coordenador do programa;
- Atividades de ensino, pesquisa e capacitação;
- Existência de protocolos clínicos e ações voltadas a familiares e cuidadores.

Quando foram identificadas respostas incompletas ou incongruentes, realizou-se contato individual com os responsáveis para esclarecimentos e ajustes necessários.

Nos casos em que mais de uma modalidade assistencial estava vinculada a um mesmo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os dados foram unificados em um único registro institucional, adotando-se como unidade de análise o **Programa de Cuidados Paliativos**.



2.7

Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram organizados, revisados e consolidados para análise estatística descritiva. Foram calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas.

Além da análise do cenário nacional, foram realizadas comparações entre regiões e unidades da federação, bem como análise comparativa com edições anteriores do Atlas, permitindo a identificação de tendências e mudanças ao longo do tempo.

Os resultados foram apresentados em tabelas, gráficos e mapas georreferenciados, com o objetivo de facilitar a visualização e interpretação das desigualdades regionais e da capacidade instalada no país.

2.8

Limitações

Apesar do detalhamento ampliado do instrumento de coleta e da exigência de documentação comprobatória em algumas questões, a responsabilidade pela veracidade das informações é dos respectivos respondentes.

Como todo levantamento baseado em autorrelato institucional, o Atlas pode estar sujeito a subnotificação de programas não identificados, respostas incompletas ou interpretações distintas de determinados conceitos operacionais. Entretanto, a ampla mobilização nacional, a busca ativa e o contato individual para esclarecimento de inconsistências contribuíram para aumentar a confiabilidade dos dados apresentados.



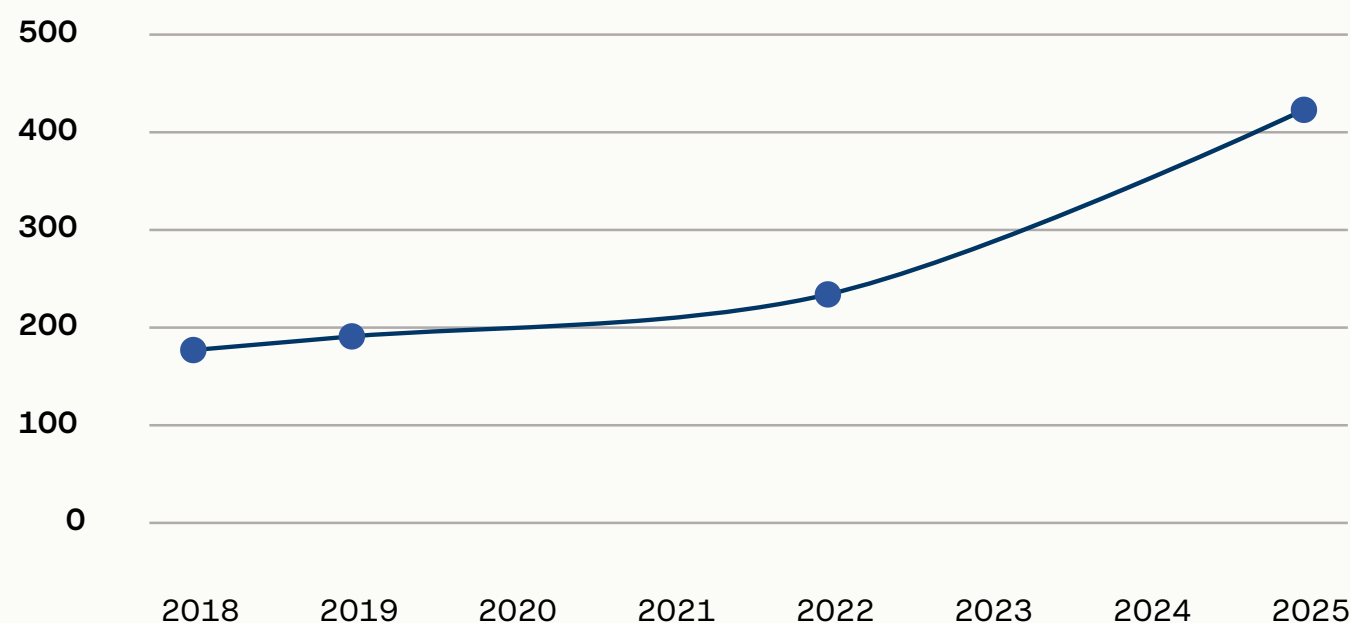
**Resultados
e Discussão**

3 Resultados e Discussão



O gráfico a seguir apresenta a evolução do número de estruturas de cuidados paliativos identificadas nas diferentes edições do Atlas da ANCP. Até 2022, a unidade de análise adotada foi o serviço, em 2025, passou-se a utilizar o conceito de programa institucional.

Evolução histórica dos serviços e programas (2018–2025)



Até 2022, a unidade de análise adotada pelo Atlas era o serviço. Em 2025, passou-se a utilizar o conceito de programa institucional. Nesse contexto, o número de estruturas identificadas **passou de 234 serviços, em 2022, para 423 programas, em 2025, correspondendo a uma diferença numérica de 80,7% entre os levantamentos.**

Essa diferença não deve ser interpretada exclusivamente como crescimento da oferta assistencial, em razão das mudanças conceituais e metodológicas introduzidas nesta edição.

Observa-se que a diferença mais expressiva entre os levantamentos ocorreu no período de 2020 a 2025, com acréscimo de 217 estruturas identificadas. Essa variação não representa necessariamente a criação de 217 novos programas, pois reflete simultaneamente a expansão real da oferta, a formalização de iniciativas previamente existentes, a ampliação da mobilização nacional e o aprimoramento metodológico do processo de identificação.



Expansão recente dos cuidados paliativos no Brasil: crescimento estrutural ou visibilidade institucional?

O número de estruturas identificadas passou de 234 serviços, em 2022, para 423 programas institucionais, em 2025, correspondendo a uma diferença numérica de 80,7% entre as duas edições.³ Essa variação, entretanto, não deve ser interpretada exclusivamente como expansão da oferta assistencial, uma vez que os levantamentos utilizaram unidades de análise e estratégias de identificação distintas. O resultado provavelmente reflete a combinação de crescimento real das equipes, formalização de iniciativas previamente existentes, maior mobilização nacional e aprimoramento metodológico do mapeamento. Desse modo, os dados indicam não apenas aumento quantitativo, mas também maior organização, institucionalização e visibilidade dos cuidados paliativos no sistema de saúde brasileiro.

A existência de programas implica em governança, integração intersetorial e continuidade assistencial, enquanto serviços podem representar iniciativas isoladas ou dependentes de indivíduos. Assim, mais do que crescimento numérico, os dados indicam um processo de institucionalização progressiva dos cuidados paliativos no sistema de saúde brasileiro.

A aceleração observada entre 2020 e 2025 acompanhou movimentos internacionais de incorporação dos cuidados paliativos como componente essencial da cobertura universal em saúde.⁴ A Assembleia Mundial da Saúde já reconhecia, em resolução específica, que os cuidados paliativos devem ser integrados em todos os níveis de atenção e ao longo do curso das doenças crônicas.⁵ No Brasil, esse período coincide com a consolidação das políticas nacionais, maior atuação das academias estaduais e ampliação da formação profissional, fatores previamente descritos como determinantes para desenvolvimento de serviços em países de renda média.⁶

Entretanto, a expansão não pode ser interpretada automaticamente como aumento proporcional de acesso populacional. A literatura mostra que a criação de equipes formais frequentemente antecede a capacidade de cobertura territorial e de atendimento longitudinal. Em países com sistemas públicos universais, a fase inicial do desenvolvimento costuma se caracterizar por concentração hospitalar e desigualdade regional, fenômeno também já observado em levantamentos

brasileiros anteriores.^{4, 6} Assim, o crescimento identificado no Atlas provavelmente reflete simultaneamente três processos: aumento real de equipes, formalização institucional de iniciativas previamente existentes e melhora metodológica na identificação.

Esse padrão é compatível com o modelo evolutivo descrito para o desenvolvimento global dos cuidados paliativos, no qual países passam progressivamente de iniciativas isoladas para integração sistêmica mediada por políticas públicas e educação profissional.⁷ O número crescente de programas após 2020 sugere que o Brasil pode estar transitando da fase de provisão localizada para uma fase de organização em rede, embora ainda distante da cobertura populacional recomendada internacionalmente.

Portanto, mais do que demonstrar apenas expansão quantitativa, os dados indicam mudança qualitativa: os cuidados paliativos deixam de depender predominantemente de iniciativas individuais e passam a ocupar espaço institucional reconhecido. O desafio subsequente não é apenas continuar crescendo em número de programas, mas transformar essa estrutura em acesso efetivo, territorialmente equitativo e integrado às redes de atenção à saúde.

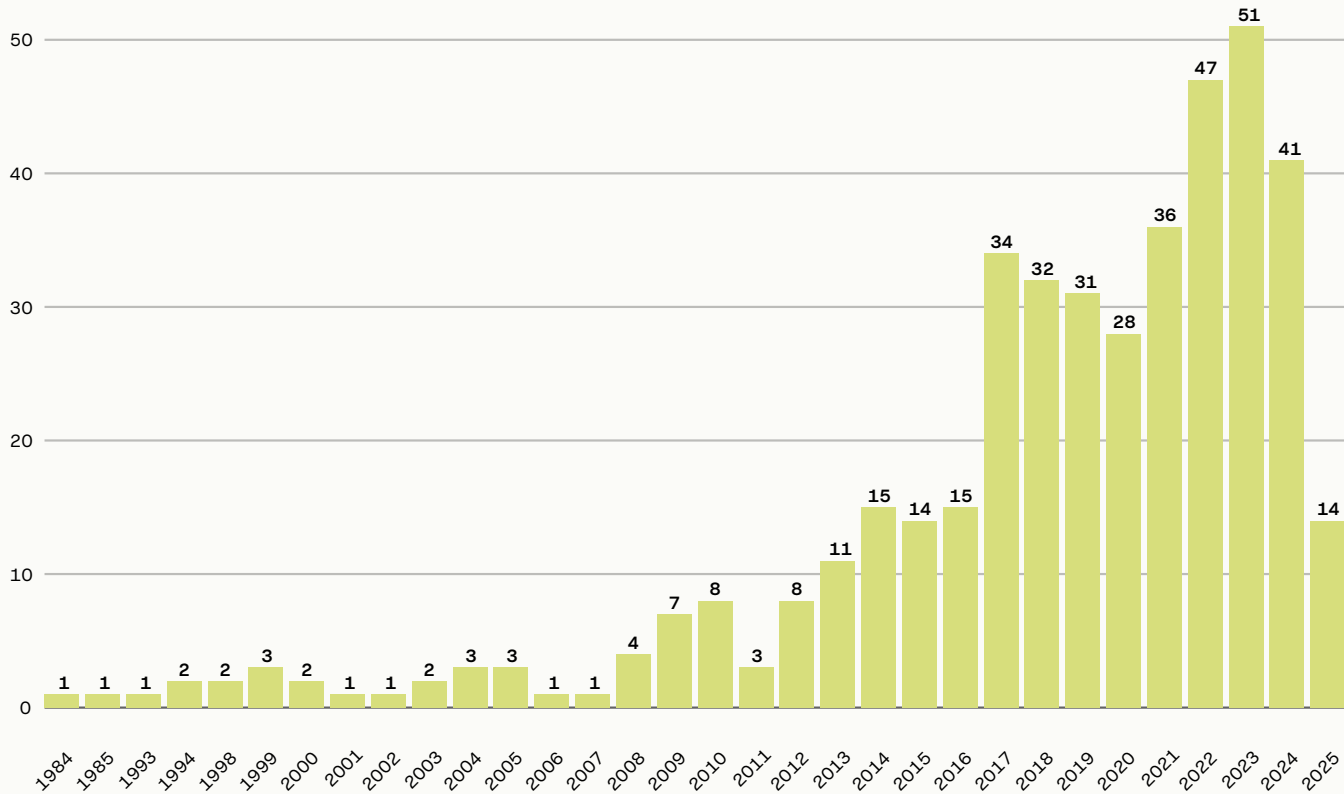
Idealmente, espera-se que os programas sejam planejados, que haja estruturação com dimensionamento de equipes, financiamento confiável e perene, equipes multiprofissionais adequadas para as recomendações internacionais, estrutura física, integração com as redes de atenção locais e regionais, protocolos validados, mudança de cultura e início das atividades de forma programada. Porém, o rápido aumento numérico de serviços pode não estar acompanhado de melhorias qualitativas e métricas que expressam o real valor para pacientes, familiares e território. Este é um desafio ainda maior, que, mesmo com um atlas de qualidade, deverá ser enfrentado a partir do momento presente.



Ano de criação dos programas de cuidados paliativos

O gráfico a seguir demonstra a distribuição dos programas segundo o ano de início de suas atividades.

FIGURA 01 – Número de programas de cuidados paliativos criados por ano



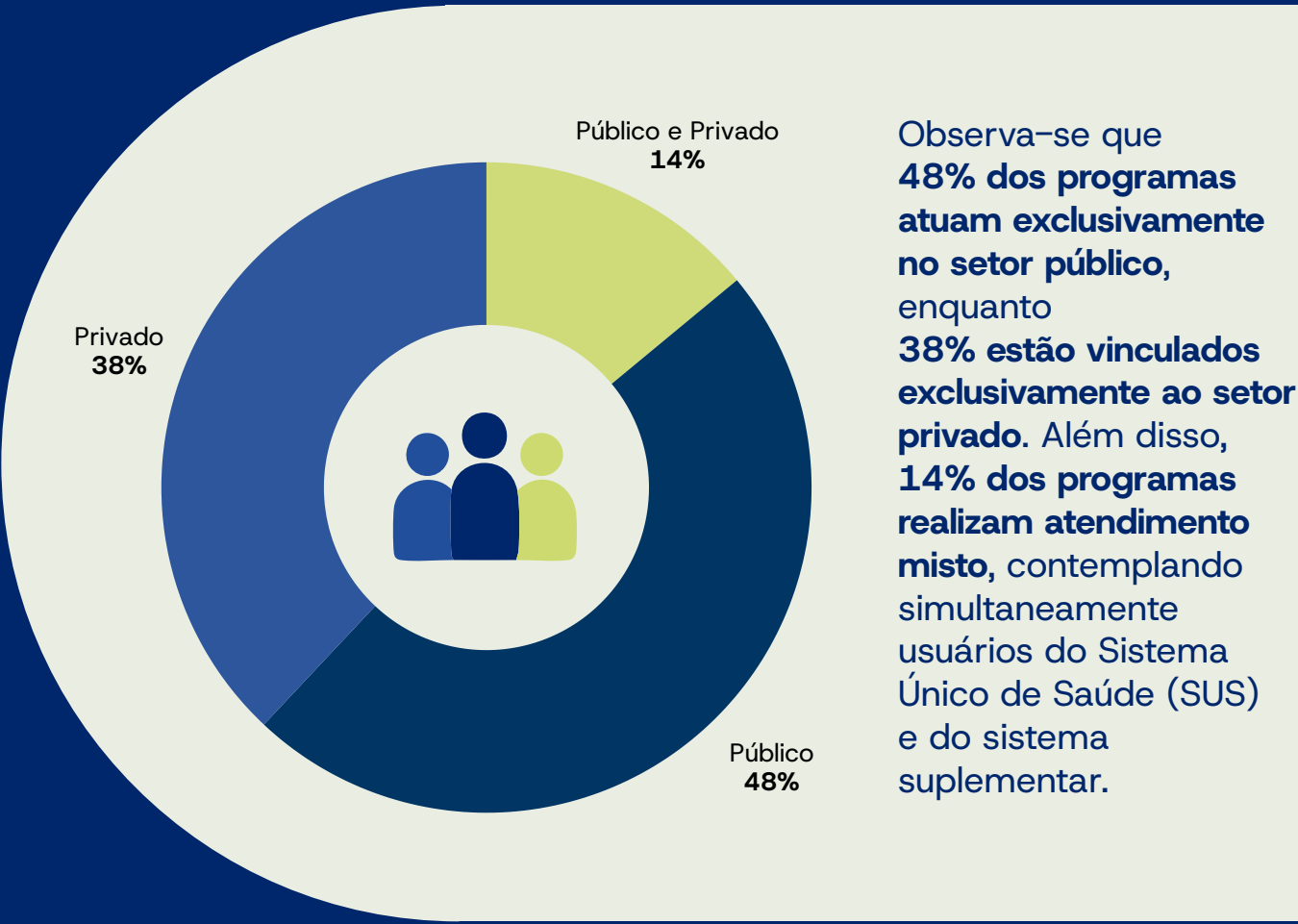
Nota-se crescimento progressivo ao longo das últimas duas décadas, com aumento de aproximadamente **1600% no número anual de novos programas entre 2005 e 2023**, com aceleração mais evidente a partir de 2016 e expansão particularmente expressiva entre 2020 e 2023. Esse período concentra o maior número de novos programas já registrados na história dos cuidados paliativos no Brasil.

A curva ascendente sugere consolidação progressiva do campo, maior reconhecimento institucional da área e ampliação da inserção dos cuidados paliativos nas redes assistenciais públicas e privadas. Ao mesmo tempo, a distribuição temporal evidencia que o desenvolvimento nacional ainda é relativamente recente, com grande parte dos programas criados nos últimos dez anos e concentração em alguns estados, o que reflete uma ausência de equidade na oferta do cuidado pelo país.

Vínculo dos programas com os setores público e privado

O gráfico a seguir apresenta a distribuição dos programas de cuidados paliativos segundo o perfil de atendimento — público, privado ou misto.

FIGURA 02 – Distribuição dos programas segundo o setor de atendimento



Observa-se que **48% dos programas atuam exclusivamente no setor público**, enquanto **38% estão vinculados exclusivamente ao setor privado**. Além disso, **14% dos programas realizam atendimento misto**, contemplando simultaneamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e do sistema suplementar.

Esses dados evidenciam que os cuidados paliativos no Brasil estão distribuídos entre os dois grandes segmentos do sistema de saúde, com presença relevante tanto no SUS quanto na rede privada. A proporção significativa de programas no setor público demonstra a crescente incorporação dos cuidados paliativos como componente assistencial do SUS, embora a coexistência com o setor privado reflita também a expansão da área em hospitais filantrópicos e instituições de saúde suplementar.

Distribuição público-privada:

integração sistêmica ou assimetria de desenvolvimento?

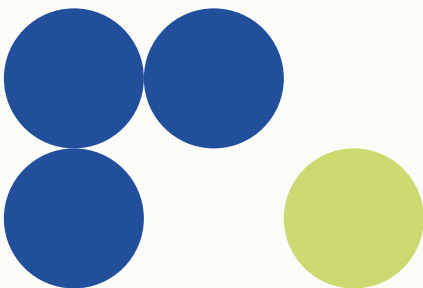
A distribuição dos programas de cuidados paliativos entre setor público (48%), privado (38%) e modelo misto (14%) evidencia que a área, no Brasil, não se desenvolveu exclusivamente na saúde pública ou suplementar, mas por trajetórias simultâneas.

Diferentemente do observado em sistemas universais maduros, nos quais a expansão costuma ser predominantemente conduzida por políticas públicas organizadas, países de renda média frequentemente apresentam crescimento inicial em instituições privadas, filantrópicas ou acadêmicas, com posterior incorporação progressiva ao sistema público.⁶

A presença expressiva de programas no setor suplementar brasileiro sugere que parte da expansão pode estar associada à maior capacidade estrutural dessas instituições em incorporar equipes multiprofissionais e modelos assistenciais longitudinalmente organizados. Enquanto o Sistema Único de Saúde opera de forma universal com territórios populosos e heterogêneos, a saúde suplementar lida com populações delimitadas, com semelhantes rendas e acesso a bens.

Sendo assim, apesar de as redes suplementares servirem-se dos conhecimentos do SUS, elas podem realizar implementações mais ágeis, para populações alvo menores.

Por outro lado, a participação de quase metade dos programas no SUS indica um movimento relevante de institucionalização. A Organização Mundial da Saúde recomenda que os cuidados paliativos sejam ofertados prioritariamente



no nível comunitário e integrados à atenção primária, garantindo acesso universal independente de capacidade de pagamento.⁵ Nesse sentido, a presença significativa no setor público representa avanço normativo importante, mas não necessariamente equidade de acesso. Sistemas mistos tendem a produzir cobertura desigual quando a expansão ocorre de forma paralela e não coordenada entre os setores.

Assim, a coexistência entre público e privado no Brasil provavelmente não representa complementaridade planejada, mas sim desenvolvimento heterogêneo do campo. A literatura internacional demonstra que, na ausência de financiamento estruturado e diretrizes nacionais operacionais, os cuidados paliativos tendem a se concentrar em centros urbanos e instituições com maior densidade tecnológica. Dessa forma, a distribuição observada sugere uma fase intermediária de desenvolvimento: presença institucional consolidada, porém ainda sem integração plena em rede assistencial territorial.

O principal desafio subsequente não é apenas ampliar o número de programas, mas reduzir a dependência de iniciativas institucionais isoladas e garantir cobertura populacional proporcional às necessidades epidemiológicas.

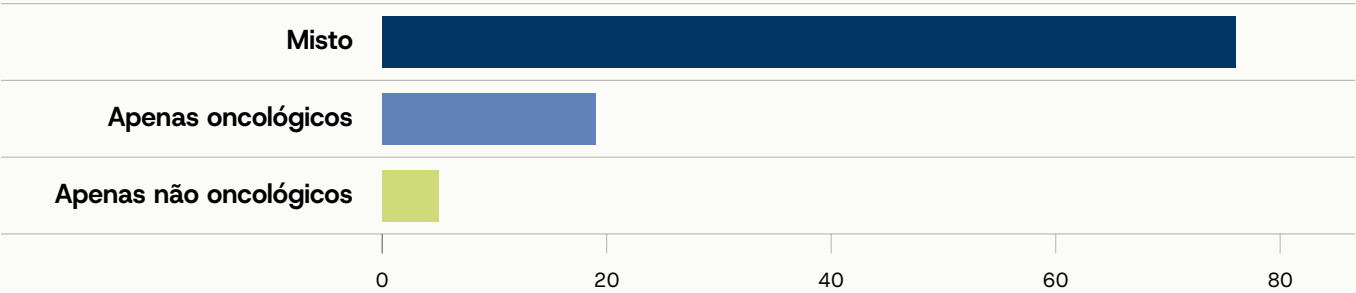
A articulação das redes de atenção em saúde enfrenta desafios estruturais que incluem a persistente fragmentação dos serviços, a insuficiência de mecanismos efetivos de coordenação do cuidado e a dificuldade de estabelecer fluxos contínuos entre os diferentes pontos da rede. A heterogeneidade dos modelos de gestão, a precariedade dos sistemas de referência e contrarreferência e a limitada comunicação intersetorial comprometem a integralidade da atenção e sobrecarregam serviços estratégicos, como a Atenção Primária e as urgências. Além disso, a integração exige reconhecer a complexidade dos determinantes sociais e subjetivos do processo saúde-doença, demandando práticas colaborativas, corresponsabilização entre equipes e construção de projetos terapêuticos compartilhados que superem lógicas isoladas de atuação.

Perfil de diagnósticos

atendidos pelos programas

O gráfico a seguir apresenta a distribuição dos programas de cuidados paliativos segundo o perfil diagnóstico da população atendida — exclusivamente oncológica, exclusivamente não oncológica ou mista.

FIGURA 03 – Perfil clínico da população atendida pelos programas



Observa-se que 76% dos programas atendem simultaneamente pacientes oncológicos e não oncológicos, caracterizando perfil assistencial misto. Por outro lado, 19% permanecem exclusivamente vinculados à oncologia, enquanto 5% dedicam-se apenas a condições não oncológicas.

Esses dados sugerem transição do modelo historicamente centrado no câncer para uma abordagem baseada em necessidades clínicas. Embora os cuidados paliativos no Brasil tenham se desenvolvido inicialmente no contexto oncológico, a predominância atual do perfil misto indica incorporação progressiva de pacientes com insuficiências orgânicas avançadas, doenças neurodegenerativas e condições crônicas complexas.

Tal padrão aproxima-se das recomendações internacionais, que definem cuidados paliativos como indicados para qualquer condição ameaçadora da vida, independente da etiologia.⁵ A permanência de programas exclusivamente oncológicos provavelmente reflete a origem hospitalar da especialidade e maior organização assistencial da oncologia, enquanto a baixa proporção de programas exclusivamente não oncológicos sugere que esses pacientes ainda acessam o cuidado predominantemente por serviços compartilhados.



Distribuição de programas por estado e região

A distribuição territorial dos programas de cuidados paliativos no Brasil revela heterogeneidade regional relevante, refletindo um processo de expansão ainda em consolidação no país. Embora se observe crescimento progressivo do número de serviços, a distribuição permanece desigual quando analisada em relação ao tamanho populacional, à organização regional das redes de saúde e à capacidade instalada dos sistemas locais.

Os gráficos e mapas a seguir permitem analisar a distribuição sob diferentes perspectivas: volume absoluto por região, distribuição geográfica por Unidade da Federação e razão de programas por 100.000 habitantes. Essa leitura combinada é fundamental para evitar interpretações simplificadas, permitindo diferenciar crescimento quantitativo de ampliação real de acesso assistencial.

Essa abordagem também permite identificar padrões de concentração e dispersão dos serviços, contribuindo para o reconhecimento de territórios com maior maturidade organizacional e daqueles onde a oferta ainda depende de estratégias indutoras. Trata-se, portanto, de uma ferramenta estratégica para subsidiar planejamento regional, definição de prioridades e monitoramento da expansão dos cuidados paliativos no país.



Distribuição geográfica por Unidade da Federação

A análise por Unidade da Federação evidencia maior concentração de programas nos estados do Sudeste e Sul, com destaque para São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Esse padrão sugere maior capilaridade organizacional nessas regiões e maior incorporação dos cuidados paliativos na estrutura dos sistemas locais de saúde.

Por outro lado, observa-se menor presença relativa em estados da Região Norte e em parte do Centro-Oeste e Nordeste, configurando vazios assistenciais relativos. Essa lacuna territorial pode impactar diretamente a oportunidade de acesso, especialmente em regiões onde a distância entre serviços especializados representa barreira adicional ao cuidado contínuo.

A identificação dessas desigualdades territoriais permite direcionar estratégias de expansão baseadas em regionalização, integração entre níveis de atenção e fortalecimento de modelos consultores. O mapeamento por estado, portanto, não apenas descreve a oferta existente, mas orienta a tomada de decisão sobre onde a expansão pode gerar maior impacto em termos de equidade.



Número de programas por região

A Região Sudeste concentra 40,7% dos programas identificados, seguida pelo Nordeste (26%), Sul (15,8%), Centro-Oeste (12,8%) e Norte (4,7%). Essa distribuição acompanha, em parte, a concentração populacional brasileira, mas também evidencia o caráter ainda concentrado da oferta de cuidados paliativos em determinadas regiões.

Entretanto, a análise baseada apenas em números absolutos pode levar a interpretações incompletas sobre acesso real. Avaliações internacionais recomendam que a disponibilidade de cuidados paliativos seja analisada também em relação à população e às necessidades epidemiológicas, evitando a superestimação da cobertura em regiões com maior número de serviços, mas também maior demanda assistencial.

FIGURA 04 – Distribuição dos programas de cuidados paliativos por região

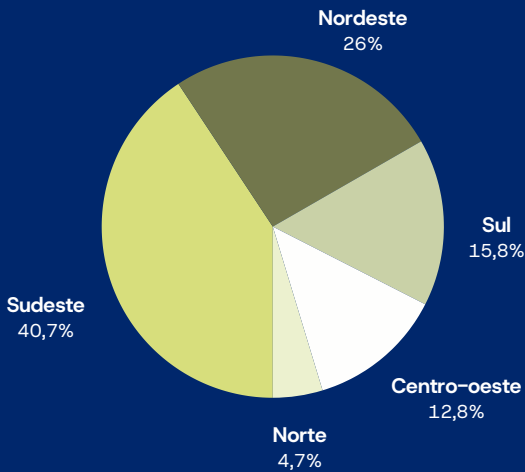
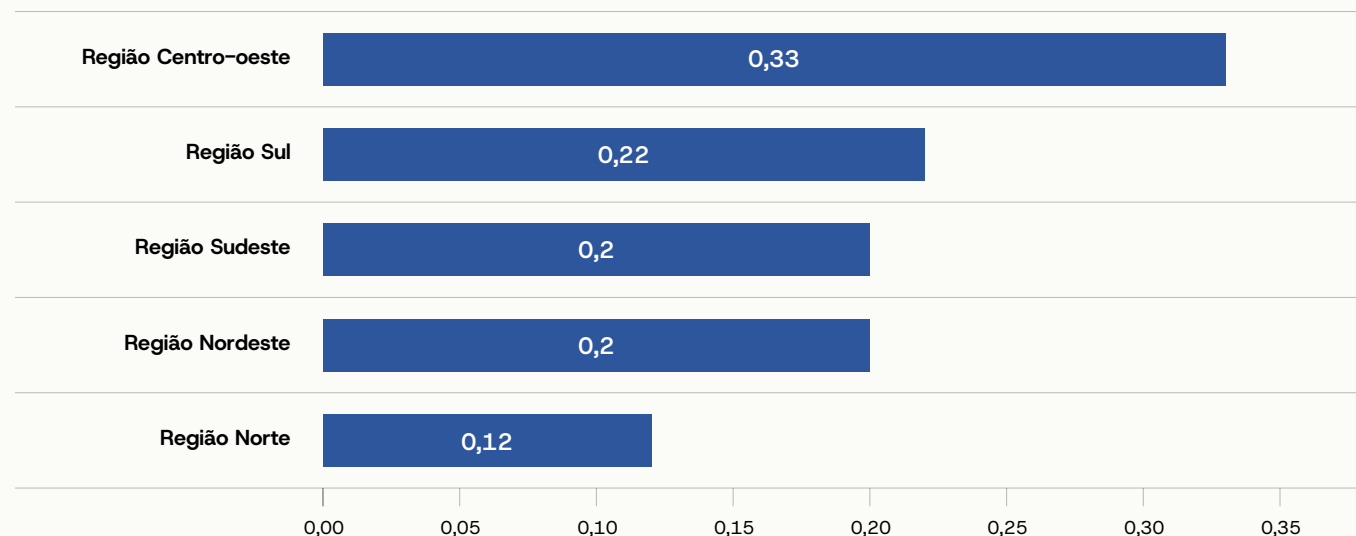


TABELA 01 – Número de programas de cuidados paliativos por Unidade da Federação

AC	1	ES	16	PB	7	RR	2
AL	3	GO	18	PE	13	RS	21
AM	2	MA	9	PI	6	SC	22
AP	0	MG	43	PR	24	SE	4
BA	35	MS	7	RJ	36	SP	77
CE	22	MT	7	RN	11	TO	2
DF	22	PA	8	RO	5		

Densidade de programas por 100.000 habitantes

FIGURA 05 – Densidade de programas por 100.000 habitantes



Quando ajustada pela população, a análise revela mudança relevante na interpretação da oferta regional. Embora o Sudeste concentre o maior número absoluto de programas, a melhor relação entre programas e habitantes encontra-se na Região Centro-Oeste (0,33 por 100.000 habitantes), indicando uma relação proporcionalmente mais favorável entre oferta e população.

Considerando o território brasileiro como um todo, observa-se uma densidade de aproximadamente 0,2 programas de cuidados paliativos por 100.000 habitantes. Esse valor evidencia uma oferta ainda reduzida quando comparada a parâmetros internacionais. A European Association for Palliative Care (EAPC) utiliza como referência a disponibilidade de 2 serviços especializados de cuidados paliativos por 100.000 habitantes. Embora a comparação deva ser interpretada com cautela, em razão de diferenças conceituais, organizacionais e metodológicas na definição e contabilização dos serviços, a densidade observada no Brasil corresponde a aproximadamente um décimo desse parâmetro, evidenciando a importante lacuna ainda existente na oferta de cuidados paliativos no país.

Esse resultado reforça que a análise baseada exclusivamente em volume absoluto pode ocultar diferenças importantes na cobertura potencial. A densidade proporcional permite avaliar com maior precisão a disponibilidade relativa dos serviços

e constitui indicador mais sensível para comparação entre regiões com diferentes tamanhos populacionais.

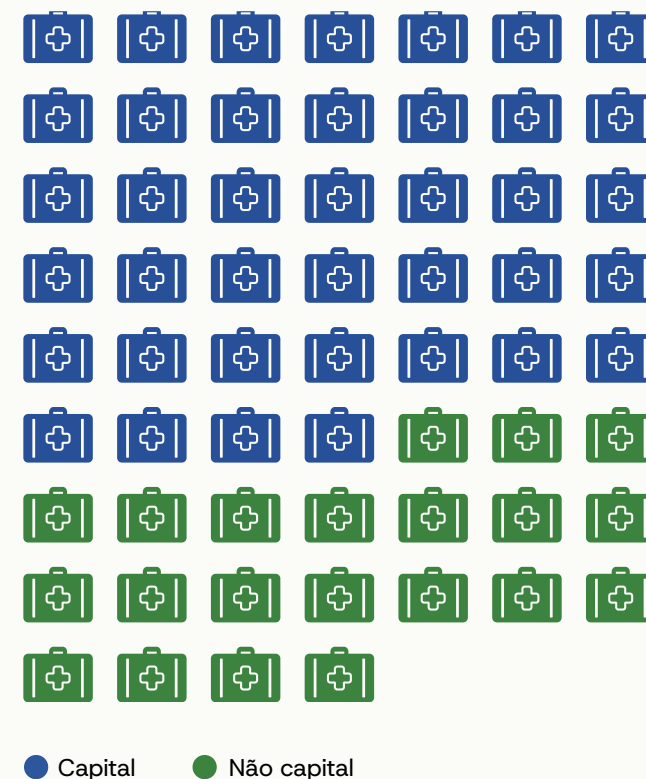
A persistência de menor densidade na Região Norte (0,12) reforça a necessidade de estratégias específicas para ampliação da oferta nessa região. Políticas de expansão regional, desenvolvimento de equipes multiprofissionais e fortalecimento da atenção primária podem representar caminhos relevantes para reduzir essas assimetrias.

Importante salientar que a densidade de programas por população deve ser interpretada com cautela, pois esse indicador não considera diferenças na capacidade assistencial, no perfil de financiamento ou no acesso aos serviços. Programas vinculados ao SUS, especialmente aqueles inseridos em redes de acesso ampliado, podem atender um número significativamente maior de pessoas do que serviços de menor porte ou com acesso restrito. Assim, a simples relação entre número de programas e população não representa, necessariamente, a cobertura efetiva de cuidados paliativos em determinado território. Um único programa com elevada capacidade assistencial pode alcançar mais pessoas do que diversos programas de menor porte. Dessa forma, a densidade de programas constitui um indicador relevante da disponibilidade de serviços, mas deve ser analisada em conjunto com informações sobre capacidade de atendimento, acesso e cobertura populacional.



Distribuição dos programas entre capitais e demais municípios

FIGURA 06 – Distribuição dos programas entre capitais e demais municípios



A análise da localização municipal mostra que 65% dos programas estão situados em capitais estaduais, enquanto 35% estão em municípios do interior. Esse padrão reflete a concentração histórica dos serviços especializados em grandes centros urbanos e evidencia o papel das capitais como polos estruturadores da oferta assistencial.

Embora esse arranjo possa favorecer a concentração de expertise e a formação de equipes especializadas, ele também pode gerar dependência regional desses centros, especialmente em estados com grande extensão territorial. Esse cenário reforça a importância de estratégias que promovam maior capilaridade dos cuidados paliativos.

A interiorização dos cuidados paliativos permanece, portanto, como eixo estratégico para a consolidação de uma rede assistencial mais equitativa. A expansão de modelos regionais, a integração com a atenção primária e o fortalecimento da assistência domiciliar representam caminhos promissores para ampliar o acesso e reduzir desigualdades territoriais.

Formação profissional dos coordenadores dos programas

A análise da formação profissional dos coordenadores dos programas de cuidados paliativos evidencia predominância da liderança médica, presente em 375 programas mapeados. Esse padrão é consistente com a trajetória histórica de implantação dos cuidados paliativos no Brasil, frequentemente vinculada a serviços hospitalares e especialidades médicas com maior proximidade com pacientes com doenças ameaçadoras da vida.

Observa-se, entretanto, a presença crescente de coordenação exercida por outros profissionais da saúde, especialmente enfermeiros (24), psicólogos (10) e assistentes sociais (4), além de fisioterapeutas (3) e técnicos de enfermagem (2). Também foram identificados casos pontuais de coordenação por nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, cirurgiões-dentistas e advogado, evidenciando a natureza interdisciplinar dos cuidados paliativos.

Essa diversidade profissional na coordenação pode refletir diferentes estágios de maturidade organizacional dos serviços e distintos arranjos institucionais. Ao mesmo tempo, reforça o caráter essencialmente multiprofissional dos cuidados paliativos e aponta para a importância de modelos de governança que valorizem competências interdisciplinares, independentemente da formação de origem do coordenador.

TABELA 02 – Profissão dos coordenadores dos programas de cuidados paliativos

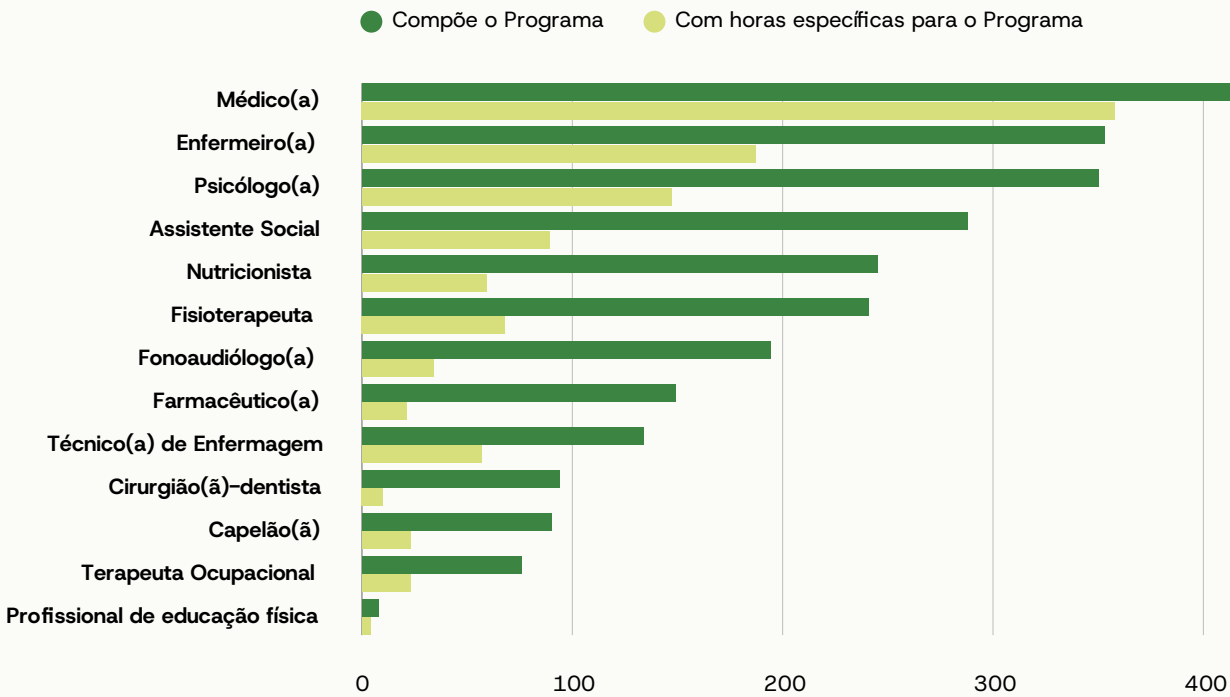
Advogado(a)	1
Cirurgião-dentista(a)	1
Farmacêutico(a)	1
Fonoaudiólogo(a)	1
Nutricionista	1
Técnico(a) em enfermagem	2
Fisioterapeuta	3
Assistente Social	4
Psicólogo(a)	10
Enfermeiro(a)	24
Médico(a)	375



Composição multiprofissional dos programas de cuidados paliativos

O gráfico a seguir apresenta a composição das equipes dos programas de cuidados paliativos, distinguindo entre profissionais que **compõem o programa** e aqueles que possuem **carga horária específica dedicada**.

FIGURA 07 – Composição profissional dos programas de cuidados paliativos



Além das categorias tradicionais da equipe de saúde, a pesquisa também identificou a presença dos seguintes profissionais:

administrativo, advogado(a), recepcionista, copeiro(a), zeladoria, assistente espiritual, bioeticista, auxiliar de enfermagem, professor(a), motorista, tutora de cão terapêutico, técnico(a) de farmácia, concierge/hospitalidade, terapeuta de pics e musicoterapeuta.

Observa-se que médicos(as) (423), enfermeiros(as) (353) e psicólogos(as) (350) estão presentes na maioria dos programas, configurando o núcleo assistencial predominante. Assistentes sociais (288), nutricionistas (245) e fisioterapeutas (241) também apresentam presença expressiva, evidenciando a consolidação progressiva da abordagem multiprofissional.

Entretanto, quando analisada a existência de carga horária específica dedicada ao programa, observa-se redução significativa em praticamente todas as categorias profissionais. Médicos(as) (358) e enfermeiros(as) (187) concentram a maior proporção de dedicação formal exclusiva, enquanto as demais categorias tendem a atuar de forma compartilhada com outros setores ou sob demanda institucional. Esse padrão sugere manutenção de uma organização do trabalho ainda hierarquizada, característica de fases iniciais de estruturação das equipes.

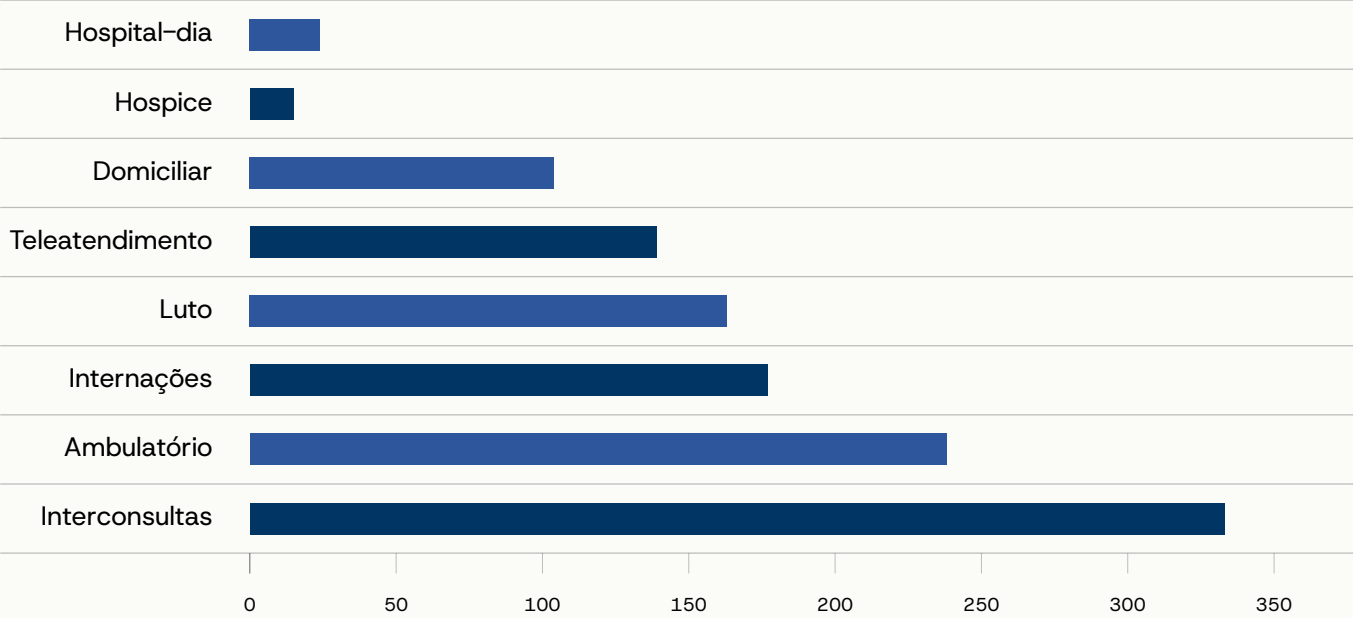
Assim, a presença de múltiplas categorias profissionais não implica necessariamente interdisciplinaridade estruturada, indicando que a expansão das equipes ainda convive com arranjos assistenciais parcialmente integrados.

Modalidades de atendimento



O gráfico a seguir apresenta a distribuição das modalidades assistenciais ofertadas pelos programas de cuidados paliativos no Brasil.

FIGURA 08 – Modalidades assistenciais dos programas de cuidados paliativos



Observa-se que a interconsulta hospitalar é a modalidade mais frequente, presente em 333 programas, seguida do atendimento ambulatorial (238) e da internação hospitalar (177). Também se destacam o acompanhamento do luto (163 programas) e o teleatendimento (139). A assistência domiciliar está presente em 104 programas, enquanto estruturas mais específicas, como *hospice* (15) e hospital-dia (24), são menos frequentes.

Esse padrão indica que os cuidados paliativos no Brasil permanecem predominantemente organizados a partir do hospital, especialmente sob modelo consultivo. A menor presença de *hospice* e hospital-dia sugere que dispositivos assistenciais próprios e territorializados ainda são limitados, com menor capilaridade da atenção continuada fora do ambiente hospitalar. Em termos de desenvolvimento do sistema, a predominância da interconsulta é característica de fases iniciais de implantação, nas quais o cuidado paliativo se integra progressivamente às equipes assistentes antes da consolidação de estruturas assistenciais próprias.

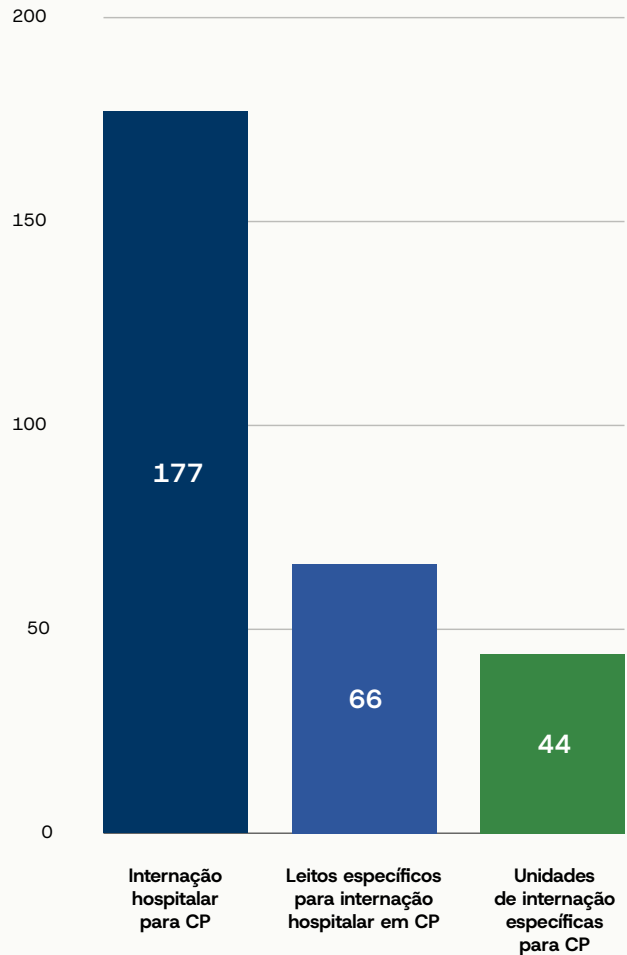
Além do local de cuidado, a distribuição das modalidades também sugere o momento de entrada do paciente na abordagem paliativa. Modelos predominantemente consultivos hospitalares costumam associar-se à introdução tardia do cuidado, frequentemente vinculada à descompensação clínica ou decisões de limitação terapêutica, enquanto maior disponibilidade de modalidades ambulatoriais e domiciliares se relaciona à integração precoce ao longo do curso da doença. Assim, os dados indicam que a expansão estrutural observada ainda não se traduz plenamente em incorporação longitudinal do cuidado.

Número de programas com internação hospitalar em cuidados paliativos



O gráfico a seguir detalha a estruturação da modalidade de atendimento hospitalar em cuidados paliativos no Brasil.

FIGURA 09 – Estrutura da internação hospitalar em cuidados paliativos



Entre os 423 programas identificados, 177 oferecem a modalidade de internação hospitalar em cuidados paliativos. Dentre esses, 66 dispõem de leitos especificamente destinados a pacientes em cuidados paliativos e 44 contam com unidade exclusiva para essa finalidade.

Os dados indicam que, embora a internação hospitalar esteja relativamente difundida, a estruturação formal do cuidado, representada por leitos dedicados e unidades próprias, permanece restrita. Esse padrão sugere que, na maioria dos cenários, a hospitalização ocorre por adaptação de leitos gerais e não em ambientes planejados para abordagem paliativa.

Do ponto de vista assistencial, a existência de unidades específicas está associada à maior padronização de condutas, melhor controle sintomático e menor exposição a intervenções desproporcionais no fim de vida, além de favorecer a atuação interdisciplinar contínua. Além do aspecto assistencial, unidades e leitos dedicados exercem função organizadora do fluxo hospitalar, permitindo manejo de sintomas refratários fora de ambientes de alta intensidade terapêutica e reduzindo permanências prolongadas em unidades críticas. Dessa forma, sua baixa disponibilidade não apenas limita a qualidade do cuidado, mas também restringe a capacidade do sistema de adequar o nível de complexidade ao objetivo terapêutico.

Adicionalmente, a presença de leitos específicos para os cuidados paliativos favorece o planejamento antecipado de cuidados e a previsibilidade clínica, permitindo condução mais proporcional das decisões terapêuticas e menor ocorrência de intervenções de urgência no fim de vida, aspecto associado a melhor qualidade assistencial e experiência de pacientes e familiares.

Leitos específicos de internação hospitalar em cuidados paliativos

Os gráficos a seguir detalham o perfil assistencial e o financiamento dos **leitos hospitalares específicos destinados aos cuidados paliativos**, permitindo compreender não apenas sua existência, mas também sua organização clínica e inserção no sistema de saúde.

Perfil diagnóstico dos pacientes nos leitos específicos

Os gráficos a seguir detalham o perfil assistencial e o financiamento dos leitos hospitalares específicos destinados aos cuidados paliativos, permitindo compreender não apenas sua existência, mas também sua organização clínica e inserção no sistema de saúde. A disponibilidade desses leitos representa um importante indicador do grau de institucionalização dos cuidados paliativos, especialmente no que se refere à capacidade dos serviços em estruturar fluxos assistenciais próprios para pacientes com necessidades complexas.

A análise dessas características permite compreender não apenas a capacidade instalada, mas também os diferentes arranjos adotados pelos serviços para integrar os cuidados paliativos à rede hospitalar. Nesse sentido, o perfil diagnóstico dos pacientes atendidos e o modelo de financiamento dos leitos constituem elementos relevantes para entender como essa oferta vem sendo organizada no país.

FIGURA 10 – Perfil clínico dos leitos hospitalares específicos

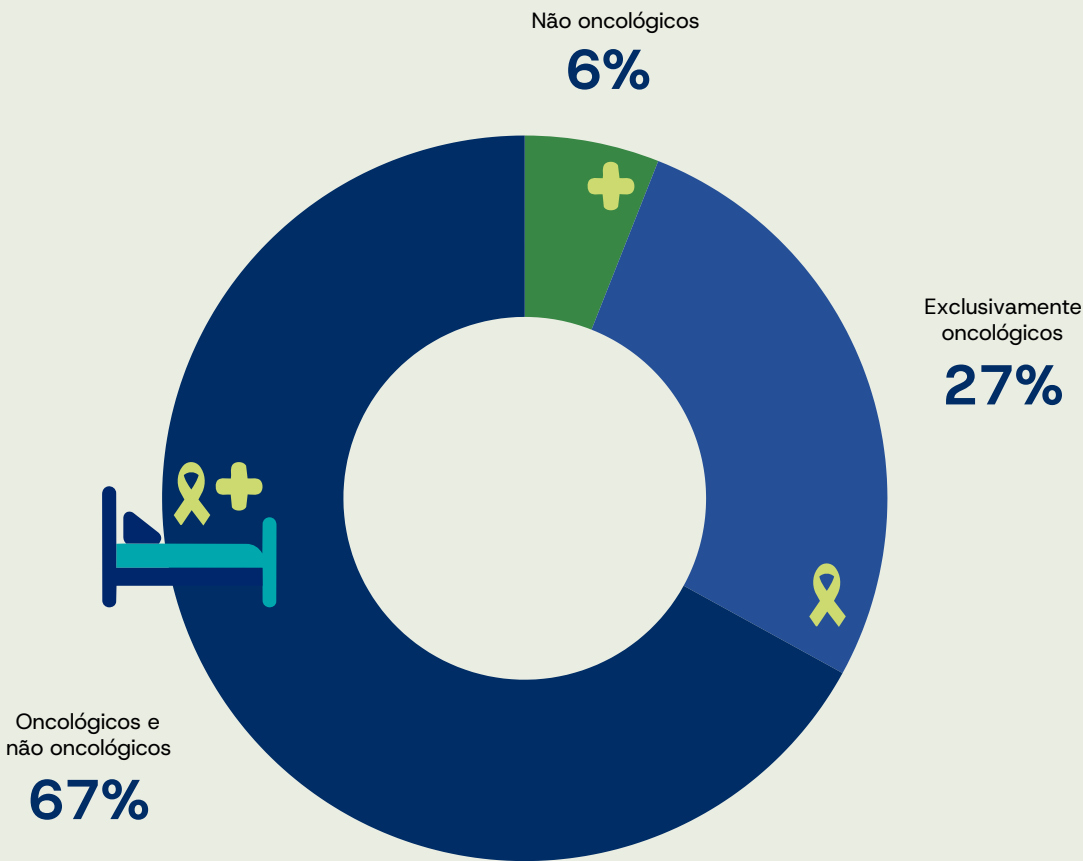
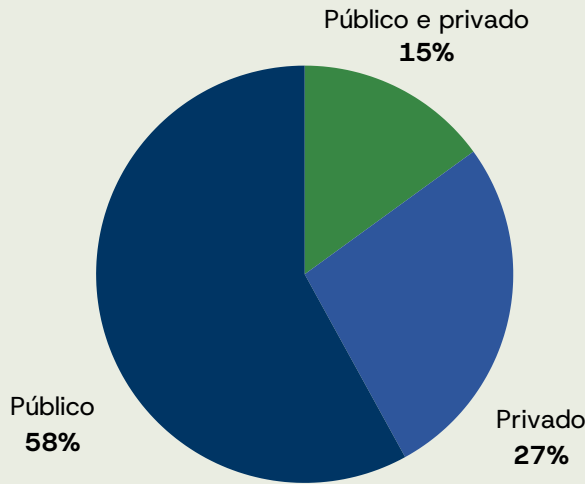


FIGURA 11 – Financiamento dos leitos hospitalares específicos



Financiamento dos leitos específicos

Em relação ao financiamento, observa-se que 58% dos leitos específicos estão vinculados exclusivamente ao setor público, 27% ao setor privado e 15% operam em regime misto. A predominância do financiamento público sugere que a implantação de leitos dedicados permanece fortemente associada à organização da oferta no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Ao mesmo tempo, a presença de leitos financiados pelo setor privado e por arranjos mistos demonstra que a expansão dessa modalidade assistencial também ocorre fora do setor público. Esse cenário indica que a consolidação dos leitos paliativos ocorre por diferentes vias institucionais, refletindo tanto iniciativas de política pública quanto movimentos de incorporação progressiva pela saúde suplementar.

Função sistêmica dos leitos de cuidados paliativos

A análise conjunta do perfil diagnóstico e do financiamento dos leitos sugere que sua implantação tende a ocorrer quando os cuidados paliativos passam a assumir função estruturante dentro da rede assistencial. O predomínio do financiamento público reforça a relação entre a criação desses leitos e processos de planejamento sanitário e reconhecimento institucional das necessidades assistenciais.

Por outro lado, a presença ainda relevante de leitos exclusivamente oncológicos indica que a organização clínica dos serviços não evolui de forma homogênea, mantendo, em alguns contextos, vínculos com a trajetória histórica de desenvolvimento da área. Esse cenário evidencia a coexistência de modelos organizacionais em diferentes estágios de maturidade.

Esse arranjo revela um contraste importante: enquanto equipes consultivas já operam de forma transversal em muitos serviços, a estrutura física dedicada permanece mais concentrada e dependente de decisões institucionais locais. Esse padrão sugere avanços na legitimação técnica dos cuidados paliativos, mas também indica desafios para a consolidação de sua inserção estrutural nas redes de atenção.

Do ponto de vista prospectivo, a expansão de leitos paliativos tende a depender não apenas do crescimento do número de equipes, mas também da incorporação de mecanismos regulatórios e de financiamento específicos. A definição de linhas de cuidado formais, a integração com a regulação hospitalar e o desenvolvimento de indicadores assistenciais próprios podem representar etapas importantes para transformar iniciativas institucionais em cobertura assistencial mais equitativa e sustentável.

Unidades específicas de internação em cuidados paliativos

Os gráficos a seguir apresentam o perfil assistencial e o modelo de financiamento das unidades exclusivas de internação em cuidados paliativos. A existência dessas unidades representa um nível mais avançado de estruturação dos serviços, indicando a organização de espaços assistenciais dedicados e a incorporação dos cuidados paliativos como componente formal da oferta hospitalar.

A caracterização dessas unidades permite compreender como diferentes arranjos institucionais têm viabilizado sua implantação, especialmente no que se refere às fontes de financiamento e aos modelos de gestão. Esses elementos contribuem para a análise do grau de institucionalização dos cuidados paliativos e de sua inserção na rede assistencial.

Perfil diagnóstico das unidades exclusivas

Em relação ao perfil assistencial, observa-se que 64% das unidades exclusivas atendem tanto pacientes oncológicos quanto não oncológicos, caracterizando um modelo assistencial misto. Esse padrão sugere ampliação do escopo clínico dos cuidados paliativos, em consonância com a compreensão contemporânea de sua aplicabilidade a diferentes condições crônicas e ameaçadoras da vida.

Por outro lado, 29% das unidades atendem exclusivamente pacientes oncológicos, enquanto 7% são destinadas apenas a condições não oncológicas. Esses dados indicam que, embora haja avanço na diversificação do perfil assistencial, ainda persistem modelos organizacionais centrados em grupos diagnósticos específicos.

Assim como observado nos leitos específicos, predomina o modelo assistencial ampliado. Contudo, a proporção ainda relevante de unidades exclusivamente oncológicas reforça que a integração plena dos cuidados paliativos para doenças não oncológicas permanece em processo de consolidação.

A predominância de financiamento público nas unidades exclusivas indica que a criação de estruturas próprias de cuidados paliativos tem ocorrido principalmente por decisão sanitária deliberada, e não por expansão orgânica do sistema de saúde. Diferentemente das equipes consultivas, que podem surgir por iniciativa local, unidades dedicadas exigem reconhecimento institucional do objetivo assistencial e reorganização dos fluxos hospitalares, configurando um marcador mais sensível do grau de maturidade do sistema.

Entretanto, a manutenção de proporção relevante de unidades exclusivamente oncológicas sugere que a estrutura física ainda tende a reproduzir trajetórias clínicas historicamente consolidadas, incorporando mais lentamente pacientes com doenças crônicas não oncológicas. Esse cenário aponta que a principal barreira atual pode ser menos conceitual e mais operacional, uma vez que, embora haja reconhecimento da universalidade de indicação, a organização da rede ainda se estrutura predominantemente por especialidades e não por necessidades clínicas.

Como perspectiva futura, a consolidação dessas unidades provavelmente dependerá menos da criação de novos serviços isolados e mais de sua integração formal aos mecanismos de regulação assistencial. A definição de critérios de elegibilidade baseados em necessidade paliativa, a articulação com a atenção domiciliar e a incorporação de indicadores próprios de qualidade podem contribuir para transformar essas unidades de iniciativas institucionais em dispositivos estruturantes da rede. Sem esse movimento, há risco de manutenção de expansão fragmentada, com unidades funcionando como estruturas isoladas em vez de pontos organizadores do cuidado.

Estudo brasileiro realizado em hospital oncológico da região Sudeste demonstrou que a integração precoce dos cuidados paliativos esteve associada à redução de intervenções potencialmente fúteis e à otimização da alocação de recursos no contexto hospitalar, com evidências de eficiência custo-efetiva.⁹ Esses achados reforçam que a integração precoce baseada em critérios assistenciais bem definidos pode produzir resultados positivos tanto para pacientes quanto para a organização do cuidado.

FIGURA 12 – Perfil clínico das unidades específicas de internação

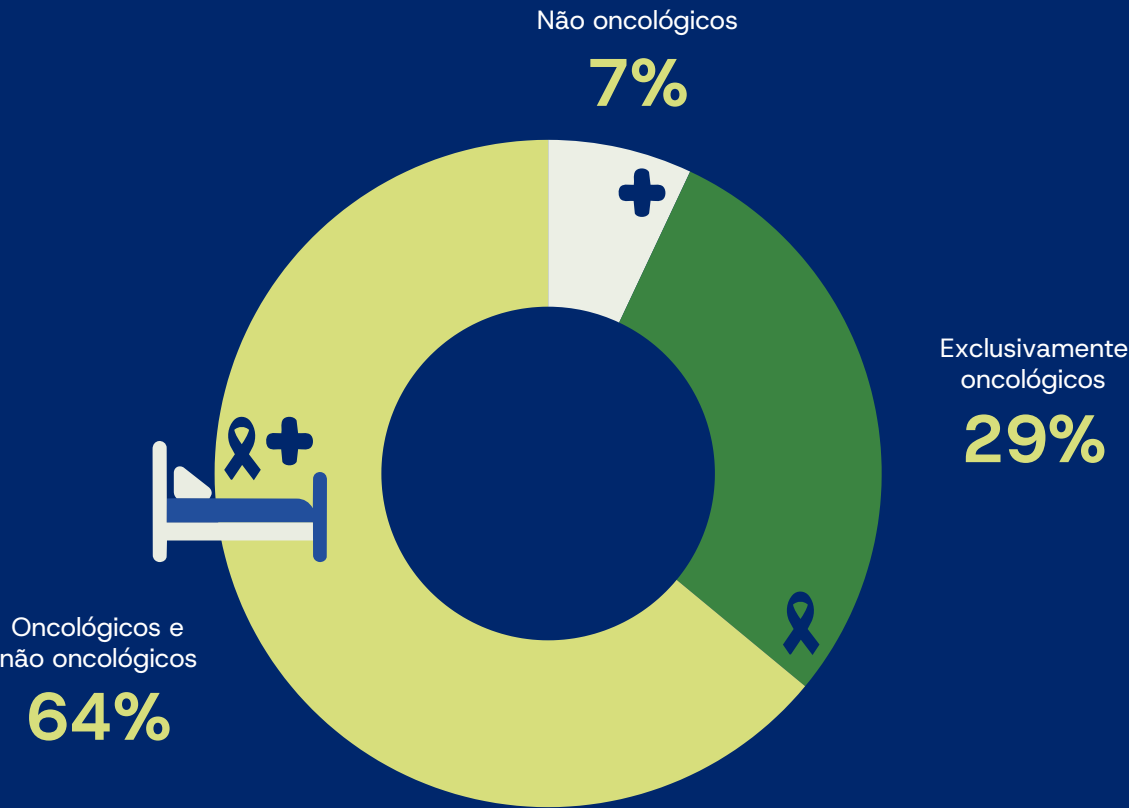
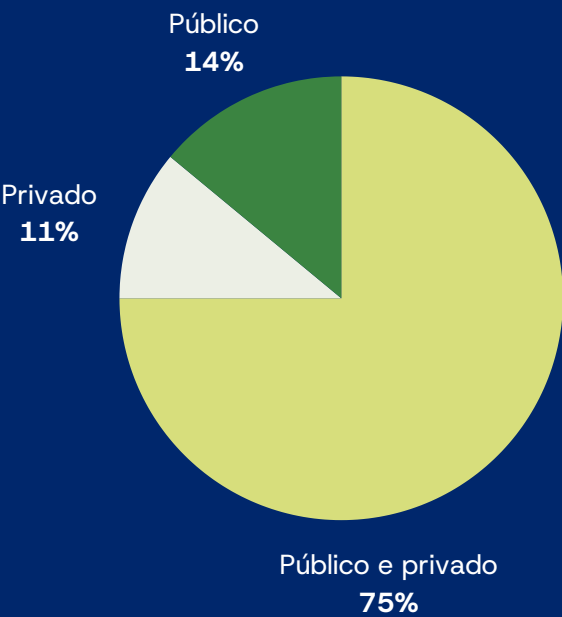


FIGURA 13 – Perfil de financiamento das instituições com unidades exclusivas de cuidados paliativos



Perfil de financiamento das instituições com unidades exclusivas de cuidados paliativos

Entre as unidades específicas de internação em cuidados paliativos, observa-se que 75% estão vinculadas exclusivamente ao setor público, 11% ao setor privado e 14% operam em modelo misto (público e privado). Esses dados evidenciam o papel central do financiamento público na estruturação dessa modalidade assistencial no país.

A predominância do financiamento público sugere que a implantação de unidades exclusivas tem ocorrido principalmente a partir de processos de planejamento sanitário e organização da rede assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, a presença de unidades privadas e de financiamento misto demonstra que a expansão também ocorre por diferentes arranjos institucionais.

Esse cenário reforça que a consolidação de unidades dedicadas depende não apenas da existência de equipes, mas também de decisões organizacionais e de financiamento que permitam estruturar espaços assistenciais próprios. A análise desses arranjos contribui para compreender os diferentes caminhos pelos quais os cuidados paliativos vêm sendo institucionalizados no país.

Leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos

A tabela a seguir apresenta o número de leitos próprios destinados à internação em cuidados paliativos, distribuídos por estado e região do país, permitindo visualizar a capacidade instalada dessa modalidade assistencial no território nacional.

No total, foram identificados 1.344 leitos específicos de cuidados paliativos no Brasil. A Região Sudeste concentra o maior número absoluto (468 leitos), seguida pelo Nordeste (432), Sul (216), Centro-Oeste (172) e Norte (56), evidenciando diferenças importantes na distribuição regional dessa estrutura assistencial.

Entre os estados, destacam-se aqueles com maior número de leitos próprios destinados aos cuidados paliativos:	São Paulo	208 leitos
	Pernambuco	156 leitos
	Santa Catarina	137 leitos
	Rio de Janeiro	135 leitos
	Minas Gerais	103 leitos
	Paraíba	100 leitos

Observa-se também a inexistência de leitos próprios em alguns estados, especialmente na Região Norte e em parte do Nordeste, evidenciando lacunas estruturais na oferta hospitalar específica.

Embora o número absoluto de leitos tenha aumentado em relação às edições anteriores do Atlas, a distribuição regional permanece heterogênea, com concentração significativa em determinados estados e polos assistenciais. Esse padrão sugere que a expansão dos cuidados paliativos no país ainda ocorre de forma polarizada, concentrando capacidade instalada em regiões específicas.

A existência de estados sem qualquer leito dedicado demonstra que o acesso à internação paliativa ainda depende mais da geografia institucional dos serviços do que da necessidade epidemiológica, configurando desigualdade territorial relevante. Esse cenário reforça que a expansão dos serviços ainda não ocorre de forma plenamente orientada por critérios de equidade assistencial.

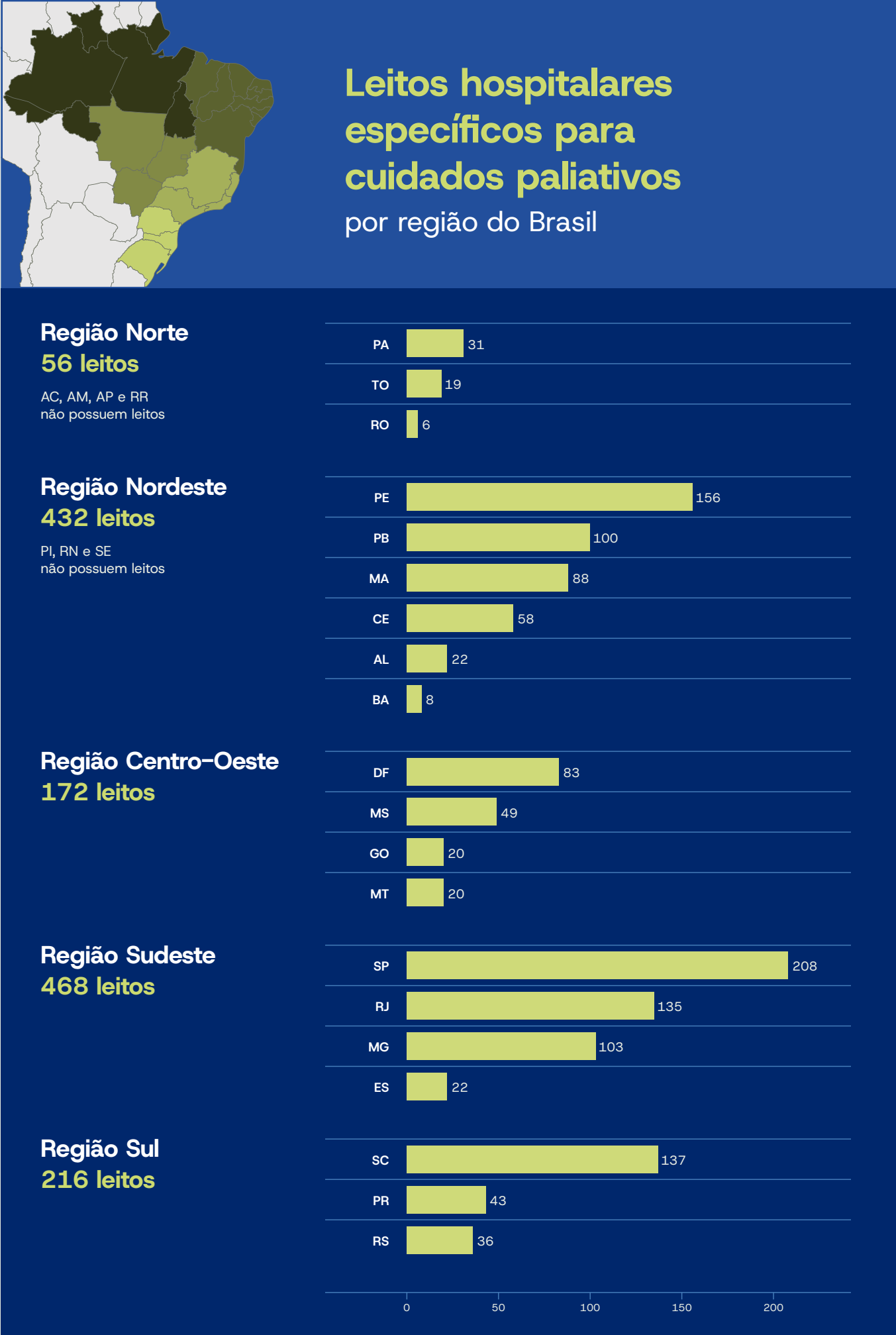
A concentração de leitos em alguns estados sugere que sua implantação não acompanha apenas a densidade populacional, mas também a presença de centros formadores, hospitais de maior complexidade e iniciativas locais estruturadas. Esse padrão indica

que o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil ainda segue um modelo difusivo, baseado em núcleos de referência, em vez de uma expansão planejada com base em cobertura populacional.

Como consequência, pacientes residentes em regiões sem leitos específicos tendem a acessar o cuidado hospitalar paliativo apenas em momentos de maior gravidade clínica, muitas vezes fora de seu território de residência. Esse padrão pode gerar deslocamentos evitáveis e maior fragmentação do cuidado.

Como perspectiva futura, a ampliação quantitativa isolada tende a ter impacto limitado na equidade assistencial se não vier acompanhada de critérios nacionais de distribuição. A adoção de parâmetros mínimos de cobertura populacional, a integração com a regulação de vagas e a articulação com a atenção domiciliar podem contribuir para que novos leitos se traduzam em ampliação real de acesso.

Na ausência desses mecanismos, persiste o risco de crescimento assimétrico, no qual o aumento absoluto de leitos não necessariamente resulta em maior equidade territorial no acesso aos cuidados paliativos.



Hospices e leitos de hospice

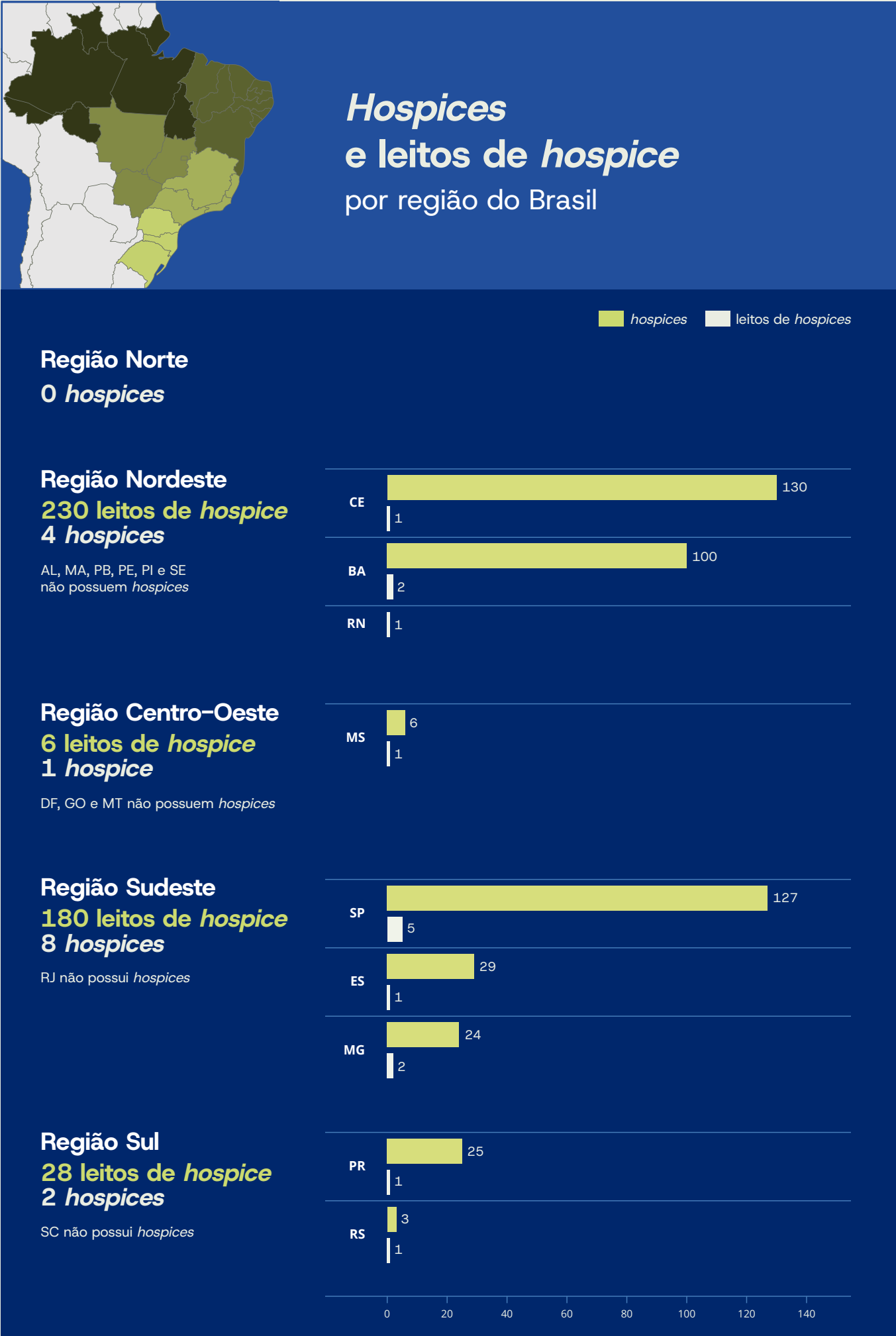
A tabela a seguir apresenta a distribuição regional de *hospices* e o número de leitos disponíveis no Brasil, permitindo visualizar a presença dessa modalidade assistencial no território nacional e sua contribuição para a oferta de cuidados paliativos especializados.

Foram identificados 15 *hospices* no país, totalizando 444 leitos. A distribuição regional demonstra concentração em determinadas regiões e ausência completa desse modelo assistencial na Região Norte, evidenciando assimetria na incorporação dessa modalidade no país.

A Região Sudeste concentra 8 *hospices* e 180 leitos, seguida pela Região Nordeste, com 4 *hospices* e 230 leitos. A Região Sul possui 2 *hospices* (28 leitos), enquanto o Centro-Oeste registra apenas 1 *hospice* (6 leitos), demonstrando distribuição ainda limitada e concentrada dessa estrutura assistencial.

Entre os estados, destacam-se aqueles com maior número de <i>hospices</i> e leitos disponíveis:	São Paulo	5 <i>hospices</i>	127 leitos
	Bahia	2 <i>hospices</i>	100 leitos
	Ceará	1 <i>hospice</i>	130 leitos
	Espírito Santo	1 <i>hospice</i>	29 leitos
	Minas Gerais	2 <i>hospices</i>	24 leitos

Observa-se que, apesar do crescimento progressivo dos cuidados paliativos no Brasil, o modelo *hospice* ainda apresenta caráter incipiente e distribuição geográfica concentrada. A inexistência dessa modalidade na Região Norte e sua presença ainda limitada em parte do Centro-Oeste e da Região Sul evidenciam desigualdades estruturais na disponibilidade desse tipo de serviço.



Número total de atendimentos mensais

A tabela a seguir apresenta o número total de atendimentos mensais realizados pelos programas de cuidados paliativos, distribuídos por estado e região, permitindo visualizar o volume assistencial produzido pelos serviços no país.

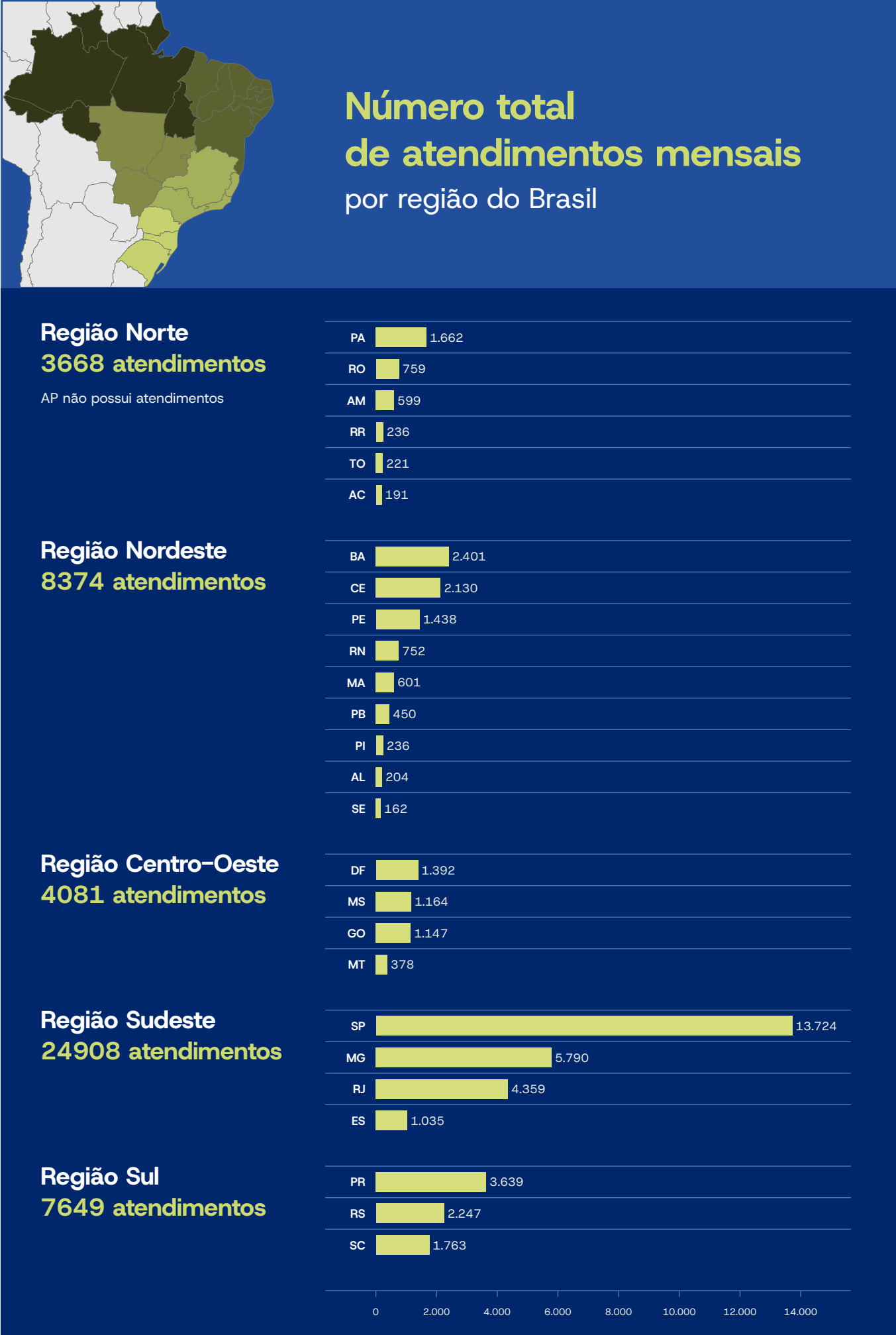
No conjunto nacional, os programas realizaram 48.680 atendimentos por mês. A Região Sudeste concentra o maior volume absoluto (24.908 atendimentos/mês), correspondendo a aproximadamente metade da produção nacional. Em seguida, destacam-se a Região Nordeste (8.374), Sul (7.649), Centro-Oeste (4.081) e Norte (3.668).

Entre os estados, sobressaem aqueles com maior volume mensal de atendimentos:

São Paulo	13.724 atendimentos/mês
Minas Gerais	5.790 atendimentos/mês
Rio de Janeiro	4.359 atendimentos/mês
Paraná	3.639 atendimentos/mês
Bahia	2.401 atendimentos/mês
Ceará	2.130 atendimentos/mês



O volume assistencial acompanha, em grande medida, a concentração populacional e o número absoluto de programas nas regiões com maior estrutura instalada. Entretanto, a análise isolada do número total de atendimentos não traduz integralmente a cobertura populacional, sendo necessária sua interpretação em conjunto com a densidade regional de programas e de leitos para melhor compreensão do acesso potencial aos cuidados paliativos.



Número de atendimentos mensais em interconsultas

A tabela a seguir apresenta o número mensal de atendimentos realizados na modalidade de interconsulta hospitalar pelos programas de cuidados paliativos, permitindo dimensionar a atuação das equipes na interface com outros serviços hospitalares.

No total nacional, foram registrados 14.525 atendimentos mensais em interconsultas. A Região Sudeste concentra o maior volume (8.053 atendimentos/mês), seguida pelas regiões Nordeste (2.752), Sul (1.744), Centro-Oeste (1.066) e Norte (910), evidenciando a distribuição regional dessa modalidade assistencial.



Entre os estados, destacam-se aqueles com maior volume mensal de interconsultas:

São Paulo	4.573 interconsultas/mês
Minas Gerais	2.087 interconsultas/mês
Bahia	942 interconsultas/mês
Rio de Janeiro	911 interconsultas/mês
Pará	605 interconsultas/mês

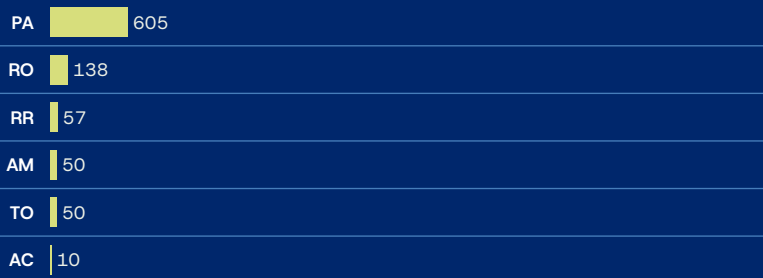
O elevado volume de interconsultas reforça o papel das equipes de cuidados paliativos como suporte especializado dentro do ambiente hospitalar. Esse padrão também evidencia a importância do modelo consultivo como estratégia predominante de inserção dos cuidados paliativos na rede hospitalar brasileira.



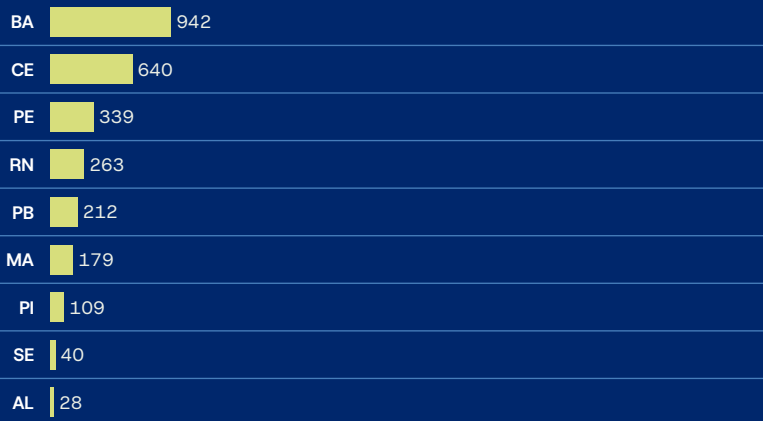
Número de atendimentos mensais em interconsultas por região do Brasil

Região Norte 910 interconsultas

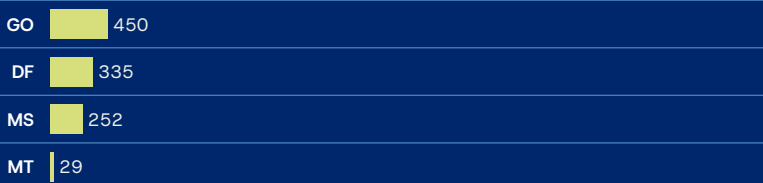
AP não possui interconsultas



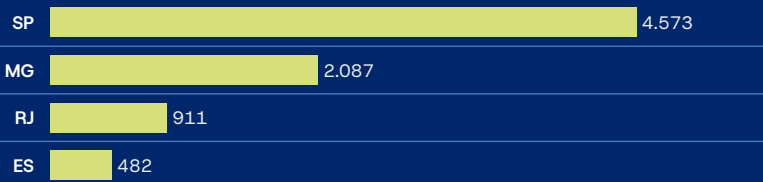
Região Nordeste 2752 interconsultas



Região Centro-Oeste 1066 interconsultas



Região Sudeste 8053 interconsultas



Região Sul 1744 interconsultas



0 1.000 2.000 3.000 4.000 5.000

Número de atendimentos mensais em internação hospitalar

A tabela a seguir apresenta o número de atendimentos mensais realizados na modalidade de internação hospitalar em cuidados paliativos, modalidade destinada a pacientes com maior complexidade clínica e necessidade de controle intensivo de sintomas ou reorganização do plano terapêutico.

No total nacional, foram registrados 5.983 atendimentos mensais em internação hospitalar. A distribuição regional demonstra maior concentração na Região Sudeste (2.416 atendimentos/mês), seguida pela Região Nordeste (1.101), Sul (1.029), Centro-Oeste (968) e Norte (469), refletindo a maior disponibilidade de serviços hospitalares estruturados nas regiões com maior densidade tecnológica em saúde.

Entre os estados, destacam-se:	São Paulo	1.195 internações/mês
	Minas Gerais	608 internações/mês
	Paraná	570 internações/mês
	Rio de Janeiro	532 internações/mês
	Mato Grosso do Sul	483 internações/mês

Comparativamente ao volume de interconsultas hospitalares, observa-se que a internação representa parcela menor do total de atendimentos, o que reforça o predomínio do modelo consultivo no país. Esse padrão é compatível com a organização contemporânea dos cuidados paliativos, na qual as equipes especializadas frequentemente atuam de forma matricial e consultiva dentro dos hospitais gerais, apoiando equipes assistenciais na condução de casos complexos sem necessidade de transferência para unidades específicas.

Do ponto de vista da organização assistencial, a internação em leitos dedicados de cuidados paliativos costuma estar associada a situações de maior complexidade clínica, como sintomas refratários, necessidade de monitoramento contínuo ou reorganização intensiva do cuidado. Em sistemas mais estruturados, esses leitos funcionam como dispositivos de transição assistencial, com foco em estabilização clínica, planejamento terapêutico e, sempre que possível, organização segura da desospitalização.

A relação entre o volume de internações e o número de interconsultas também pode ser interpretada como um indicador indireto do modelo de organização dos serviços. Sistemas com maior maturidade em cuidados paliativos tendem a apresentar forte atuação consultiva

e menor dependência proporcional de internação especializada, reservando os leitos dedicados para situações de maior complexidade e evitando hospitalizações desnecessárias.

Por outro lado, a disponibilidade de leitos específicos permanece um componente estrutural importante da rede, particularmente para garantir acesso a manejo intensivo de sintomas quando necessário. A ausência ou insuficiência desses leitos pode resultar em permanências prolongadas em enfermarias gerais ou em utilização inadequada de unidades de maior complexidade.

Nesse contexto, o volume de internações hospitalares em cuidados paliativos no Brasil sugere uma rede em processo de consolidação, na qual o modelo consultivo já apresenta forte presença, mas ainda coexistindo com a necessidade de expansão qualificada de leitos especializados para situações de maior complexidade clínica.

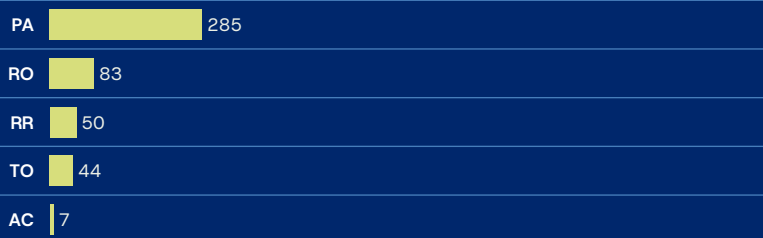
O equilíbrio entre a atuação consultiva e a disponibilidade de leitos especializados pode ser compreendido como um indicador da maturidade organizacional dos cuidados paliativos, refletindo a capacidade do sistema de ofertar cuidado proporcional à complexidade clínica e utilizar de forma adequada os diferentes dispositivos assistenciais da rede.



Número de atendimentos mensais em internação hospitalar por região do Brasil

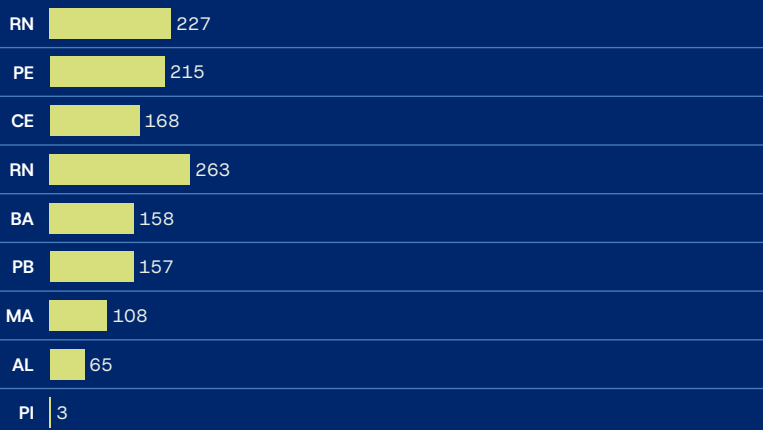
Região Norte 469 internações

AM e AP não possuem internações

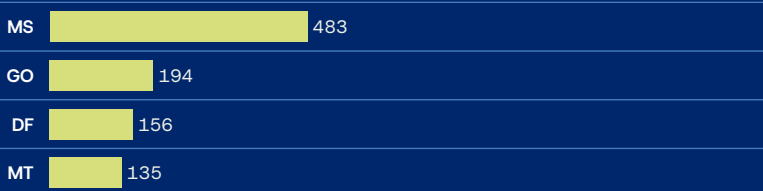


Região Nordeste 1101 internações

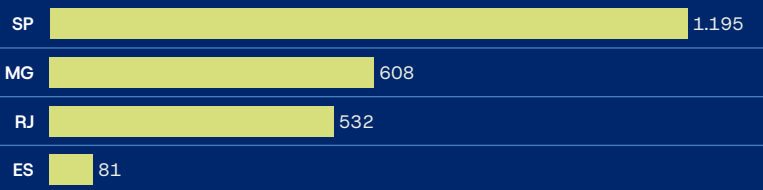
SE não possui internações



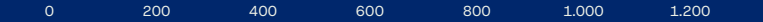
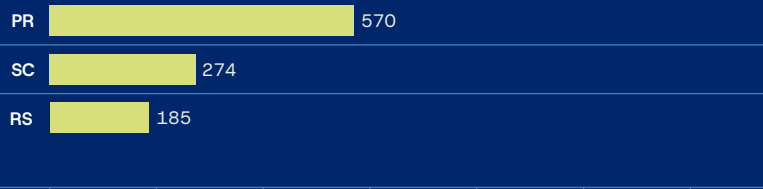
Região Centro-Oeste 968 internações



Região Sudeste 2416 internações



Região Sul 1029 internações



Número de atendimentos mensais em ambulatório

A tabela a seguir apresenta o número de atendimentos mensais realizados na modalidade ambulatorial pelos programas de cuidados paliativos, permitindo dimensionar a participação desse nível de atenção na oferta assistencial dos serviços.

No total nacional, foram registrados 15.584 atendimentos ambulatoriais por mês, configurando uma das principais modalidades assistenciais entre os programas analisados. A Região Sudeste concentra o maior volume (8.105 atendimentos/mês), seguida pelas regiões Nordeste (2.666), Sul (2.478), Centro-Oeste (1.217) e Norte (1.118).

Entre os estados, destacam-se aqueles com maior volume mensal de atendimentos ambulatoriais:

São Paulo	5.120 atendimentos/mês
Minas Gerais	1.465 atendimentos/mês
Rio de Janeiro	1.268 atendimentos/mês
Rio Grande do Sul	892 atendimentos/mês
Paraná	881 atendimentos/mês
Ceará	779 atendimentos/mês



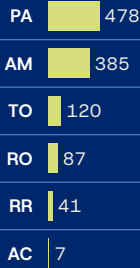
Quando comparado às internações hospitalares, o atendimento ambulatorial apresenta volume substancialmente superior, evidenciando sua relevância potencial para o acompanhamento longitudinal, modalidade que pode contribuir para reduzir hospitalizações potencialmente evitáveis.



Número de atendimentos mensais em ambulatório por região do Brasil

Região Norte 1118 atendimentos

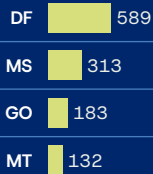
AP não possui atendimentos



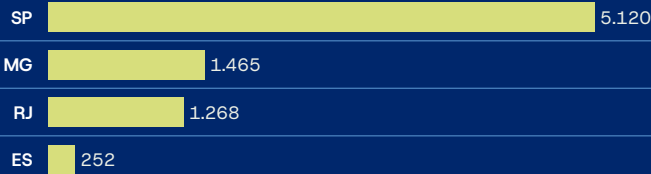
Região Nordeste 2666 atendimentos



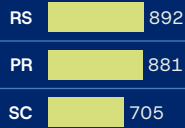
Região Centro-Oeste 1217 atendimentos



Região Sudeste 8105 atendimentos



Região Sul 2478 atendimentos



0 1.000 2.000 3.000 4.000 5.000 6.000

Número de atendimentos mensais em domicílio

A tabela a seguir apresenta o número de atendimentos mensais realizados na modalidade de atenção domiciliar em cuidados paliativos, permitindo dimensionar a participação dessa estratégia na organização da assistência prestada pelos programas.

No total nacional, foram registrados 5.185 atendimentos domiciliares por mês. A Região Sudeste concentra o maior volume (2.212 atendimentos/mês), seguida pelas regiões Nordeste (998), Sul (808), Norte (681) e Centro-Oeste (486), evidenciando a distribuição territorial dessa modalidade assistencial.

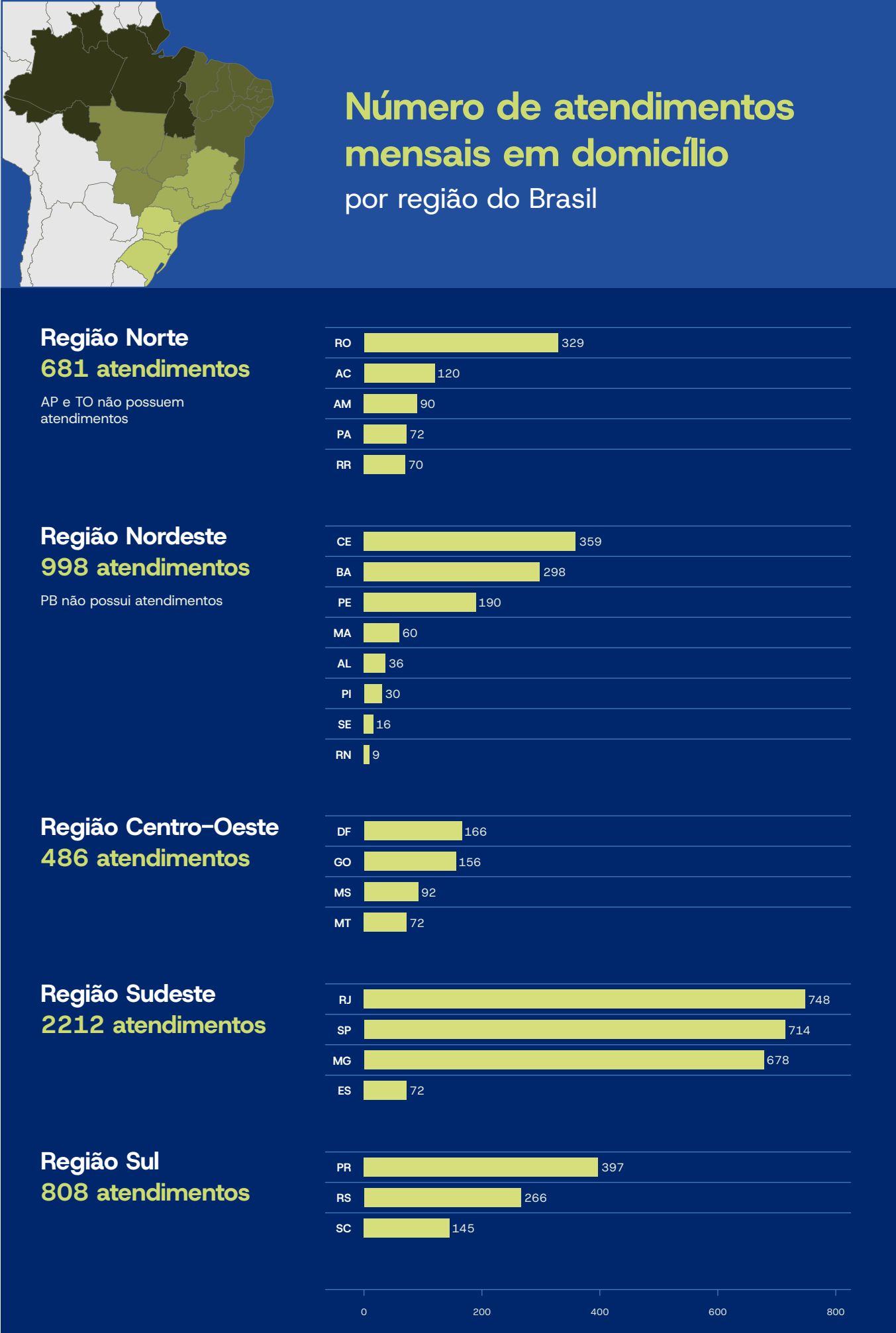


Entre os estados, destacam-se aqueles com **maior volume mensal de atendimentos domiciliares:**

Rio de Janeiro	748 atendimentos/mês
São Paulo	714 atendimentos/mês
Minas Gerais	678 atendimentos/mês
Paraná	397 atendimentos/mês
Ceará	359 atendimentos/mês
Rondônia	329 atendimentos/mês

O atendimento domiciliar representa modalidade estratégica para ampliação do acesso, promoção da continuidade do cuidado e redução de internações potencialmente evitáveis. Embora o volume seja inferior ao observado nas modalidades hospitalares e ambulatoriais, sua presença em todas as regiões demonstra avanço na integração dos cuidados paliativos à rede territorial de atenção à saúde.

A expansão dessa modalidade constitui elemento central para o fortalecimento de modelos assistenciais mais sustentáveis, humanizados e alinhados às preferências de pacientes e familiares, especialmente no que se refere à possibilidade de cuidado no território e à redução da dependência de internações hospitalares.



Número de atendimentos mensais por teleatendimento

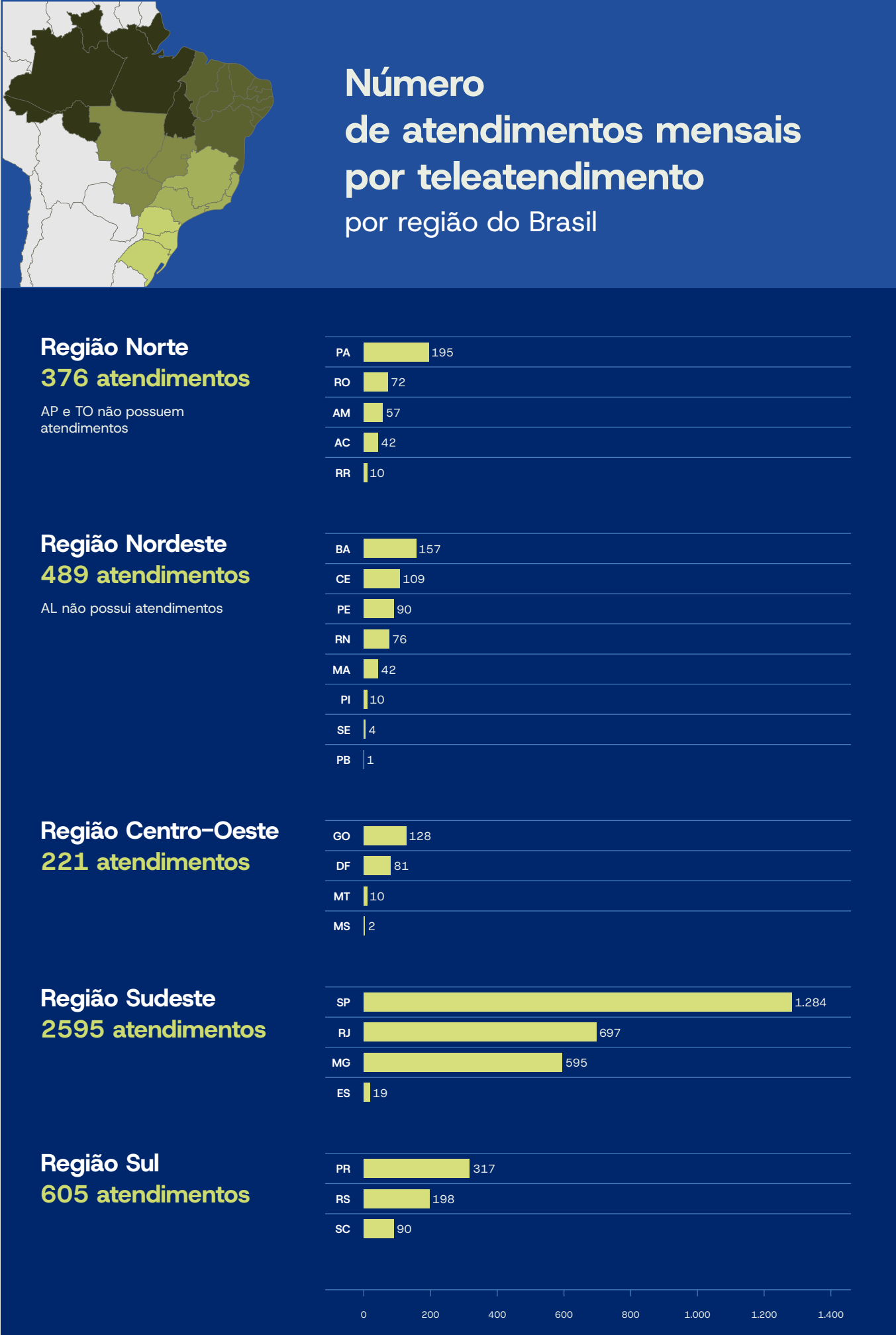
A tabela a seguir apresenta o número de atendimentos mensais realizados na modalidade de teleatendimento em cuidados paliativos, permitindo dimensionar a utilização dessa estratégia como componente complementar da assistência prestada pelos programas.

No total nacional, foram registrados 4.286 atendimentos mensais por teleatendimento. A Região Sudeste concentra o maior volume (2.595 atendimentos/mês), seguida pelas regiões Sul (605), Nordeste (489), Norte (376) e Centro-Oeste (221), demonstrando a incorporação progressiva dessa modalidade em diferentes contextos regionais.

Entre os estados, destacam-se aqueles com maior volume mensal de teleatendimentos:	São Paulo	1.284 atendimentos/mês
	Rio de Janeiro	697 atendimentos/mês
	Minas Gerais	595 atendimentos/mês
	Paraná	317 atendimentos/mês
	Pará	195 atendimentos/mês

O teleatendimento representa uma modalidade relativamente recente na organização dos cuidados paliativos no Brasil, mas já apresenta volume assistencial relevante. Sua utilização contribui para ampliar o alcance das equipes especializadas, facilitar o acompanhamento longitudinal e oferecer suporte clínico em regiões com menor densidade de programas.

Embora não substitua as modalidades presenciais, o teleatendimento vem se consolidando como ferramenta complementar estratégica, especialmente para seguimento clínico, orientação a equipes locais e apoio a pacientes e familiares em territórios com maior dispersão geográfica. Esse modelo também favorece a continuidade do cuidado e a articulação entre diferentes pontos da rede assistencial.



Número de atendimentos mensais em hospice

A tabela a seguir apresenta o número de atendimentos mensais realizados na modalidade *hospice*. No total nacional, foram registrados 655 atendimentos mensais em *hospice*, concentrados em número reduzido de estados e regiões.

A Região Sudeste apresenta o maior volume (399 atendimentos/mês), seguida pelo Nordeste (157) e pela Região Sul (99). As Regiões Centro-Oeste e Norte não registraram atendimentos mensais em *hospice*, refletindo a inexistência ou ausência operacional dessa modalidade nesses territórios.

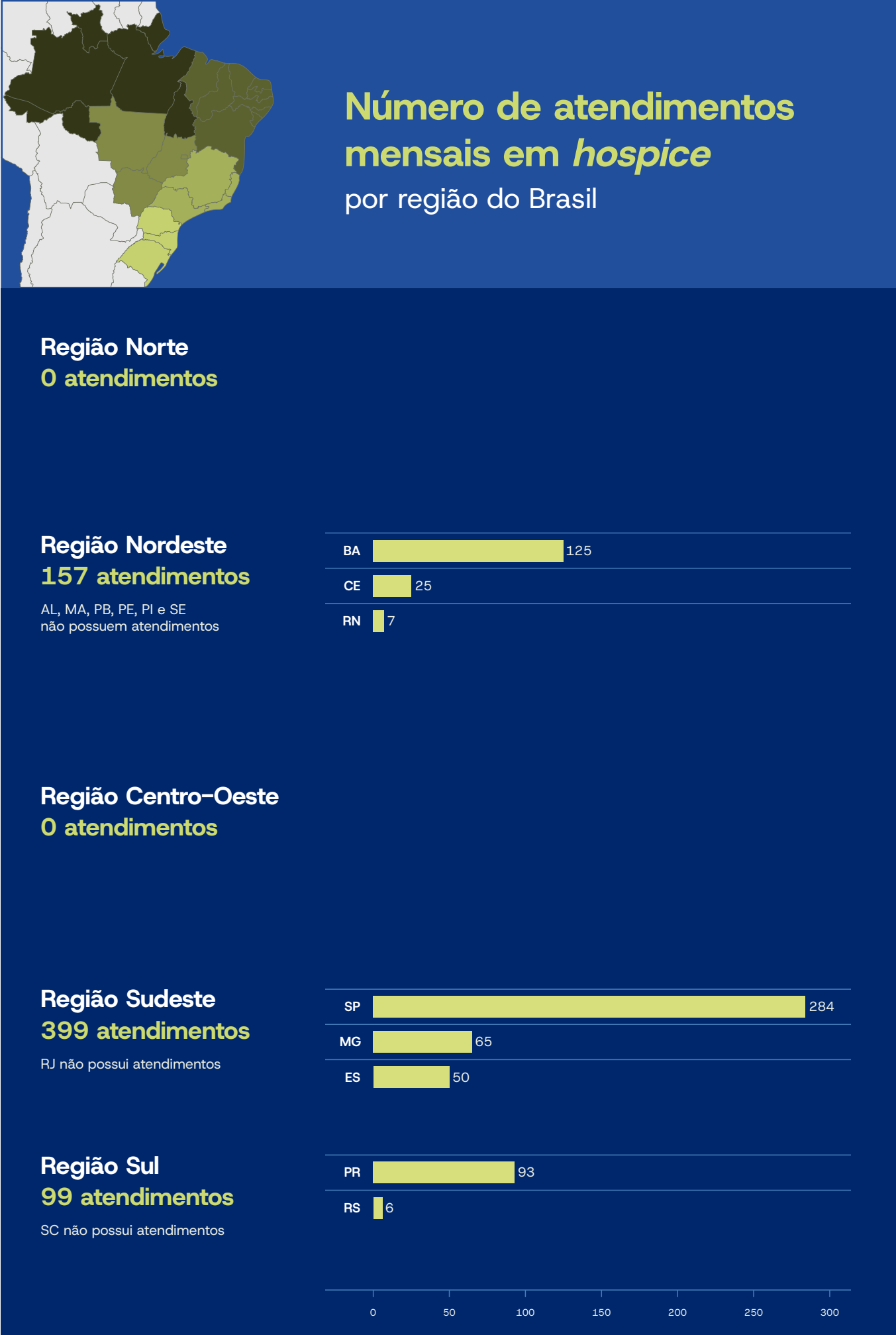
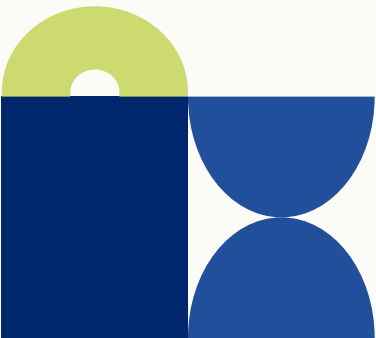
Entre os estados, destacam-se:

São Paulo	284 atendimentos/mês
Bahia	125 atendimentos/mês
Minas Gerais	65 atendimentos/mês
Espírito Santo	50 atendimentos/mês
Paraná	93 atendimentos/mês



O volume assistencial em *hospice* é significativamente inferior ao observado nas demais modalidades, o que reflete tanto o número reduzido de unidades quanto a concentração geográfica dessa estrutura no país.

A ausência dessa modalidade em regiões inteiras evidencia importante desigualdade estrutural e reforça que o modelo *hospice*, embora presente, ainda é incipiente no cenário nacional.



Número de atendimentos mensais em acompanhamento de luto

A tabela a seguir apresenta o número de atendimentos mensais destinados ao acompanhamento de familiares enlutados realizados pelos programas de cuidados paliativos no Brasil, componente reconhecido como parte integrante da abordagem paliativa ampliada.

No total nacional, foram registrados 1.474 atendimentos mensais relacionados ao acompanhamento do luto. A distribuição regional demonstra maior concentração na Região Sudeste (772 atendimentos/mês), seguida pela Região Sul (305), Nordeste (197), Centro-Oeste (108) e Norte (92), indicando presença dessa modalidade em todas as regiões do país, ainda que com diferentes níveis de consolidação.

Entre os estados, destacam-se:	São Paulo	293 atendimentos/mês
	Minas Gerais	284 atendimentos/mês
	Paraná	130 atendimentos/mês
	Rio de Janeiro	120 atendimentos/mês
	Rio Grande do Sul	112 atendimentos/mês

O acompanhamento do luto constitui componente essencial dos cuidados paliativos, uma vez que o sofrimento relacionado ao adoecimento grave ultrapassa a dimensão individual do paciente e se estende à família e à rede de apoio. Nesse contexto, o cuidado paliativo compreende o luto como um processo que frequentemente se inicia ainda durante o curso da doença, frequentemente denominado luto antecipatório, e que pode persistir após o falecimento, exigindo, em alguns casos, suporte estruturado para familiares e cuidadores.

Embora o volume assistencial seja inferior ao observado em modalidades diretamente clínicas, como ambulatório ou internação, a presença de atendimentos relacionados ao luto em todas as regiões brasileiras sugere reconhecimento progressivo da importância desse eixo assistencial como parte da integralidade do cuidado em cuidados paliativos.

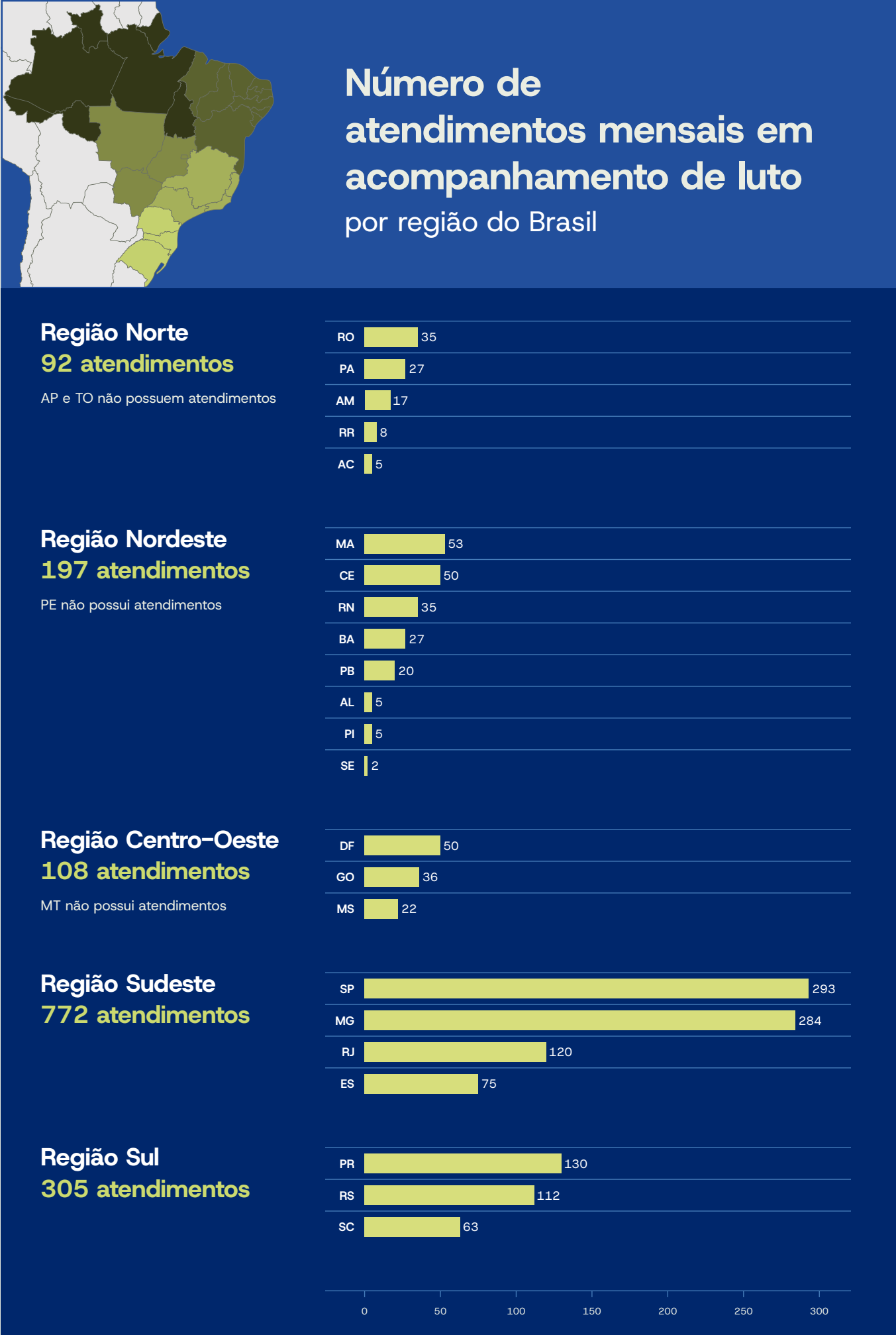
Apesar desse reconhecimento, observa-se, tanto no Brasil quanto no cenário internacional, uma discrepância entre as recomendações das diretrizes de cuidados paliativos e a oferta efetiva de suporte estruturado ao luto na prática clínica.¹⁰ Essa lacuna se manifesta tanto na limitada oferta de intervenções preventivas durante o processo de adoecimento — que poderiam reduzir o risco de complicações do luto — quanto na baixa disponibilidade de acompanhamento especializado após o óbito,

particularmente para familiares com maior vulnerabilidade psicossocial.

Do ponto de vista organizacional, a incorporação sistemática do acompanhamento do luto ainda enfrenta desafios como definição de fluxos assistenciais, disponibilidade de profissionais capacitados, priorização institucional dessa atividade e integração com a atenção psicossocial da rede de saúde. Em muitos serviços, esse cuidado permanece dependente de iniciativas isoladas de equipes, sem formalização como componente estruturado da linha de cuidado.

Nesse contexto, a ampliação de estratégias estruturadas de acompanhamento do luto pode representar importante avanço qualitativo na organização dos cuidados paliativos no país, ao fortalecer a abordagem centrada na família, prevenir desfechos adversos em saúde mental e ampliar a compreensão dos cuidados paliativos como modelo assistencial que acompanha o sofrimento relacionado ao adoecimento grave para além da trajetória exclusivamente biomédica.

A presença de acompanhamento estruturado do luto pode ser compreendida como um indicador de maturidade dos programas de cuidados paliativos, refletindo a capacidade dos serviços de incorporar a dimensão psicossocial e familiar como parte integrante do cuidado integral.



Número de atendimentos mensais na modalidade hospital-dia

A tabela a seguir apresenta o número de atendimentos mensais realizados na modalidade de hospital-dia em cuidados paliativos, dispositivo assistencial que possibilita intervenções clínicas programadas sem necessidade de internação hospitalar convencional.

No total nacional, foram registrados 1.039 atendimentos mensais nessa modalidade. A distribuição regional demonstra concentração expressiva na Região Sul (581 atendimentos/mês), seguida pela Região Sudeste (336), Nordeste (85), Norte (22) e Centro-Oeste (15), evidenciando desigualdade na implantação desse dispositivo assistencial no território nacional.

Entre os estados, destacam-se:	Paraná	561 atendimentos/mês
	São Paulo	261 atendimentos/mês
	Rio de Janeiro	63 atendimentos/mês
	Pernambuco	50 atendimentos/mês
	Maranhão	30 atendimentos/mês

A concentração dos atendimentos em número reduzido de estados sugere que a implantação do hospital-dia em cuidados paliativos ainda ocorre de forma localizada, geralmente associada a serviços com maior grau de organização assistencial, disponibilidade de equipes multiprofissionais estruturadas e maior integração com a rede hospitalar e ambulatorial.

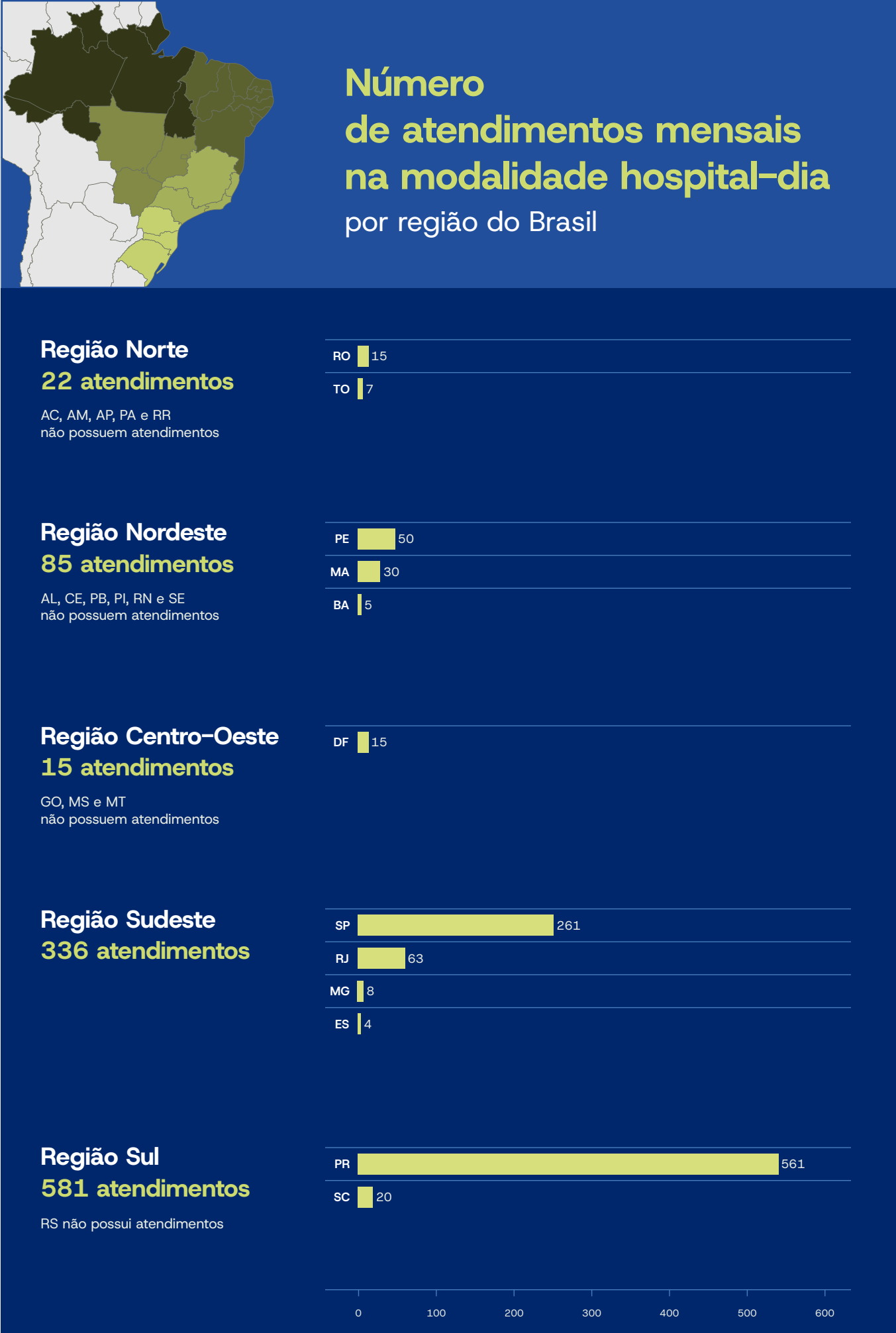
Do ponto de vista assistencial, o hospital-dia configura modalidade intermediária entre o cuidado ambulatorial e a internação hospitalar, permitindo controle sintomático intensivo, realização de procedimentos, ajustes terapêuticos e acompanhamento multiprofissional em regime de permanência parcial. Esse modelo contribui para maior resolutividade clínica sem necessidade de hospitalização prolongada, alinhando-se a estratégias contemporâneas de cuidado proporcional e uso racional de leitos hospitalares.

Apesar de sua relevância potencial na organização da linha de cuidado, o volume assistencial ainda permanece limitado quando comparado a outras modalidades mais consolidadas, como ambulatório e interconsulta hospitalar. Esse cenário sugere que o hospital-dia ainda se encontra em fase de consolidação no Brasil, possivelmente em função de desafios organizacionais como necessidade de estrutura física dedicada, definição de fluxos clínicos específicos, financiamento, integração com a regulação assistencial e capacitação das equipes para utilização adequada desse dispositivo.

Sob a perspectiva da organização dos sistemas de saúde, o hospital-dia pode desempenhar papel estratégico como dispositivo de transição assistencial, contribuindo para evitar internações potencialmente evitáveis, reduzir permanências hospitalares prolongadas e ampliar a capacidade de manejo ambulatorial de pacientes com maior complexidade clínica. Em sistemas mais estruturados, essa modalidade integra estratégias de saúde baseada em valor ao combinar qualidade assistencial, racionalidade no uso de recursos e maior adequação do cuidado às necessidades dos pacientes.

Nesse contexto, a expansão planejada do hospital-dia em cuidados paliativos representa uma oportunidade relevante para qualificação da rede assistencial brasileira, especialmente quando articulada com a atenção ambulatorial especializada, a atenção domiciliar e os serviços hospitalares. O fortalecimento dessa modalidade pode contribuir para maior eficiência sistêmica, melhor organização das trajetórias assistenciais e maior adequação da intensidade do cuidado à complexidade clínica dos pacientes.

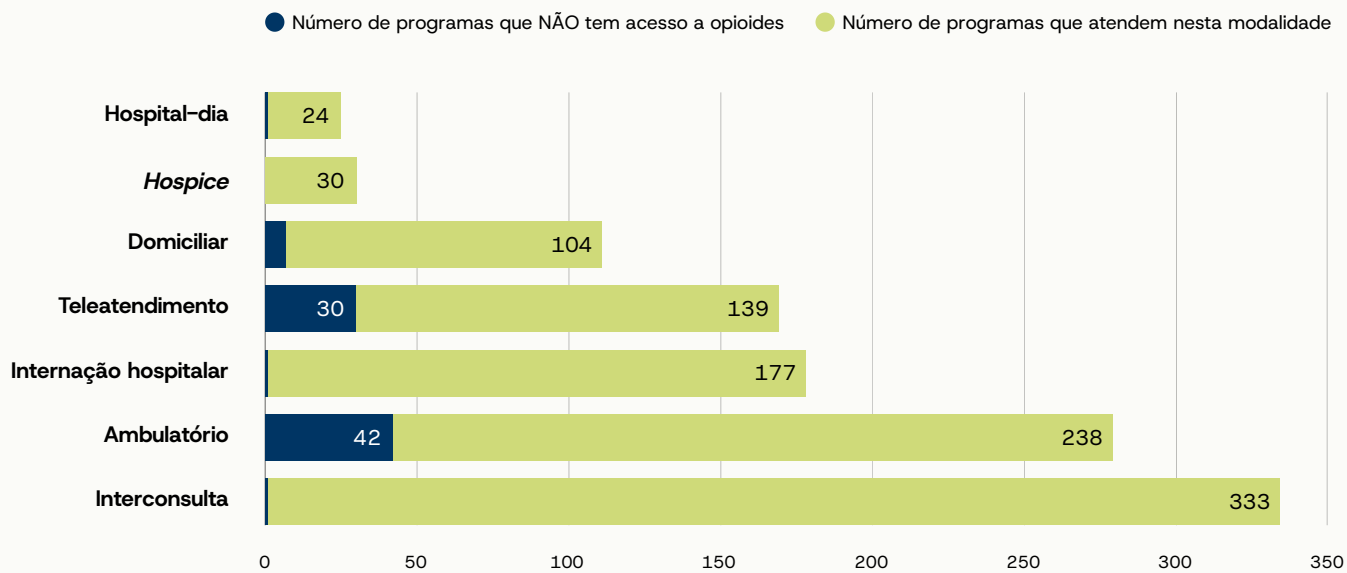
A consolidação do hospital-dia como dispositivo assistencial em cuidados paliativos pode representar um passo importante na maturidade organizacional da rede de atenção à saúde, ao estruturar alternativas intermediárias entre ambulatório e internação e favorecer modelos de cuidado mais eficientes, proporcionais e centrados nas necessidades das pessoas com doenças graves.



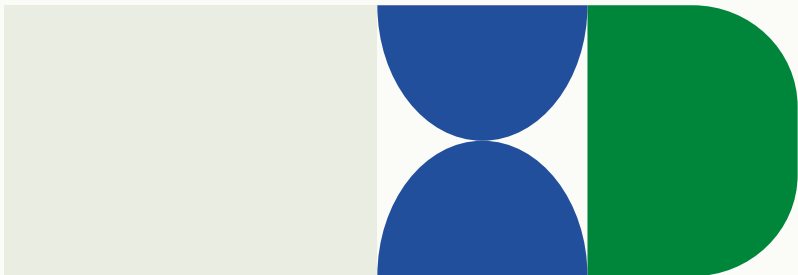
Acesso a analgésicos opioides

O gráfico a seguir apresenta a relação entre o número de programas de cuidados paliativos que ofertam diferentes modalidades assistenciais e aqueles que informaram não possuir acesso regular a analgésicos opioides, medicamentos considerados essenciais para o manejo da dor e de outros sintomas físicos associados a condições ameaçadoras da vida.

FIGURA 14 – Acesso regular a analgésicos opioides segundo modalidade assistencial



Observa-se que, embora a maioria dos programas que realizam interconsulta (333), atendimento ambulatorial (238), internação hospitalar (177), teleatendimento (139) e atenção domiciliar (104) relatem acesso regular a opioides, ainda existem serviços que desenvolvem assistência direta sem disponibilidade sistemática desses medicamentos. Esse achado revela uma incongruência estrutural relevante: a existência de programas organizados de cuidados paliativos sem acesso pleno a um dos principais recursos terapêuticos da área.



Entre os programas sem acesso regular a opioides, destacam-se:

Programas ambulatoriais	42
Programas que realizam teleatendimento	30
Programas com atendimento domiciliar	7
Programa com internação hospitalar	1



Embora esses números representem parcela minoritária do total de programas, sua existência indica que a expansão dos cuidados paliativos no país ainda ocorre de forma assimétrica, com desenvolvimento institucional nem sempre acompanhado da garantia de insumos terapêuticos essenciais.

Do ponto de vista sanitário, a ausência de acesso regular a analgésicos opioides em programas assistenciais representa uma limitação estrutural crítica. Esses medicamentos são reconhecidos internacionalmente como componentes indispensáveis para o controle da dor moderada a intensa, dispneia e outros sintomas refratários, sendo considerados parte do conjunto mínimo de recursos necessários para a prática adequada dos cuidados paliativos.

A nova diretriz da Organização Mundial da Saúde sobre medicamentos controlados reforça a necessidade de equilíbrio entre o controle regulatório e a garantia de acesso terapêutico. O documento destaca que, em países de baixa e média renda, a principal problemática não é o uso excessivo, mas a subutilização desses medicamentos, frequentemente associada a barreiras regulatórias, logísticas, educacionais e culturais.

No contexto brasileiro, a persistência de programas sem acesso regular a opioides sugere que as barreiras atuais não se limitam à disponibilidade legal dos medicamentos, mas envolvem também aspectos organizacionais, como fluxos institucionais de prescrição e dispensação, capacitação profissional para manejo seguro, disponibilidade farmacêutica e integração com a rede de assistência farmacêutica.

Além disso, o acesso a opioides pode ser compreendido como um marcador indireto da maturidade dos programas de cuidados paliativos. Redes mais estruturadas tendem a apresentar maior integração com políticas institucionais de manejo da dor, protocolos assistenciais definidos e maior familiaridade das equipes com o uso racional desses medicamentos. Por outro lado, a ausência desse acesso frequentemente reflete programas ainda em fase de consolidação organizacional.

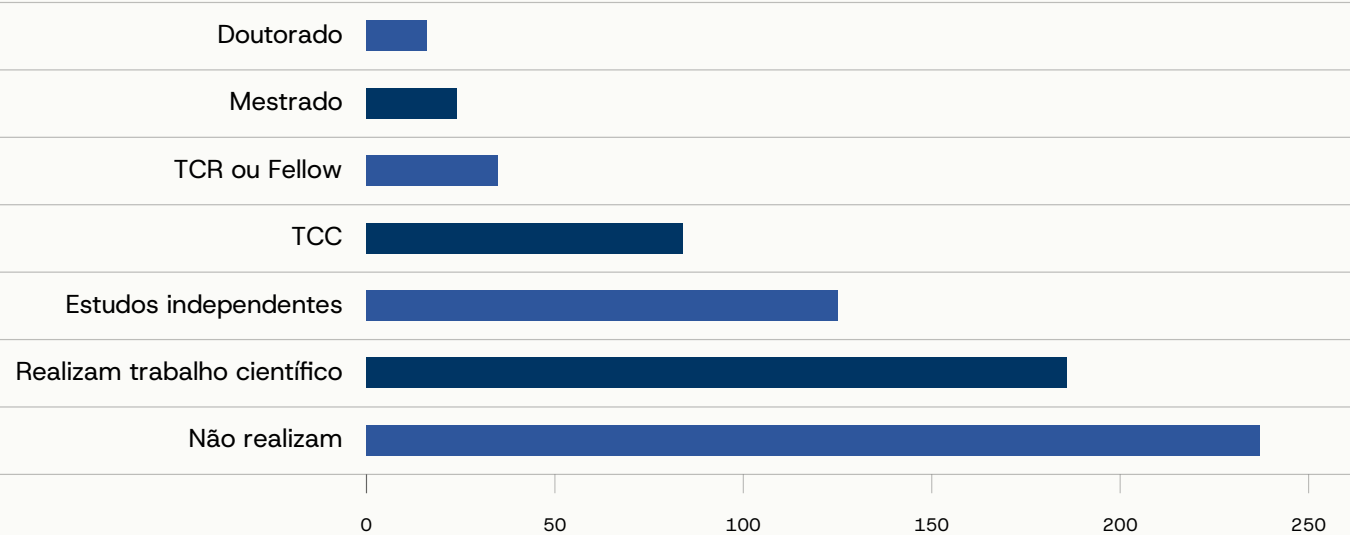
Nesse sentido, o acesso regular, oportuno e desburocratizado a analgésicos opioides constitui não apenas um recurso terapêutico, mas um indicador da capacidade do sistema de saúde em responder adequadamente ao sofrimento relacionado a doenças graves. A persistência de barreiras, ainda que em parcela minoritária dos programas, aponta para a necessidade de fortalecimento de políticas de educação permanente, revisão de fluxos institucionais e aprimoramento da articulação entre programas de cuidados paliativos e a assistência farmacêutica.

Sob a perspectiva das políticas públicas, a garantia de acesso a medicamentos essenciais integra os componentes estruturantes dos cuidados paliativos recomendados internacionalmente, ao lado da formação profissional, organização de serviços e integração na rede de atenção à saúde. No Brasil, o fortalecimento desse eixo dialoga diretamente com as diretrizes recentes da Política Nacional de Cuidados Paliativos, que reforçam a necessidade de assegurar acesso equitativo a tecnologias essenciais para o alívio do sofrimento. O enfrentamento dessas lacunas representa, portanto, não apenas uma agenda clínica, mas um elemento estratégico para a consolidação dos cuidados paliativos como componente efetivo da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde.

Produção científica

O gráfico a seguir apresenta a distribuição dos programas de cuidados paliativos segundo sua participação em atividades acadêmicas e produção científica, permitindo analisar o grau de inserção dos serviços em iniciativas de ensino, pesquisa e formação profissional. Esse indicador contribui para compreender o nível de institucionalização da área e sua articulação com ambientes formadores.

FIGURA 15 – Participação dos programas em atividades acadêmicas e produção científica



Observa-se que 237 programas não realizam atividades acadêmicas formais, enquanto 186 relatam desenvolver algum tipo de produção científica ou atividade educacional. Esses dados sugerem que, embora exista participação relevante de programas no campo acadêmico, a integração entre assistência, ensino e pesquisa ainda ocorre de forma heterogênea no país.

Entre as modalidades específicas de produção ou formação, destacam-se 125 programas com estudos independentes, 84 com Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), 35 com Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) ou *fellowship*, 24 com mestrado e 16 com doutorado vinculados. Esse panorama indica a existência de iniciativas acadêmicas em diferentes níveis de formação, ainda que concentradas em parte dos serviços.

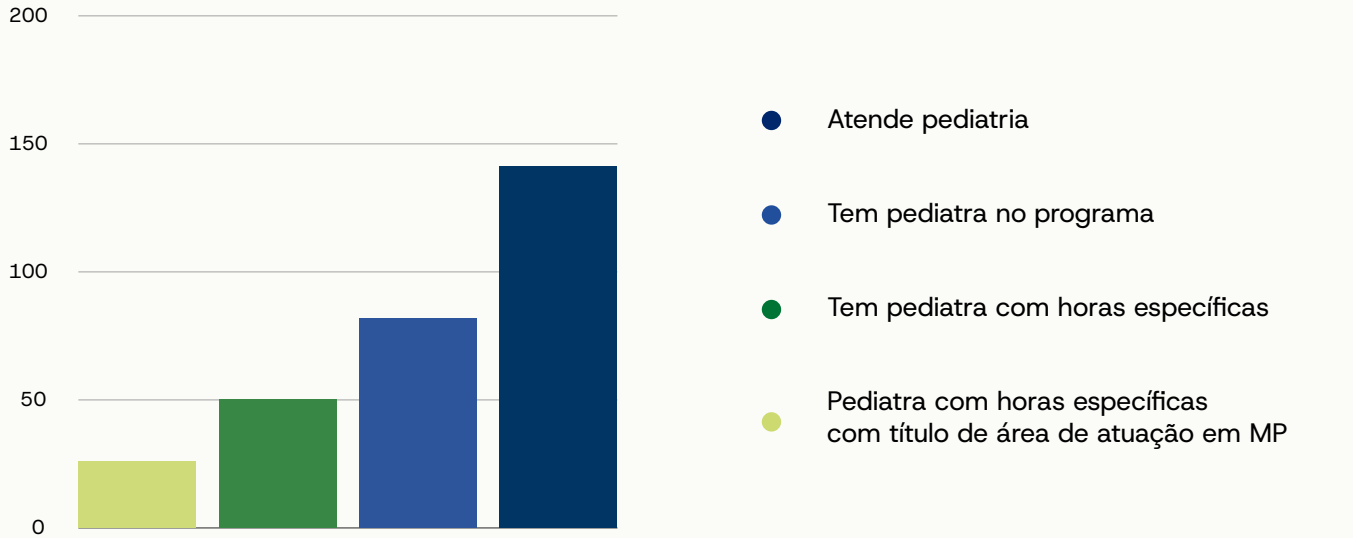
A distribuição observada reforça que o fortalecimento da produção científica e da inserção acadêmica constitui um eixo estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil, especialmente no que se refere à formação de recursos humanos, produção de evidências nacionais e qualificação da prática assistencial.

Cuidados paliativos em pediatria



O gráfico a seguir apresenta a organização dos programas de cuidados paliativos no que se refere à atenção pediátrica, permitindo analisar a inserção desse componente assistencial e o grau de estruturação das equipes para o atendimento de crianças e adolescentes.

FIGURA 16 – Estrutura dos cuidados paliativos pediátricos nos programas



Dos 423 programas identificados, 141 relatam atendimento a pacientes pediátricos. Entretanto, apenas 82 programas possuem pediatra formalmente inserido na equipe, e 50 contam com esse profissional com carga horária específica dedicada ao programa, indicando diferenças importantes entre a oferta declarada de atendimento e a estrutura técnica disponível.

Quando considerado o critério de maior qualificação técnica, apenas 26 programas dispõem de pediatra com carga horária específica e título de área de atuação em Medicina Paliativa. Esse dado evidencia que, embora exista oferta assistencial pediátrica em parte relevante dos programas, a presença de profissionais com formação especializada ainda é limitada.

A diferença entre o número de programas que atendem crianças e aqueles que contam com pediatras formalmente integrados, e em proporção ainda menor com formação especializada, indica que a atenção paliativa pediátrica ainda ocorre

predominantemente por adaptação de equipes generalistas. Esse padrão sugere que a ampliação do acesso precedeu a consolidação técnica da área, resultando em oferta assistencial heterogênea e fortemente dependente da organização local.

A especificidade clínica das condições pediátricas e a necessidade frequente de acompanhamento longitudinal exigem organização assistencial própria. A baixa presença de profissionais com formação dedicada sugere que a principal lacuna atual não é a existência do atendimento em si, mas o grau de estruturação técnica dessa oferta.

Como perspectiva futura, o desenvolvimento da área depende da incorporação mais sistemática da pediatria nas equipes, com definição de carga horária dedicada e maior integração com as linhas de cuidado de condições crônicas da infância. Sem esse movimento, há risco de manutenção de acesso nominal sem garantia de cuidado proporcional à complexidade das necessidades pediátricas.

Número de pacientes pediátricos

A tabela a seguir apresenta o número total de pacientes pediátricos acompanhados por mês pelos programas de cuidados paliativos, distribuídos por estado e região.

No total nacional, foram identificados 1.461 pacientes pediátricos por mês.

A Região Sudeste concentra o maior número absoluto (628 pacientes), seguida pela Região Nordeste (419), Região Sul (159), Centro-Oeste (158) e Região Norte (97).

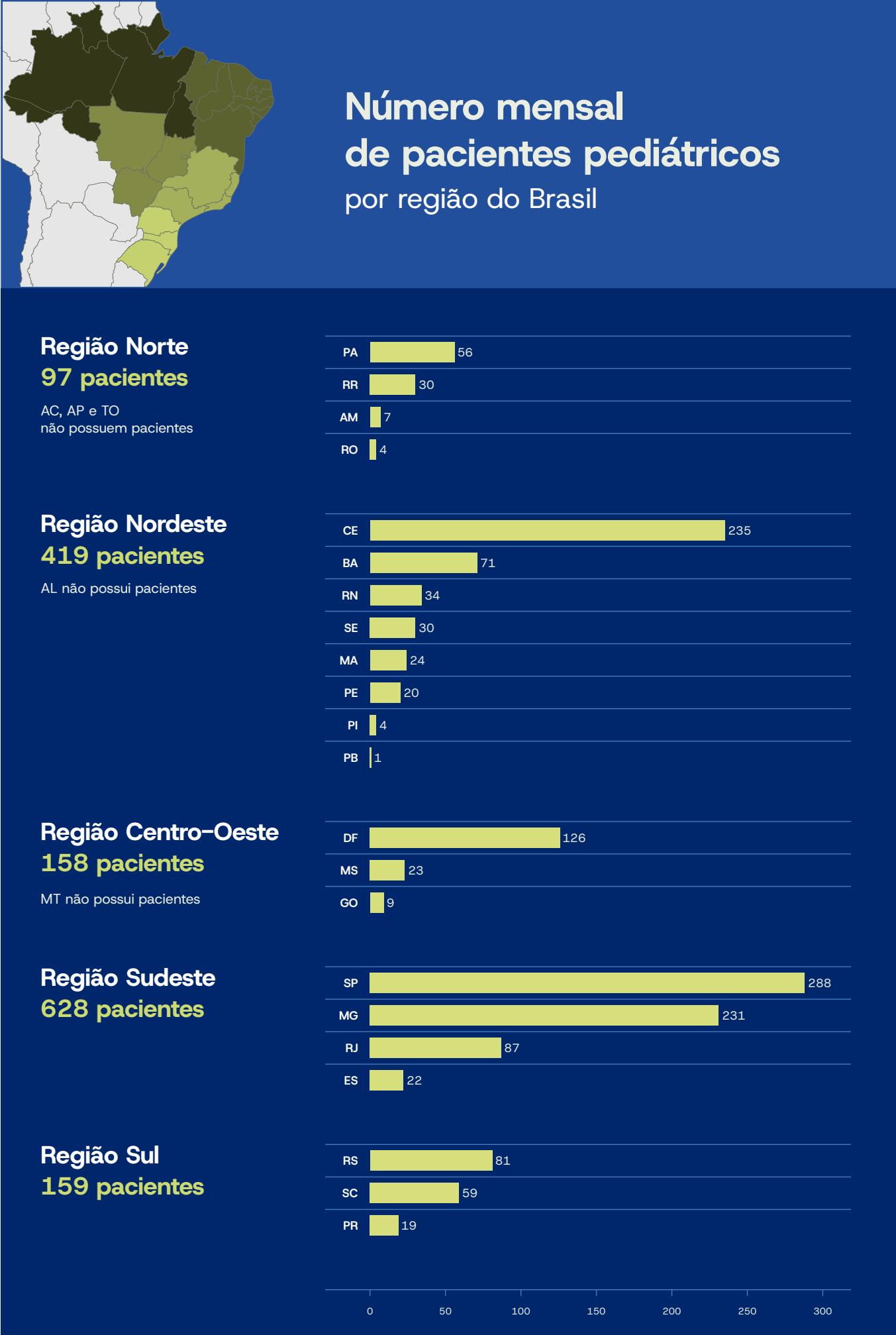
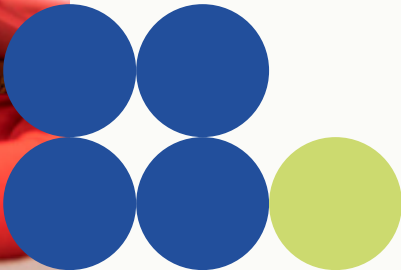
Entre os estados, destacam-se:

São Paulo	288 pacientes/mês
Ceará	235 pacientes/mês
Minas Gerais	231 pacientes/mês
Distrito Federal	126 pacientes/mês
Rio de Janeiro	87 pacientes/mês
Rio Grande do Sul	81 pacientes/mês



A distribuição acompanha, em grande medida, a concentração regional de programas estruturados e de equipes com presença pediátrica formal.

O número de pacientes pediátricos reforça a necessidade de consolidação de equipes especializadas, com formação específica e carga horária dedicada, especialmente diante da complexidade clínica e das demandas familiares inerentes aos cuidados paliativos na infância e adolescência.



Leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos pediátricos

A tabela a seguir apresenta o número de leitos hospitalares destinados especificamente aos cuidados paliativos pediátricos, distribuídos por estado e região, permitindo dimensionar a capacidade instalada voltada ao atendimento dessa população no país.

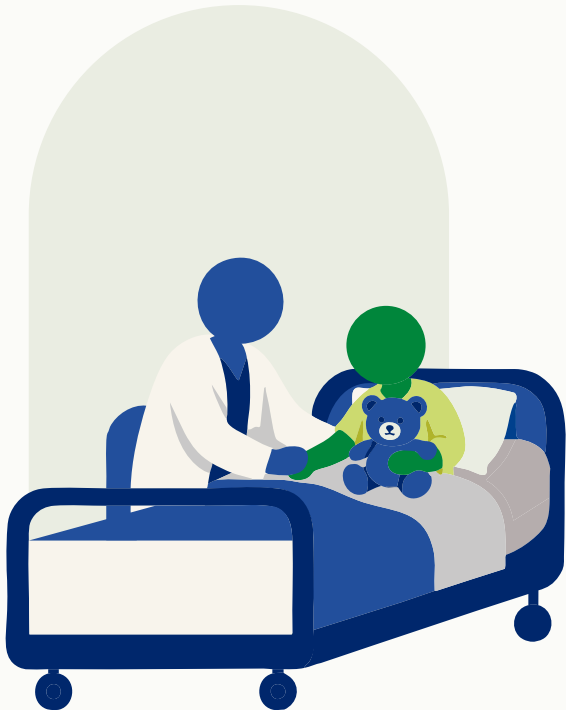
Foram identificados 173 leitos pediátricos específicos para cuidados paliativos no Brasil. A distribuição regional demonstra heterogeneidade relevante, com maior concentração nas regiões Sul (52 leitos) e Centro-Oeste (52), seguidas pelo Nordeste (46), Sudeste (17) e Norte (6), evidenciando diferenças importantes na disponibilidade dessa estrutura assistencial.

Entre os estados, destacam-se aqueles com **maior número de leitos pediátricos específicos**:

Distrito Federal	50 leitos
Santa Catarina	45 leitos
Ceará	40 leitos
Minas Gerais	13 leitos
Paraná	7 leitos

A presença ainda reduzida de leitos pediátricos específicos, especialmente quando comparada ao total de leitos destinados aos cuidados paliativos em adultos (1.344), evidencia que a estrutura hospitalar dedicada à pediatria permanece limitada no cenário nacional.

Além disso, a concentração desses leitos em um número restrito de estados sugere que o acesso a internação paliativa pediátrica especializada ainda ocorre de forma desigual no território nacional, reforçando a importância de estratégias de planejamento regional e qualificação progressiva das redes assistenciais.



Leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos pediátricos por região do Brasil

Região Norte 6 leitos

AC, AM, AP, RO, RR e TO não possuem leitos

PA 6

Região Nordeste 46 leitos

AL, MA, PB, PE, PI e SE não possuem leitos

CE 40
RN 4
BA 2

Região Centro-Oeste 52 leitos

MT não possui leitos

DF 50
MS 2

Região Sudeste 17 leitos

RJ não possui leitos

MG 13
ES 2
SP 2

Região Sul 52 leitos

RS não possui leitos

SC 45
PR 7

0 10 20 30 40 50

Hospices para cuidados paliativos pediátricos

A tabela a seguir apresenta o número de *hospices* com atendimento específico em cuidados paliativos pediátricos no Brasil, permitindo identificar a presença dessa modalidade assistencial voltada à população infantojuvenil.

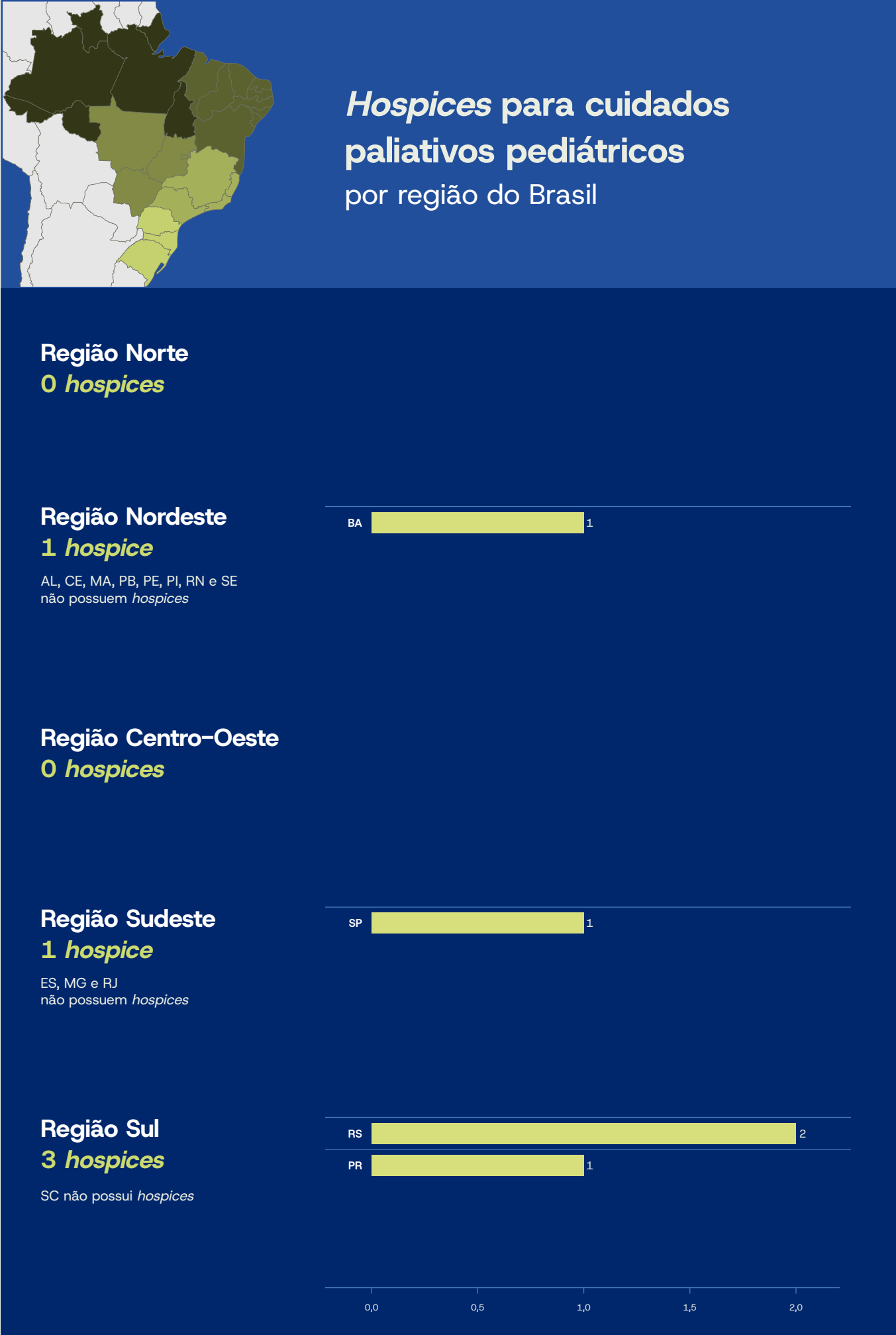
Foram identificados 5 *hospices* pediátricos no país, distribuídos de forma bastante concentrada. A Região Sul concentra 3 unidades, enquanto as regiões Sudeste e Nordeste possuem 1 *hospice* pediátrico cada. Não foram identificadas unidades dessa natureza nas regiões Centro-Oeste e Norte.



Entre os estados, destacam-se aqueles com presença de <i>hospices</i> pediátricos:	Rio Grande do Sul	2 <i>hospices</i>
	Paraná	1 <i>hospice</i>
	São Paulo	1 <i>hospice</i>
	Bahia	1 <i>hospice</i>

A presença ainda bastante limitada de *hospices* pediátricos evidencia que essa modalidade assistencial permanece incipiente no Brasil. Considerando a complexidade clínica, psicossocial e familiar inerente aos cuidados paliativos na infância e adolescência, a ausência de estruturas específicas em grande parte do território nacional aponta para uma lacuna assistencial relevante.

A baixa presença de *hospices* pediátricos também pode refletir o maior grau de complexidade organizacional necessário para a implantação dessa modalidade assistencial, que exige equipes altamente especializadas, integração com redes de atenção à saúde e articulação com serviços de suporte domiciliar. Esse cenário sugere que a expansão desse modelo no país provavelmente dependerá de estratégias estruturadas de desenvolvimento de serviços pediátricos especializados, associadas ao fortalecimento das redes regionais de cuidados paliativos.



Leitos de *hospice* para cuidados paliativos pediátricos

A tabela a seguir apresenta o número de leitos de *hospice* destinados especificamente aos cuidados paliativos pediátricos no Brasil, permitindo dimensionar a capacidade instalada dessa modalidade assistencial voltada à população infantojuvenil.

Foram identificados 34 leitos de *hospice* pediátrico em todo o país, distribuídos de forma altamente concentrada. A Região Sul concentra a maior parte desses leitos (25), seguida pela Região Nordeste (7) e pela Região Sudeste (2). Não foram identificados leitos dessa natureza nas regiões Centro-Oeste e Norte.

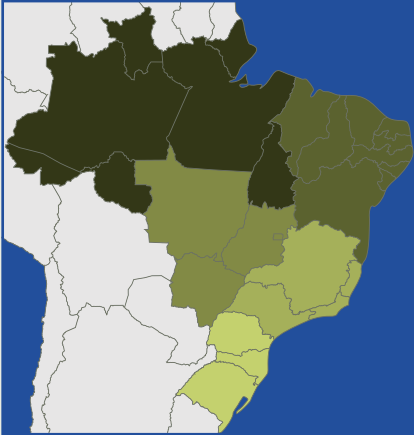
Entre os estados, destacam-se aqueles com **maior número de leitos de *hospice* pediátrico:**

Paraná	20 leitos
Bahia	7 leitos
Rio Grande do Sul	5 leitos
São Paulo	2 leitos



O número ainda reduzido de leitos de *hospice* pediátrico evidencia que essa modalidade permanece limitada no Brasil, tanto em termos absolutos quanto em sua distribuição territorial. Considerando a dimensão populacional do país, a disponibilidade de apenas 34 leitos aponta para uma lacuna estrutural relevante no atendimento de crianças e adolescentes com condições ameaçadoras da vida.

A concentração desses leitos em poucos estados reforça que o acesso a esse tipo de cuidado especializado ainda depende da existência de iniciativas institucionais localizadas. Esse cenário sugere a necessidade de expansão progressiva dessa capacidade assistencial, articulada ao desenvolvimento regional das redes de cuidados paliativos pediátricos.



Leitos de *hospice* para cuidados paliativos pediátricos por região do Brasil

Região Norte
0 leitos

Região Nordeste
7 leitos

AL, CE, MA, PB, PE, PI, RN e SE não possuem leitos



Região Centro-Oeste
0 leitos

Região Sudeste
2 leitos

ES, MG e RJ não possuem leitos



Região Sul
25 leitos

SC não possui leitos



0 5 10 15 20

Atendimento a gestantes em cuidados paliativos

Entre os 423 programas de cuidados paliativos identificados no país, 55 realizam atendimento a gestantes, representando aproximadamente 13% dos programas. Esse dado permite dimensionar a presença ainda limitada dessa modalidade assistencial no conjunto dos serviços analisados.

Entre os programas que informaram o número de gestantes acompanhadas, foram registrados 245 atendimentos por mês. A Região Sudeste concentrou o maior volume informado (117 gestantes/mês), seguida pelas regiões Sul (61), Nordeste (61) e Centro-Oeste (6). Na Região Norte, embora tenham sido identificados programas que realizam atendimento a gestantes, não houve informação disponível sobre o número mensal de gestantes acompanhadas.

Entre os estados, destacam-se aqueles com **maior número de gestantes acompanhadas**:

Minas Gerais	92 gestantes/mês
Bahia	44 gestantes/mês
Rio Grande do Sul	38 gestantes/mês
São Paulo	20 gestantes/mês
Santa Catarina	14 gestantes/mês

O atendimento a gestantes em cuidados paliativos configura um cenário de elevada complexidade clínica, ética e psicossocial, exigindo articulação entre diferentes especialidades e suporte ampliado às pacientes e suas famílias.

O número ainda reduzido de programas que ofertam essa modalidade sugere que os cuidados paliativos obstétricos permanecem em processo de consolidação no Brasil, com concentração regional relevante e ausência de cobertura em parte do território nacional. Esse cenário aponta para a necessidade de ampliação progressiva da capacidade técnica das equipes e maior integração com as redes de atenção materno-infantil.



Número mensal informado de gestantes atendidas em cuidados paliativos por região do Brasil

Região Norte

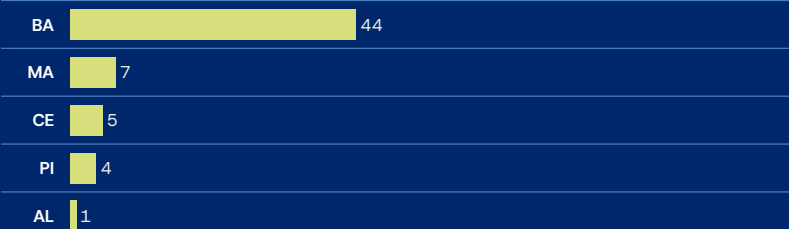
Volume mensal não informado

RO informou atendimento a gestantes, porém sem informação sobre o número mensal de gestantes acompanhadas.

Região Nordeste

61 gestantes

PB, RN e SE não realizam atendimentos de cuidados paliativos para gestantes. PE informou programa com atendimento a gestantes, porém sem informação sobre o volume mensal



Região Centro-Oeste

6 gestantes

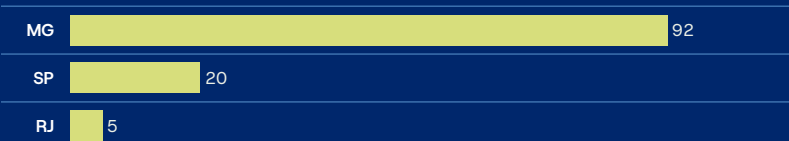
GO e MS não realizam atendimentos de cuidados paliativos para gestantes



Região Sudeste

117 gestantes

ES não realiza atendimentos de cuidados paliativos para gestantes



Região Sul

61 gestantes



0 20 40 60 80 100

Presença de atividades de capacitação em cuidados paliativos

Entre os 423 programas de cuidados paliativos identificados no Brasil, 315 desenvolvem atividades de capacitação na própria instituição, correspondendo a aproximadamente 74% dos programas. Esse dado permite observar o grau de investimento dos serviços na formação contínua das equipes como componente do desenvolvimento dos cuidados paliativos.

A presença de atividades formativas, como cursos internos, treinamentos periódicos, discussões de casos, programas estruturados de educação continuada e capacitação multiprofissional, representa um importante indicador do nível de organização e consolidação institucional dos programas.

A formação contínua contribui para a qualificação das equipes, a padronização de condutas assistenciais, o fortalecimento da cultura do cuidado paliativo e a integração com outras áreas da instituição. Esses elementos são reconhecidos como fundamentais para a sustentabilidade dos serviços e para a melhoria da qualidade assistencial.

Além disso, a existência de estratégias regulares de capacitação constitui elemento relevante para a expansão consistente dos programas, especialmente em contextos nos quais a disponibilidade de formação especializada ainda é limitada. Nesse cenário, iniciativas institucionais de educação permanente assumem papel estratégico no fortalecimento da área.

Atividades regulares voltadas ao cuidado da família e ao cuidador informal

Entre os 423 programas de cuidados paliativos identificados, 132 desenvolvem atividades regulares e programadas voltadas ao cuidado da família e/ou do cuidador informal, correspondendo a aproximadamente 31% dos programas. Esse dado permite avaliar o grau de incorporação de ações estruturadas voltadas ao suporte familiar como parte da assistência paliativa.

As atividades destinadas a familiares e cuidadores podem incluir grupos de apoio, orientações estruturadas, acompanhamento psicológico, educação para o cuidado domiciliar, intervenções no luto e suporte social contínuo, evidenciando diferentes estratégias de apoio à rede de cuidado do paciente.

Embora o cuidado à família seja reconhecido como princípio estruturante dos cuidados paliativos, os dados indicam que apenas parte dos programas possui ações formalmente organizadas e programadas para esse fim. Em muitos contextos, o suporte ao cuidador ainda ocorre de forma informal ou pontual, sem uma estrutura assistencial claramente definida.

A consolidação de atividades regulares voltadas à família e ao cuidador representa componente relevante da qualidade assistencial e do grau de maturidade dos programas, reforçando a abordagem integral e centrada na pessoa, bem como em sua rede de apoio e cuidado.

FIGURA 17 – Programas com atividades de capacitação em cuidados paliativos

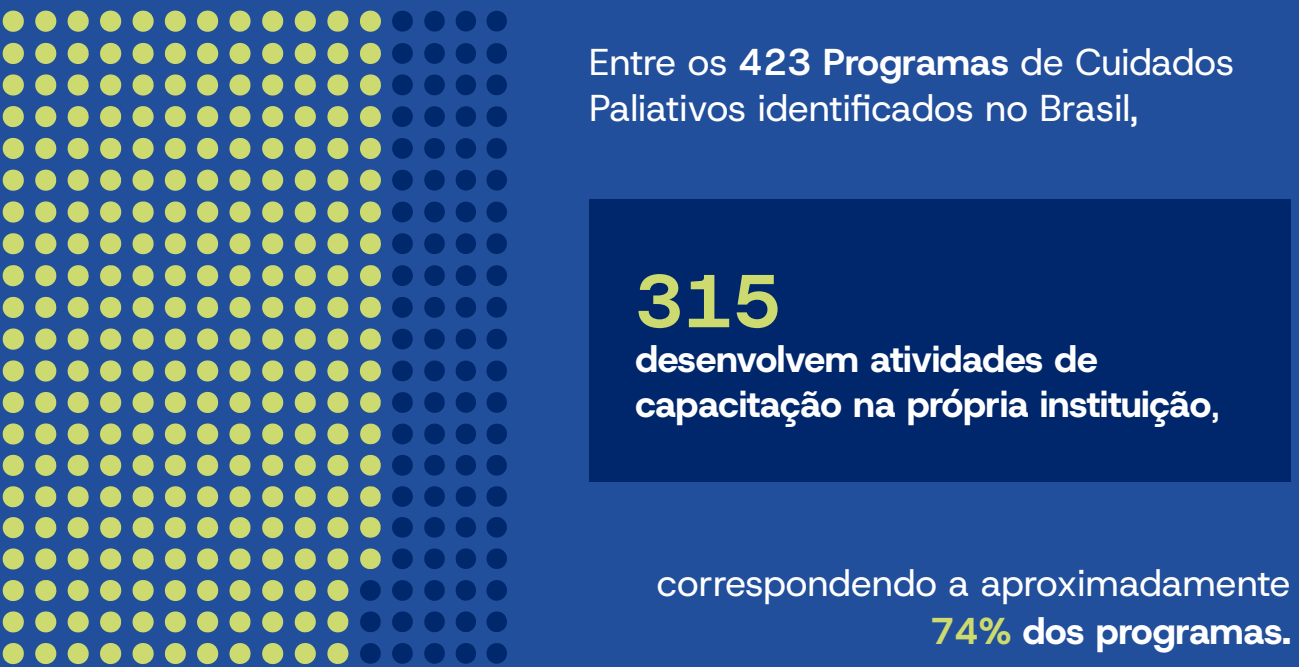
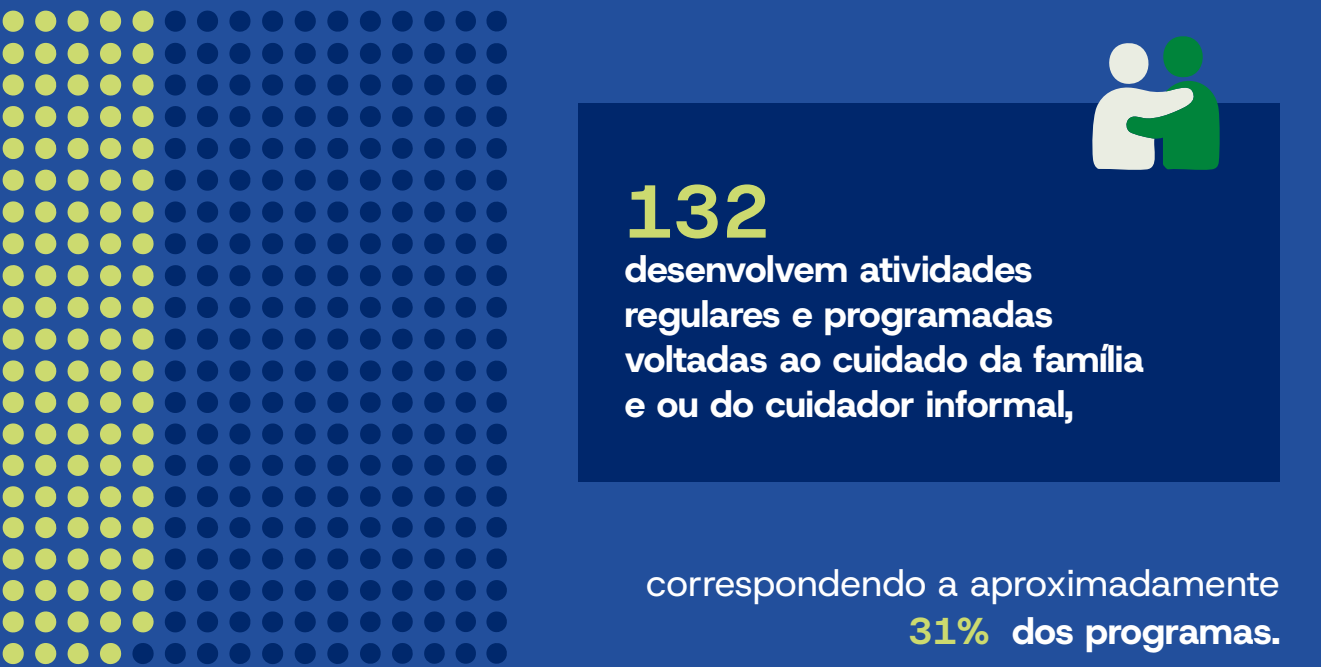


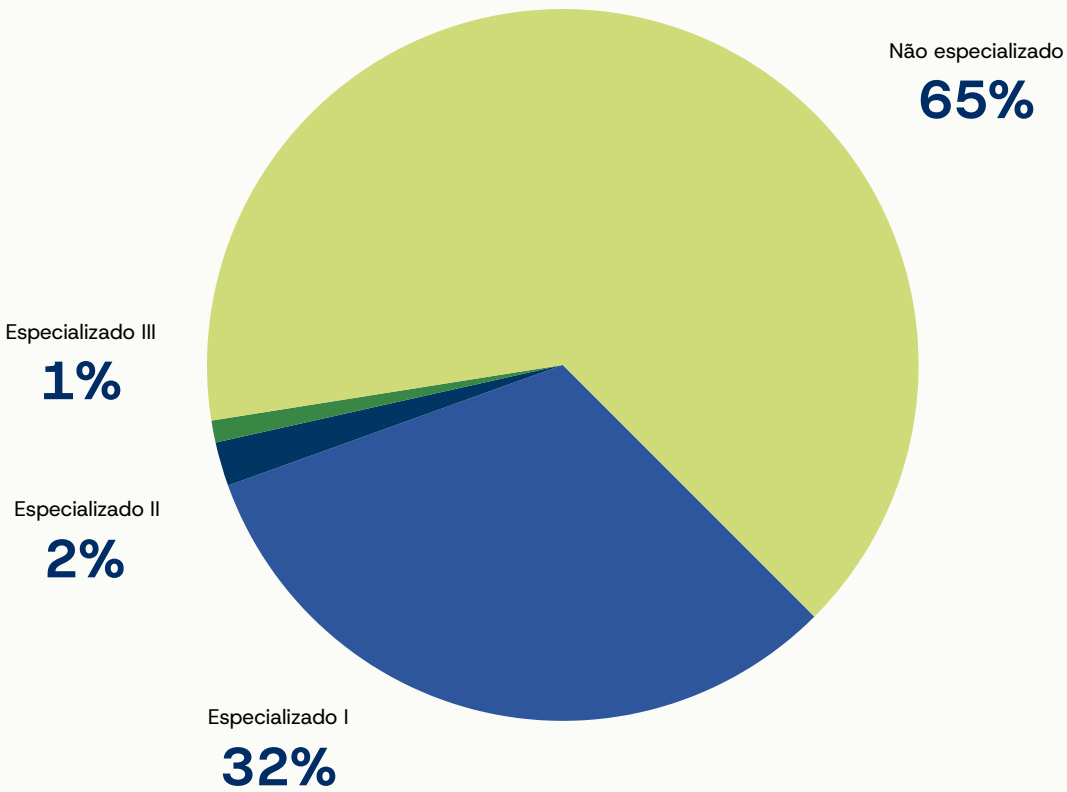
FIGURA 18 – Programas com atividades regulares de cuidado à família e ao cuidador informal



Nível de especialização dos programas de cuidados paliativos

O gráfico a seguir apresenta a classificação dos programas de cuidados paliativos segundo seu grau de especialização, conforme os critérios definidos pela ANCP desde a publicação da Análise Situacional e Recomendações para Estruturação de Programas de Cuidados Paliativos no Brasil.¹ Essa classificação permite compreender o nível de desenvolvimento organizacional dos serviços e seu grau de consolidação técnica.

FIGURA 19 – Nível de especialização dos programas de cuidados paliativos



Observa-se que 65% dos programas foram classificados como não especializados, indicando estruturas ainda em fase inicial de organização ou com atuação parcial em cuidados paliativos. Entre os programas especializados, 32% enquadram-se como Grau I, caracterizados pela presença de equipe mínima estruturada e atuação dedicada em pelo menos uma modalidade assistencial. Apenas 2% foram classificados como Grau II e 1% como Grau III, correspondendo a centros com maior grau de maturidade institucional, equipes multidisciplinares mais completas e integração ao longo da linha de cuidado. No caso do Grau III, destaca-se também a atuação relevante em atividades de ensino e/ou pesquisa.



Esses dados indicam que, embora o número absoluto de programas tenha crescido de forma expressiva nos últimos anos, a maior parte ainda se encontra em estágio inicial de especialização. Esse cenário sugere que o principal desafio para os próximos anos não se limita à expansão quantitativa dos serviços, mas envolve a qualificação progressiva dos programas existentes. O fortalecimento das equipes, a ampliação da formação profissional e a maior integração dos cuidados paliativos nas redes assistenciais aparecem, nesse contexto, como elementos estratégicos para a evolução do grau de especialização e para a consolidação sustentável da área no país.



Cuidados paliativos em CACONs e UNACONs

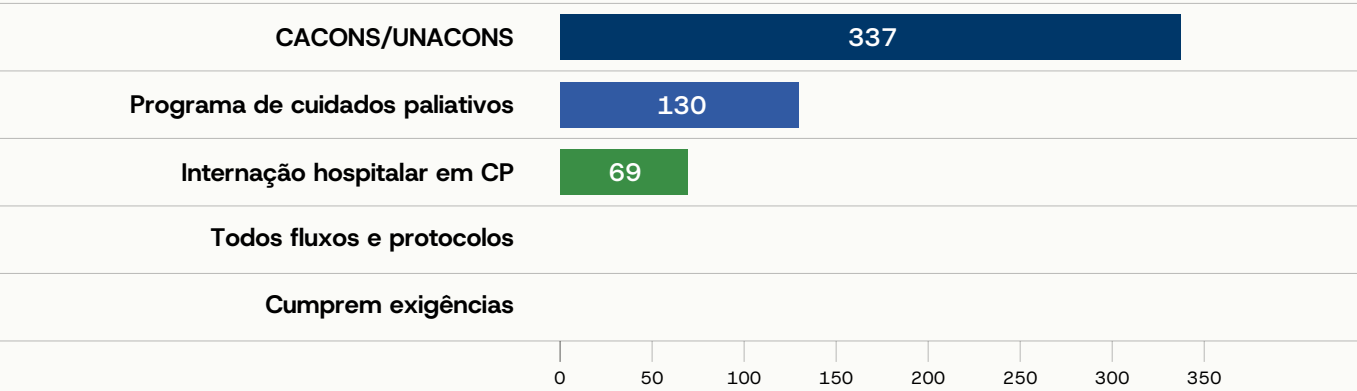
O gráfico a seguir apresenta a análise da presença e do grau de estruturação dos cuidados paliativos nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs) e nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) no Brasil, permitindo avaliar a inserção dessa modalidade assistencial em serviços habilitados para o cuidado oncológico de alta complexidade.

Foram identificadas 337 instituições classificadas como CACONs ou UNACONs, das quais 130 relataram possuir programa de cuidados paliativos estruturado. Entre essas instituições, 69 informaram

ofertar internação hospitalar em cuidados paliativos, evidenciando diferentes níveis de organização da assistência dentro desses serviços.

Nenhuma instituição declarou possuir todos os fluxos assistenciais em cuidados paliativos exigidos. Esses elementos correspondem a requisitos estruturais previstos para a habilitação dessas unidades,¹¹ indicando que, embora haja presença relevante de programas, a estruturação plena dos cuidados paliativos ainda representa um desafio dentro desse conjunto de serviços.

FIGURA 20 – Estrutura dos cuidados paliativos em CACONs e UNACONs



Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em Medicina Paliativa

Com o objetivo de estimar a distribuição formal de médicos especialistas em Medicina Paliativa no Brasil, foi realizada consulta pública ao site do Conselho Federal de Medicina, por meio de busca ativa do Registro de Qualificação de Especialista em cada unidade da federação, em outubro de 2025. Essa análise permite dimensionar a disponibilidade formal de especialistas titulados como indicador da capacidade técnica instalada no país.

Foram identificados 774 médicos com Registro de Qualificação de Especialista em Medicina Paliativa. A distribuição regional demonstra concentração significativa nas regiões Sudeste e Sul, evidenciando assimetrias na disponibilidade desses profissionais.

Entre os estados, destacam-se aqueles com maior número de especialistas registrados:

FIGURA 21 – Número de Registros de Qualificação de Especialista (RQE) em Medicina Paliativa, por estado

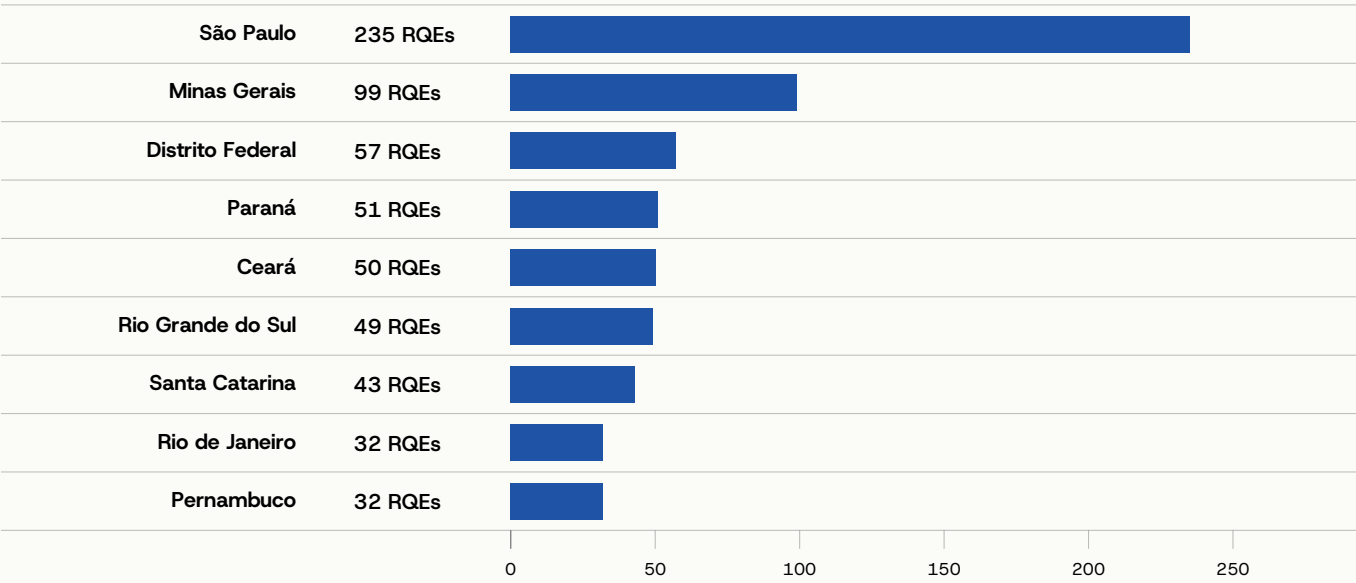


TABELA 03 – Distribuição dos Registros de Qualificação de Especialista (RQE) em Medicina Paliativa por unidade da federação

AC	0	PB	7
AL	6	PE	32
AM	4	PI	6
AP	1	PR	51
BA	24	RJ	32
CE	50	RN	3
DF	57	RO	1
ES	21	RR	1
GO	10	RS	49
MA	10	SC	43
MG	99	SE	5
MS	6	SP	235
MT	4	TO	8
PA	9	TOTAL	774

Por outro lado, alguns estados apresentam número muito reduzido ou inexistente de especialistas registrados, como **Acre (0), Amapá (1), Rondônia (1) e Roraima (1), evidenciando desigualdades importantes na distribuição dessa qualificação profissional.**

A concentração de RQEs acompanha, em grande medida, a distribuição dos programas estruturados e dos leitos dedicados, sugerindo associação entre a presença de especialistas formalmente titulados e maior grau de organização dos cuidados paliativos.

Entretanto, a análise também evidencia desigualdade regional significativa na disponibilidade de médicos com certificação formal, o que pode impactar a expansão qualificada dos programas, especialmente nas regiões Norte e em parte do Nordeste, onde a disponibilidade de especialistas ainda é limitada.

Resultado por Estados



Acre



0,11 programas
para 100.000 habitantes

01 Programa na capital
00 Em outras cidades

RIO BRANCO

Especialização	Nível I: 1	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 1	Privado: 0	Ambos: 0
Atendimento oncologia	exclusivo: 1	não exclusivo: 0	misto: 0

Envolvimento regular dos profissionais	1	1	0	Pesquisas científicas	1
	com graduação	com residentes	com pós-graduação		



O estado do Acre conta com 1 programa de cuidados paliativos, correspondente a 0,11 programas por 100.000 habitantes, localizado integralmente na capital.

O programa é classificado como Especializado Grau I, vinculado exclusivamente ao setor público, com atuação exclusivamente oncológica.

Do ponto de vista acadêmico, o programa apresenta envolvimento regular com graduação e residência, além de realizar pesquisas científicas. Entretanto, não há desenvolvimento de atividades regulares vinculadas à pós-graduação, o que sugere inserção acadêmica ainda em fase inicial de consolidação.

Em relação à estrutura assistencial, não há oferta de *hospice* nem de hospital-dia. Apesar da realização de internação hospitalar, o estado não dispõe de leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, nem de unidades exclusivas para cuidados paliativos.

O programa desenvolve atividades institucionais de capacitação profissional, porém não possui ações regulares voltadas ao cuidado de familiares ou cuidadores informais, indicando oportunidade de ampliação do escopo assistencial para fortalecimento do suporte à rede de cuidado.

No que se refere a populações específicas, não há atendimento estruturado em cuidados paliativos pediátricos, inexistindo programas pediátricos, pediatras na equipe ou leitos dedicados à população infantil. Também não foi identificado atendimento a gestantes em cuidados paliativos no estado.

O cenário do Acre demonstra presença inicial dos cuidados paliativos, com existência de programa estruturado, porém ainda com limitada diversificação assistencial e ausência de leitos específicos. Esse panorama sugere oportunidades de desenvolvimento progressivo, especialmente no fortalecimento da estrutura assistencial, ampliação das modalidades de cuidado e qualificação técnica dos serviços.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	1	10
Internação	1	7
Ambulatório	1	7
Domiciliar	1	120
Teleatendimento	1	42
Hospice	0	0
Luto	1	5
Hospital-dia	0	0



Pediatria

Programas exclusivos: 0
Programas não exclusivos: 0

Pediatra	0
Pediatra com horas específicas	0
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	0



Leitos

Hospitalares	0
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 0

Leitos em unidades específicas: 0

Programas que atendem gestantes: 0

Gestantes / mês: 0

Atividades

Capacitação: 1
Cuidado com família / cuidador informal: 0

Alagoas



0,09 programas
para 100.000 habitantes

03 Programas na capital
00 Em outras cidades

MACEIÓ

Especialização	Nível I: 0	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 3	Privado: 0	Ambos: 0
Atendimento oncologia	exclusivo: 2	não exclusivo: 0	misto: 1
Envolvimento regular dos profissionais	2 com graduação	2 com residentes	0 com pós-graduação
			Pesquisas científicas 3

O estado de Alagoas conta com 3 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,09 programas por 100.000 habitantes, todos localizados na capital. Nenhum dos programas foi classificado como especializado Grau I, II ou III, caracterizando serviços ainda não enquadrados formalmente nos critérios de especialização definidos pela ANCP. Todos os programas estão vinculados exclusivamente ao setor público.

Do ponto de vista do perfil assistencial, dois programas atuam exclusivamente em oncologia, enquanto um apresenta perfil misto, contemplando pacientes oncológicos e não oncológicos, indicando início de ampliação do escopo assistencial no estado.

Em relação à inserção acadêmica, dois programas apresentam envolvimento regular com atividades de graduação e residência médica, e os três desenvolvem pesquisas científicas. Entretanto, não há participação formal em programas de pós-graduação, sugerindo desenvolvimento acadêmico ainda em consolidação.

Quanto à estrutura assistencial, o estado dispõe de 22 leitos hospitalares destinados aos cuidados paliativos. Um dos programas possui unidade hospitalar específica para internação, totalizando 7 leitos em unidade dedicada. Não há oferta de *hospice*, hospital-dia ou teleatendimento.

Todos os programas desenvolvem atividades institucionais de capacitação profissional, porém apenas um mantém atividade regular voltada ao cuidado de familiares ou cuidadores informais, indicando espaço para fortalecimento das estratégias de suporte à rede de cuidado.

No que se refere a populações específicas, não há atendimento estruturado em cuidados paliativos pediátricos, inexistindo programas pediátricos, pediatras na equipe ou leitos dedicados à população infantil. Um dos programas realiza atendimento a gestantes, com acompanhamento de 1 paciente por mês.

O cenário de Alagoas demonstra presença ainda inicial dos cuidados paliativos, com concentração dos serviços na capital e limitada diversificação das modalidades assistenciais. Esse panorama sugere oportunidades de desenvolvimento, especialmente na ampliação da estrutura assistencial, interiorização dos serviços e progressiva qualificação técnica dos programas.



Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	3	28
Internação	3	65
Ambulatório	2	70
Domiciliar	1	36
Teleatendimento	0	0
Hospice	0	0
Luto	1	5
Hospital-dia	0	0



Pediatria
Programas exclusivos: 0
Programas não exclusivos: 0

Pediatra	0
Pediatra com horas específicas	0
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	0



Leitos

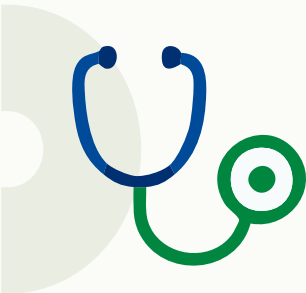
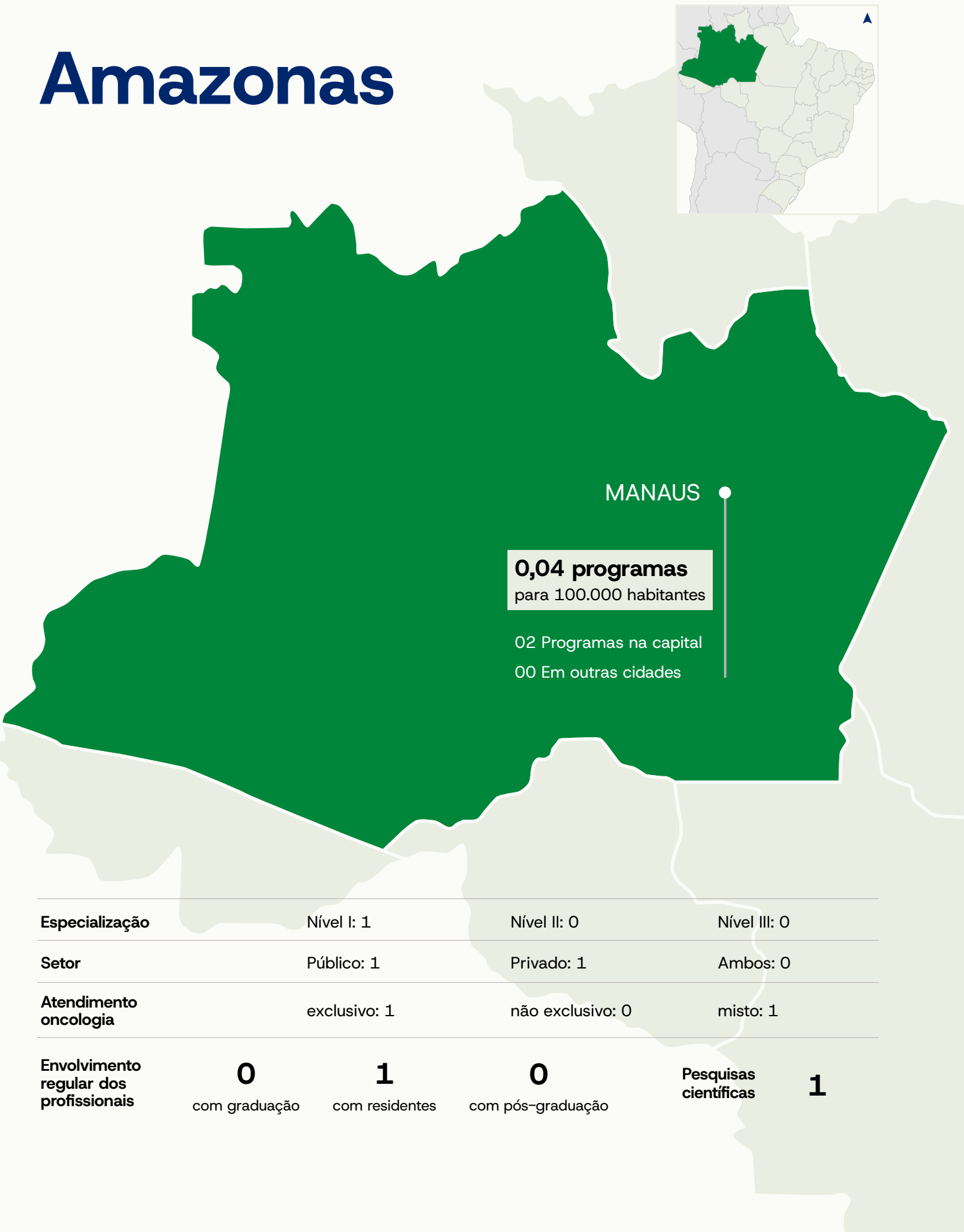
Hospitalares	22
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 1
Leitos em unidades específicas: 7

Programas que atendem gestantes: 1
Gestantes / mês: 1

Atividades
Capacitação: 3
Cuidado com família / cuidador informal: 1

Amazonas



O estado do Amazonas conta com 2 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,04 programas por 100.000 habitantes, ambos localizados na capital. Entre os programas identificados, um é classificado como Especializado Grau I, enquanto o outro não possui classificação formal de especialização. Quanto ao vínculo institucional, um programa pertence ao setor público e o outro ao setor privado.

Em relação ao perfil assistencial, um programa atua exclusivamente em oncologia, enquanto o outro apresenta perfil misto, atendendo pacientes oncológicos e não oncológicos, o que demonstra presença ainda limitada, porém com escopo assistencial parcialmente ampliado.

Do ponto de vista acadêmico, um programa apresenta envolvimento regular com residência médica e desenvolve pesquisas científicas. Não há participação estruturada em atividades de graduação ou pós-graduação, indicando inserção acadêmica ainda restrita.

Quanto à estrutura assistencial, não há oferta de internação hospitalar estruturada, *hospice* ou hospital-dia. O estado também não dispõe de leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, nem de unidades exclusivas ou leitos de *hospice*, caracterizando ausência de infraestrutura dedicada para essa modalidade de cuidado.

Um dos programas desenvolve atividades institucionais de capacitação profissional e mantém atividade regular voltada ao cuidado de familiares ou cuidadores informais, demonstrando incorporação parcial de estratégias de qualificação assistencial e suporte à rede de cuidado.

No que se refere a populações específicas, um programa informa atendimento a pacientes pediátricos, com acompanhamento de 7 pacientes por mês. Entretanto, não há pediatra formalmente inserido na equipe nem leitos específicos destinados à população infantil. Também não foi identificado atendimento estruturado a gestantes.

O cenário do Amazonas demonstra presença ainda incipiente dos cuidados paliativos, com baixa densidade de programas, concentração geográfica e ausência de estrutura assistencial dedicada. Esse panorama indica oportunidades de desenvolvimento, especialmente na ampliação da capacidade assistencial, qualificação das equipes e diversificação das modalidades de cuidado.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	2	50
Internação	0	0
Ambulatório	2	385
Domiciliar	1	90
Teleatendimento	2	57
Hospice	0	0
Luto	1	17
Hospital-dia	0	0



Pediatria
Programas exclusivos: 0
Programas não exclusivos: 1

Pediatra	0
Pediatra com horas específicas	0
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	7



Leitos

Hospitalares	0
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 0
Leitos em unidades específicas: 0

Programas que atendem gestantes: 0
Gestantes / mês: 0

Atividades
Capacitação: 1
Cuidado com família / cuidador informal: 1

Amapá



0,00 programas
para 100.000 habitantes

MACAPÁ

Especialização	Nível I: 0	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 0	Privado: 0	Ambos: 0
Atendimento oncologia	exclusivo: 0	não exclusivo: 0	misto: 0
Envolvimento regular dos profissionais	0 com graduação	0 com residentes	0 com pós-graduação
			Pesquisas científicas 0



No estado do Amapá não foram identificados programas de cuidados paliativos na presente edição do Atlas, indicando ausência de serviços formalmente organizados nessa área no território estadual.

A inexistência de programas estruturados implica ausência de oferta formal das principais modalidades assistenciais em cuidados paliativos, incluindo interconsulta hospitalar, atendimento ambulatorial, internação, atenção domiciliar, teleatendimento, *hospice* ou acompanhamento em luto.

Da mesma forma, não foram identificados leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, unidades exclusivas de internação, programas pediátricos ou atendimento a gestantes, evidenciando ausência de estrutura assistencial dedicada.

Esse cenário evidencia importante lacuna assistencial no estado e reforça a necessidade de planejamento estratégico para implantação inicial de programas estruturados, desenvolvimento de capacidades profissionais e integração progressiva dos cuidados paliativos à rede de atenção à saúde.

A inexistência de programas formalmente organizados posiciona o Amapá entre os estados com maior desafio estrutural para a consolidação da assistência paliativa no país, indicando a necessidade de estratégias indutoras para o desenvolvimento inicial da área.



Bahia



SALVADOR

0,23 programas
para 100.000 habitantes

27 Programas na capital
08 Em outras cidades

Especialização	Nível I: 12	Nível II: 1	Nível III: 0
Setor	Público: 20	Privado: 12	Ambos: 3
Atendimento oncologia	exclusivo: 5	não exclusivo: 2	misto: 28

Envolvimento regular dos profissionais

11 com graduação17 com residentes5 com pós-graduação

Pesquisas científicas13

A Bahia conta com 35 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,23 programas por 100.000 habitantes. A maior parte dos serviços está localizada na capital (27), com presença também em outras cidades do estado (8), indicando processo inicial de interiorização da assistência.

Em relação ao nível de especialização, 12 programas são classificados como Grau I e 1 como Grau II, não havendo programas classificados como Grau III. A rede assistencial é composta por 20 programas públicos, 12 privados e 3 com atuação mista, evidenciando diversidade de arranjos institucionais.

Predomina o modelo assistencial misto, presente em 28 programas, enquanto 5 atuam exclusivamente em oncologia e 2 exclusivamente em condições não oncológicas, demonstrando ampliação progressiva do escopo assistencial para além do modelo historicamente centrado no câncer.

No campo acadêmico, 11 programas apresentam envolvimento regular com graduação, 17 com residência médica e 5 com pós-graduação. Treze programas desenvolvem pesquisas científicas, indicando inserção universitária relevante e potencial de desenvolvimento técnico da área no estado.

Quanto à estrutura assistencial, a Bahia dispõe de 8 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, com 1 unidade hospitalar exclusiva totalizando esses 8 leitos. Destaca-se também a existência de 100 leitos em *hospices*, configurando uma das maiores capacidades estruturais do país nessa modalidade.

No que se refere à qualificação profissional, 27 programas desenvolvem atividades institucionais de capacitação, e 10 mantêm atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal, evidenciando incorporação parcial de estratégias de suporte ampliado.

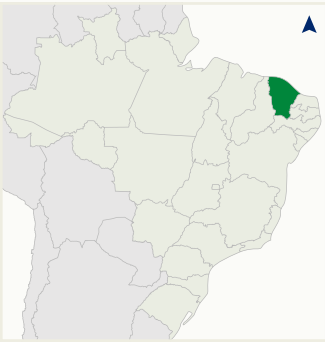
A Bahia apresenta estrutura relevante em cuidados paliativos pediátricos, com 3 programas exclusivos de pediatria e 21 programas que atendem essa população. Doze contam com pediatra na equipe, 5 possuem carga horária específica dedicada e 2 dispõem de pediatra com título de área de atuação em Medicina Paliativa. No total, são acompanhados 71 pacientes pediátricos por mês, com disponibilidade de 2 leitos hospitalares dedicados e 7 leitos em *hospice* pediátrico.

O estado também registra atendimento a gestantes em cuidados paliativos em 3 programas, com acompanhamento de 44 pacientes por mês, representando um dos maiores volumes nacionais nessa população específica.

O cenário da Bahia evidencia uma rede assistencial relativamente diversificada, com presença de *hospice* estruturado, inserção acadêmica relevante e desenvolvimento de atenção a populações específicas. Esses elementos configuram o estado como um dos contextos com maior grau de maturidade estrutural em cuidados paliativos fora do eixo Sudeste, ainda que persistam oportunidades de expansão e qualificação progressiva.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	25	942
Internação	5	158
Ambulatório	12	689
Domiciliar	6	298
Teleatendimento	7	157
Hospice	2	125
Luto	8	27
Hospital-dia	2	5
Pediatria Programas exclusivos: 3 Programas não exclusivos: 21		
Pediatra		12
Pediatra com horas específicas		5
Pediatra com atuação em MP com horas específicas		2
Paciente / mês		71
Leitos		
Hospitalares		8
Hospitalares pediátricos		2
Hospices		100
Hospices pediátricos		7
Programas com unidade hospitalar específica para internação: 1 Leitos em unidades específicas: 8		
Programas que atendem gestantes: 3 Gestantes / mês: 44		
Atividades Capacitação: 27 Cuidado com família / cuidador informal: 10		

Ceará



0,23 programas
para 100.000 habitantes

17 Programas na capital
05 Em outras cidades

FORTALEZA

Especialização	Nível I: 8	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 13	Privado: 8	Ambos: 1
Atendimento oncologia	exclusivo: 3	não exclusivo: 2	misto: 17
Envolvimento regular dos profissionais	7 com graduação	14 com residentes	4 com pós-graduação
			Pesquisas científicas 11

O Ceará conta com 22 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,23 programas por 100.000 habitantes. A maior parte dos serviços está concentrada na capital (17), com presença ainda limitada em outros municípios, indicando processo parcial de interiorização da assistência. Em relação ao nível de especialização, 8 programas são classificados como Especializado Grau I, não havendo programas classificados como Grau II ou Grau III. A rede assistencial é composta por 13 programas públicos, 8 privados e 1 com atuação mista.

Predomina o modelo assistencial misto, presente em 17 programas, enquanto 3 atuam exclusivamente em oncologia e 2 exclusivamente em condições não oncológicas. Esse perfil demonstra ampliação progressiva do escopo dos cuidados paliativos no estado, com incorporação gradual de condições crônicas não oncológicas.

No campo acadêmico, 7 programas apresentam envolvimento regular com graduação, 14 com residência médica e 4 com pós-graduação. Onze programas realizam pesquisas científicas, indicando inserção formativa relevante e potencial de fortalecimento técnico da área no estado.

Quanto à estrutura assistencial, o estado dispõe de 58 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos. Dois programas possuem unidades hospitalares exclusivas, totalizando 42 leitos dedicados. Destaca-se também a presença de 130 leitos em *hospice*, configurando uma das maiores capacidades estruturais do país nessa modalidade. Não há oferta de hospital-dia.

No que se refere à qualificação das equipes, 17 programas desenvolvem atividades institucionais de capacitação, e 6 mantêm atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal, demonstrando incorporação progressiva de estratégias de qualificação assistencial e suporte ampliado.

No âmbito das populações específicas, o Ceará apresenta estrutura relevante em cuidados paliativos pediátricos, com 2 programas exclusivos de pediatria e 6 programas que atendem essa população. Quatro contam com pediatria na equipe, 3 possuem carga horária específica dedicada e 2 dispõem de pediatria com título de área de atuação em Medicina Paliativa. No total, são acompanhados 235 pacientes pediátricos por mês, com disponibilidade de 40 leitos hospitalares dedicados. Não há leitos de *hospice* pediátrico. O estado também registra atendimento a gestantes em 2 programas, com acompanhamento de 5 pacientes por mês.

O cenário do Ceará evidencia rede assistencial em desenvolvimento, com capacidade hospitalar relevante, presença expressiva de *hospice* e inserção acadêmica consistente. Esses elementos indicam um contexto de consolidação progressiva dos cuidados paliativos no estado, com potencial de expansão territorial, qualificação contínua dos serviços e fortalecimento da integração regional da assistência.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	16	640
Internação	7	168
Ambulatório	10	779
Domiciliar	7	359
Teleatendimento	6	109
Hospice	1	25
Luto	7	50
Hospital-dia	0	0



Pediatria
Programas exclusivos: 2
Programas não exclusivos: 6

Pediatra	4
Pediatra com horas específicas	3
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	2
Paciente / mês	235



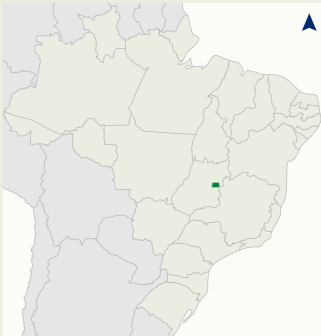
Leitos	
Hospitalares	58
Hospitalares pediátricos	40
Hospices	130
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 2
Leitos em unidades específicas: 42

Programas que atendem gestantes: 2
Gestantes / mês: 5

Atividades
Capacitação: 17
Cuidado com família / cuidador informal: 6

Distrito Federal



0,73 programas
para 100.000 habitantes

17 Programas na capital
05 Em cidades-satélites

BRASÍLIA

Especialização	Nível I: 10	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 12	Privado: 9	Ambos: 1
Atendimento oncologia	exclusivo: 6	não exclusivo: 1	misto: 15
Envolvimento regular dos profissionais	7 com graduação	14 com residentes	2 com pós-graduação
			Pesquisas científicas 12

O Distrito Federal conta com 22 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,73 programas por 100.000 habitantes, a maior razão proporcional identificada até o momento entre as unidades federativas já analisadas. A maior parte dos serviços está localizada no Plano Piloto (17), com presença também nas cidades satélites (5), evidenciando relativa descentralização territorial. Em relação ao nível de especialização, 10 programas são classificados como Especializado Grau I, não havendo programas classificados como Grau II ou Grau III. A rede assistencial é composta por 12 programas públicos, 9 privados e 1 com atuação mista.

Predomina o modelo assistencial misto, presente em 15 programas, enquanto 6 atuam exclusivamente em oncologia e 1 exclusivamente em condições não oncológicas. Esse perfil indica diversificação das indicações clínicas e ampliação progressiva do acesso para diferentes condições ameaçadoras da vida.

No campo acadêmico, 7 programas apresentam envolvimento regular com graduação, 14 com residência médica e 2 com pós-graduação. Doze programas realizam pesquisas científicas, demonstrando inserção relevante em atividades formativas e potencial de desenvolvimento técnico da área no território.

Quanto à estrutura assistencial, o Distrito Federal dispõe de 83 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos. Dois programas possuem unidades hospitalares exclusivas, totalizando 31 leitos dedicados. Não há oferta de *hospice* no Distrito Federal, o que indica predominância do modelo hospitalar como principal eixo de internação especializada.

No que se refere à qualificação profissional, 19 programas desenvolvem atividades institucionais de capacitação e 6 mantêm atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal, demonstrando investimento relevante em educação permanente e suporte à rede de cuidado.

No âmbito das populações específicas, o Distrito Federal apresenta estrutura significativa em cuidados paliativos pediátricos, com 2 programas exclusivos de pediatria e 6 programas que atendem essa população. Três contam com pediatria na equipe, 2 possuem carga horária específica dedicada e 2 dispõem de pediatria com título de área de atuação em Medicina Paliativa. No total, são acompanhados 126 pacientes pediátricos por mês, com disponibilidade de 50 leitos hospitalares dedicados. Não há *hospice* pediátrico. O Distrito Federal também registra atendimento a gestantes em 3 programas, com acompanhamento de 5 pacientes por mês.

O cenário do Distrito Federal evidencia elevada densidade proporcional de programas, estrutura hospitalar relevante e boa diversidade de modalidades assistenciais. Esses elementos configuram o território como um dos polos com maior cobertura proporcional em cuidados paliativos no país, ainda que persistam oportunidades de ampliação de modalidades como *hospice* e fortalecimento da integração entre os diferentes níveis de atenção.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	13	335
Internação	5	156
Ambulatório	20	589
Domiciliar	5	166
Teleatendimento	14	81
Hospice	0	0
Luto	15	50
Hospital-dia	2	15



Pediatria
Programas exclusivos: 2
Programas não exclusivos: 6

Pediatra	3
Pediatra com horas específicas	2
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	2

Paciente / mês	126
----------------	-----



Leitos

Hospitalares	83
Hospitalares pediátricos	50
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 2
Leitos em unidades específicas: 31

Programas que atendem gestantes: 3
Gestantes / mês: 5

Atividades
Capacitação: 19
Cuidado com família / cuidador informal: 6

Espírito Santo



VITÓRIA

0,38 programas
para 100.000 habitantes

07 Programas na capital
09 Em outras cidades

Especialização	Nível I: 4	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 7	Privado: 5	Ambos: 4
Atendimento oncologia	exclusivo: 4	não exclusivo: 1	misto: 11

Envolvimento regular dos profissionais

4 com graduação

8 com residentes

0 com pós-graduação

Pesquisas científicas

4

O Espírito Santo conta com 16 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,38 programas por 100.000 habitantes, com presença distribuída entre a capital e outros municípios do estado. Em relação ao grau de especialização, 4 programas são classificados como Especializado Grau I, sem registros de programas Grau II ou Grau III. A composição da rede inclui serviços públicos, privados e modelos mistos de financiamento.

Quanto ao perfil assistencial, observa-se predominância do modelo misto (11 programas), com menor participação de serviços exclusivamente oncológicos (4) e não oncológicos (1). Esse padrão sugere incorporação gradual de diferentes perfis clínicos no escopo dos programas existentes.

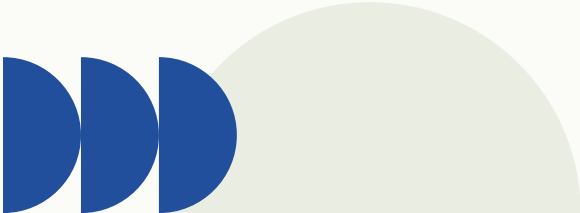
A inserção acadêmica mostra-se ainda limitada, com 4 programas envolvidos em atividades de graduação e 8 com residência médica. Não há participação formal em pós-graduação. Quatro programas desenvolvem pesquisas científicas, indicando potencial de desenvolvimento técnico ainda em fase inicial.

Do ponto de vista da capacidade assistencial, o estado dispõe de 22 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos. Um programa mantém unidade hospitalar exclusiva, totalizando 5 leitos dedicados. Em contraste, destaca-se a existência de 29 leitos em *hospice*, o que representa a principal estrutura especializada disponível no estado.

As ações de qualificação profissional estão presentes em 10 programas por meio de atividades de capacitação institucional. Iniciativas estruturadas de apoio à família ou ao cuidador ainda são menos frequentes, estando presentes em 3 programas.

Em relação às populações específicas, há 1 programa exclusivo de cuidados paliativos pediátricos e outros 2 que atendem essa população. Apenas 1 programa possui pediatra na equipe, sem carga horária dedicada ou titulação específica em Medicina Paliativa. São acompanhados 22 pacientes pediátricos por mês, com disponibilidade de 2 leitos hospitalares destinados a essa população e ausência de *hospice* pediátrico. Não há registro de atendimento a gestantes em cuidados paliativos.

O panorama do Espírito Santo indica presença de programas organizados e alguma diversidade de modalidades assistenciais, com destaque para a estrutura *hospice*. Entretanto, a baixa disponibilidade de leitos hospitalares dedicados e o número restrito de programas especializados sugerem espaço para ampliação da capacidade assistencial e qualificação progressiva da rede estadual.



Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	13	482
Internação	3	81
Ambulatório	9	252
Domiciliar	3	72
Teleatendimento	3	19
Hospice	1	50
Luto	5	75
Hospital-dia	1	4

Pediatria
Programas exclusivos: 1
Programas não exclusivos: 2

Pediatra	1
Pediatra com horas específicas	0
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	22

Leitos	
Hospitalares	22
Hospitalares pediátricos	2
Hospices	29
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 1
Leitos em unidades específicas: 5

Programas que atendem gestantes: 0
Gestantes / mês: 0

Atividades
Capacitação: 10
Cuidado com família / cuidador informal: 3

Goiás



GOIÂNIA

0,24 programas
para 100.000 habitantes

12 Programas na capital
06 Em outras cidades

Especialização	Nível I: 3	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 11	Privado: 4	Ambos: 3
Atendimento oncologia	exclusivo: 5	não exclusivo: 2	misto: 11

Envolvimento regular dos profissionais	6 com graduação	9 com residentes	3 com pós-graduação	Pesquisas científicas	5
--	--------------------	---------------------	------------------------	-----------------------	---



O estado de Goiás conta com 18 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,24 programas por 100.000 habitantes. Do total, 12 estão localizados na capital e 6 em outros municípios do estado, indicando presença ainda concentrada no principal polo assistencial, com início de interiorização dos serviços. Em relação ao nível de especialização, 3 programas são classificados como Especializado Grau I, não havendo programas classificados como Grau II ou Grau III. A rede assistencial é composta por 11 programas públicos, 4 privados e 3 com atuação mista.

Predomina o modelo assistencial misto, presente em 11 programas, enquanto 5 atuam exclusivamente em oncologia e 2 exclusivamente em condições não oncológicas. Esse perfil demonstra diversificação progressiva das indicações clínicas e incorporação gradual de pacientes com diferentes necessidades paliativas.

No campo acadêmico, 6 programas apresentam envolvimento regular com graduação, 9 com residência médica e 3 com pós-graduação. Cinco programas realizam pesquisas científicas, indicando inserção acadêmica ainda em consolidação.

Quanto à estrutura assistencial, o estado dispõe de 20 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, distribuídos em 2 programas com unidades hospitalares exclusivas, totalizando esses 20 leitos dedicados. Não há oferta de *hospice* ou hospital-dia, indicando predominância do modelo hospitalar como principal modalidade de internação especializada.

No que se refere à qualificação profissional, 15 programas desenvolvem atividades institucionais de capacitação e 10 mantêm atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal, evidenciando investimento relevante em educação permanente e suporte à rede de cuidado.

No campo das populações específicas, 4 programas atendem pacientes pediátricos, porém apenas 1 possui pediatra na equipe, sem carga horária específica dedicada ou título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 9 pacientes pediátricos por mês, sem disponibilidade de leitos hospitalares ou *hospice* pediátrico dedicados. Não há atendimento a gestantes em cuidados paliativos.

O cenário de Goiás demonstra rede assistencial predominantemente hospitalar, com razoável inserção acadêmica e presença de iniciativas de qualificação profissional. Entretanto, o baixo nível de especialização formal dos programas e a ausência de modalidades como *hospice* indicam oportunidades de fortalecimento progressivo da estrutura assistencial e da maturidade dos serviços no estado.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	14	450
Internação	11	194
Ambulatório	8	183
Domiciliar	4	156
Teleatendimento	6	128
Hospice	0	0
Luto	5	36
Hospital-dia	0	0



Pediatra
Programas exclusivos: 0
Programas não exclusivos: 4

Pediatra	1
Pediatra com horas específicas	0
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0

Paciente / mês	9
----------------	---



Leitos

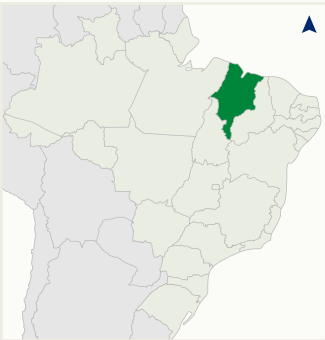
Hospitalares	20
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 2
Leitos em unidades específicas: 20

Programas que atendem gestantes: 0
Gestantes / mês: 0

Atividades
Capacitação: 15
Cuidado com família / cuidador informal: 10

Maranhão



0,12 programas
para 100.000 habitantes

08 Programas na capital
01 Em outras cidades

SÃO LUÍS

Especialização	Nível I: 2	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 5	Privado: 4	Ambos: 0
Atendimento oncologia	exclusivo: 1	não exclusivo: 1	misto: 7

Envolvimento regular dos profissionais

4 com graduação 6 com residentes 2 com pós-graduação

Pesquisas científicas 4

O estado do Maranhão conta com 9 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,12 programas por 100.000 habitantes. Observa-se forte concentração desses serviços na capital (8), com presença ainda incipiente no interior (1), evidenciando distribuição territorial limitada da assistência.

Quanto ao grau de especialização, 2 programas são classificados como Especializado Grau I, sem registros de programas Grau II ou Grau III. A rede é composta por 5 serviços públicos e 4 privados, indicando participação relevante de diferentes arranjos institucionais.

O perfil assistencial é majoritariamente misto, presente em 7 programas, enquanto 1 atua exclusivamente em oncologia e 1 em condições não oncológicas. Esse cenário aponta para ampliação gradual das indicações clínicas, embora ainda com concentração em modelos assistenciais mais tradicionais.

A dimensão acadêmica apresenta participação moderada, com 4 programas envolvidos em atividades de graduação, 6 em residência médica e 2 em pós-graduação. Quatro programas realizam pesquisas científicas, indicando presença de iniciativas formativas ainda em consolidação.

Em relação à estrutura assistencial, o estado dispõe de 88 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos. Um programa possui unidade hospitalar exclusiva, totalizando 14 leitos dedicados. Não há oferta de *hospice* no estado, o que reforça a predominância do modelo hospitalar como principal eixo de internação especializada.

As iniciativas de qualificação profissional estão presentes em 6 programas por meio de atividades de capacitação institucional. Ações estruturadas voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal são desenvolvidas por 4 programas, indicando incorporação parcial dessa dimensão do cuidado.

No campo das populações específicas, há 1 programa exclusivo de cuidados paliativos pediátricos e outros 4 que atendem essa população. Apenas 1 programa conta com pediatra na equipe, com carga horária específica, porém sem título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 24 pacientes pediátricos por mês, sem disponibilidade de leitos hospitalares ou *hospice* pediátrico dedicados. O estado também registra atendimento a gestantes em 1 programa, com acompanhamento de 7 pacientes por mês.

O panorama do Maranhão demonstra presença relevante de leitos hospitalares e inserção acadêmica em desenvolvimento, porém ainda com baixo nível de especialização formal e ausência de modalidades como *hospice*. Esse conjunto de características sugere rede em processo de consolidação, com oportunidades de expansão territorial e qualificação progressiva dos programas existentes.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	8	179
Internação	4	108
Ambulatório	4	200
Domiciliar	2	60
Teleatendimento	2	42
Hospice	0	0
Luto	3	53
Hospital-dia	1	30



Pediatria

Programas exclusivos: 1
Programas não exclusivos: 4

Pediatra	1
Pediatra com horas específicas	1
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	24



Leitos

Hospitalares	88
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 1

Leitos em unidades específicas: 14

Programas que atendem gestantes: 1

Gestantes / mês: 7

Atividades

Capacitação: 6
Cuidado com família / cuidador informal: 4

Minas Gerais



0,20 programas
para 100.000 habitantes

23 Programas na capital
20 Em outras cidades

BELO
HORIZONTE

Especialização	Nível I: 21	Nível II: 2	Nível III: 0
Setor	Público: 18	Privado: 12	Ambos: 13
Atendimento oncologia	exclusivo: 5	não exclusivo: 3	misto: 35

Envolvimento regular dos profissionais

16

com graduação

27

com residentes

7

com pós-graduação

Pesquisas científicas 22

Minas Gerais conta com 43 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,2 programas por 100.000 habitantes, com distribuição relativamente equilibrada entre a capital (23) e municípios do interior (20). Esse padrão sugere uma das redes territoriais mais distribuídas entre os estados analisados. Em relação ao grau de especialização, 21 programas são classificados como Especializado Grau I e 2 como Grau II, não havendo programas Grau III. A rede assistencial é composta por 18 programas públicos, 12 privados e 13 com atuação mista.

O modelo assistencial predominante é o misto, presente em 35 programas, enquanto 5 atuam exclusivamente em oncologia e 3 exclusivamente em condições não oncológicas. Esse perfil demonstra consolidação de uma abordagem ampliada dos cuidados paliativos, com incorporação relevante de diferentes perfis clínicos.

A inserção acadêmica mostra-se expressiva, com 16 programas envolvidos em atividades de graduação, 27 em residência médica e 7 em pós-graduação. Vinte e dois programas desenvolvem pesquisas científicas, evidenciando ambiente favorável ao desenvolvimento técnico e à formação de recursos humanos na área.

Quanto à capacidade assistencial, o estado dispõe de 103 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos. Quatro programas possuem unidades hospitalares exclusivas, totalizando 53 leitos dedicados. Além disso, Minas Gerais conta com 24 leitos em *hospice*, ampliando as modalidades de cuidado disponíveis.

As ações de qualificação profissional estão presentes em 34 programas por meio de atividades de capacitação institucional. Atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal são desenvolvidas por 14 programas, indicando incorporação progressiva dessa dimensão do cuidado.

No campo das populações específicas, Minas Gerais apresenta estrutura relevante em cuidados paliativos pediátricos, com 2 programas exclusivos e outros 13 que atendem essa população. Cinco contam com pediatra na equipe, 4 possuem carga horária específica dedicada e 3 dispõem de pediatra com título de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 231 pacientes pediátricos por mês, com disponibilidade de 13 leitos hospitalares dedicados e ausência de *hospice* pediátrico. O estado também registra atendimento a gestantes em 8 programas, com acompanhamento de 92 pacientes por mês, representando um dos maiores volumes nacionais nessa população.

O cenário de Minas Gerais evidencia rede assistencial ampla, com boa distribuição territorial, inserção acadêmica relevante e diversidade de modalidades assistenciais. Esses elementos configuram o estado como um dos contextos mais estruturados do país fora do eixo tradicionalmente mais concentrado, com características de rede em consolidação avançada.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	30	2087
Internação	17	608
Ambulatório	24	1465
Domiciliar	11	678
Teleatendimento	18	595
Hospice	2	65
Luto	20	284
Hospital-dia	2	8



Pediatria
Programas exclusivos: 2
Programas não exclusivos: 13

Pediatra	5
Pediatra com horas específicas	4
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	3

Paciente / mês 231



Leitos

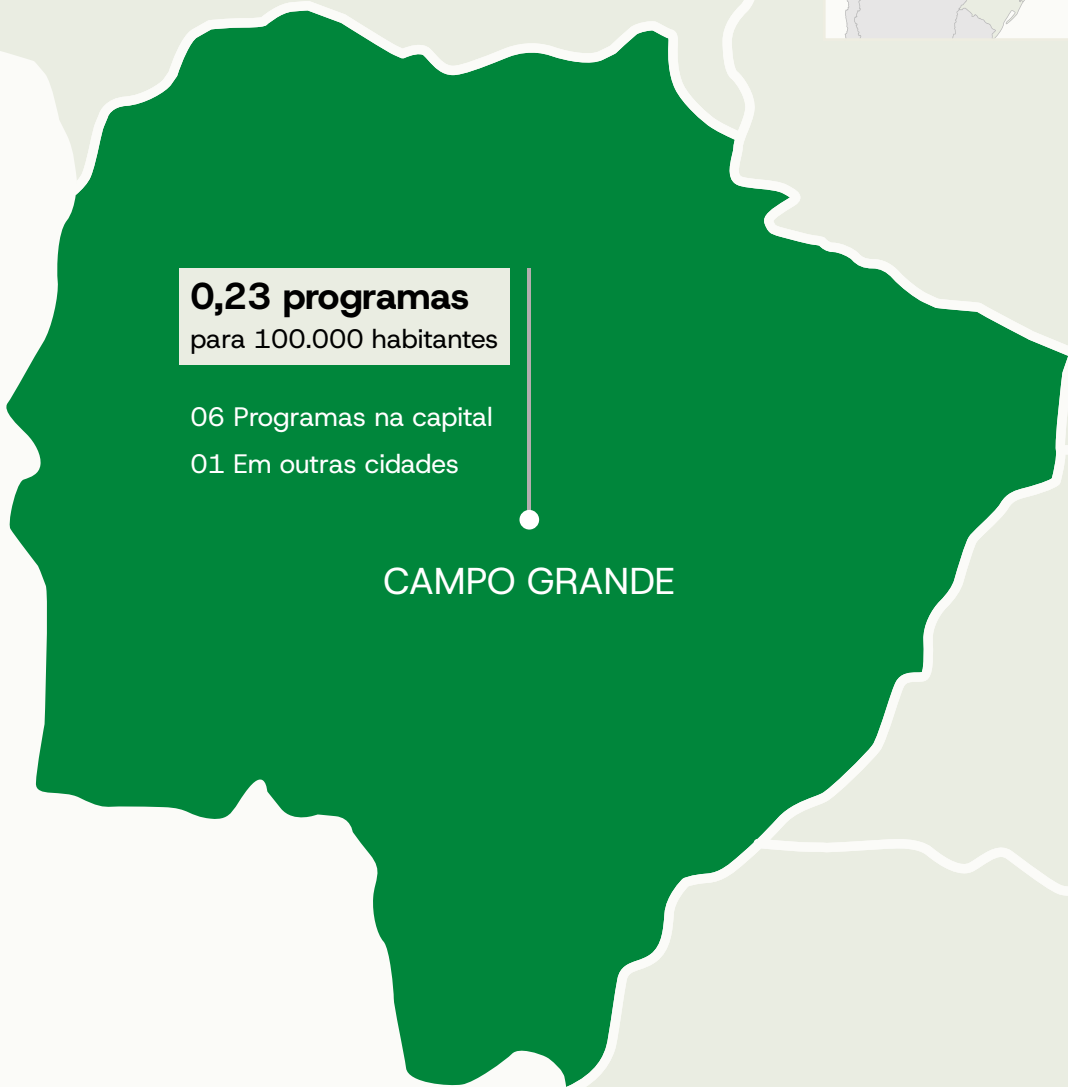
Hospitalares	103
Hospitalares pediátricos	13
Hospices	24
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 4
Leitos em unidades específicas: 53

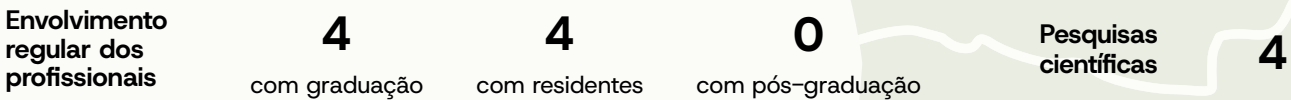
Programas que atendem gestantes: 8
Gestantes / mês: 92

Atividades
Capacitação: 34
Cuidado com família / cuidador informal: 14

Mato Grosso do Sul



Especialização	Nível I: 3	Nível II: 1	Nível III: 0
Setor	Público: 4	Privado: 1	Ambos: 2
Atendimento oncologia	exclusivo: 1	não exclusivo: 0	misto: 6



O Mato Grosso do Sul conta com 7 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,23 programas por 100.000 habitantes. A oferta encontra-se predominantemente concentrada na capital (6), com presença pontual no interior (1), indicando distribuição territorial ainda limitada. Em relação ao grau de especialização, 3 programas são classificados como Especializado Grau I e 1 como Grau II, não havendo programas Grau III. A rede assistencial é composta por 4 programas públicos, 1 privado e 2 com atuação mista.

O perfil assistencial é majoritariamente misto, presente em 6 programas, havendo apenas 1 programa exclusivamente oncológico. Esse padrão sugere atuação voltada a diferentes condições clínicas, ainda que com número reduzido de serviços especializados.

No campo acadêmico, 4 programas apresentam envolvimento regular com graduação e residência médica, e 4 desenvolvem pesquisas científicas. Não há participação estruturada em pós-graduação, o que indica inserção acadêmica ainda em desenvolvimento.

Quanto à estrutura assistencial, o estado dispõe de 49 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos. Dois programas possuem unidades hospitalares exclusivas, totalizando 22 leitos dedicados. O estado conta ainda com 6 leitos em *hospice* e não apresenta oferta da modalidade hospital-dia.

As iniciativas de qualificação profissional estão presentes em 4 programas por meio de atividades de capacitação institucional. Atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal são realizadas por 2 programas, indicando presença ainda limitada dessa dimensão do cuidado.

No campo das populações específicas, 4 programas atendem pacientes pediátricos e todos contam com pediatra na equipe. Dois possuem carga horária específica dedicada e dois dispõem de pediatra com título de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 23 pacientes pediátricos por mês, com disponibilidade de 2 leitos hospitalares dedicados e ausência de *hospice* pediátrico. Não há atendimento a gestantes em cuidados paliativos.

O panorama do Mato Grosso do Sul revela uma rede de menor porte, porém com presença de diferentes modalidades assistenciais e algum grau de especialização formal. A existência de leitos dedicados e iniciativas acadêmicas sugere base estrutural relevante, embora ainda haja espaço para ampliação da cobertura territorial e fortalecimento da diversidade assistencial.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	7	252
Internação	5	483
Ambulatório	5	313
Domiciliar	2	92
Teleatendimento	1	2
Hospice	1	0
Luto	3	22
Hospital-dia	0	0

Pediatria
Programas exclusivos: 0
Programas não exclusivos: 4

Pediatra	4
Pediatra com horas específicas	2
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	2
Paciente / mês	23

Leitos	
Hospitalares	49
Hospitalares pediátricos	2
Hospices	6
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 2
Leitos em unidades específicas: 22

Programas que atendem gestantes: 0
Gestantes / mês: 0

Atividades
Capacitação: 4
Cuidado com família / cuidador informal: 2

Mato Grosso



0,17 programas
para 100.000 habitantes

06 Programas na capital
01 Em outras cidades

CUIABÁ

Especialização	Nível I: 1	Nível II: 0	Nível III: 1
Setor	Público: 4	Privado: 2	Ambos: 1
Atendimento oncologia	exclusivo: 5	não exclusivo: 0	misto: 2

Envolvimento regular dos profissionais

4 com graduação3 com residentes0 com pós-graduação

Pesquisas científicas3

O estado do Mato Grosso conta com 7 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,17 programas por 100.000 habitantes. A oferta encontra-se majoritariamente concentrada na capital (6), com presença pontual no interior (1), indicando distribuição territorial ainda incipiente. Em termos de especialização, apenas 1 programa é classificado como Especializado Grau I e 1 programa é caracterizado como Especializado Grau III, evidenciando a presença pontual de alta complexidade em um contexto de baixa densidade de serviços especializados. Não há programas classificados como Grau II. A rede assistencial é composta por 4 programas públicos, 2 privados e 1 com atuação mista.

O perfil assistencial mostra predominância de serviços voltados exclusivamente à oncologia (5 programas), enquanto apenas 2 apresentam modelo misto. Esse padrão sugere que a expansão dos cuidados paliativos no estado ainda mantém forte vínculo com a trajetória histórica da oncologia.

A participação acadêmica apresenta-se moderada, com 4 programas envolvidos em atividades de graduação e 3 em residência médica. Três programas desenvolvem pesquisas científicas, não havendo participação estruturada em pós-graduação, o que indica desenvolvimento formativo ainda em fase inicial.

Em relação à estrutura assistencial, o estado dispõe de 20 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, distribuídos em 2 programas com unidades hospitalares exclusivas, totalizando esses 20 leitos dedicados. Não há oferta de *hospice*, hospital-dia ou acompanhamento estruturado em luto, evidenciando predominância de um modelo assistencial centrado na internação hospitalar.

As ações de qualificação profissional estão presentes em 6 programas por meio de atividades de capacitação institucional. Atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal são realizadas por 2 programas, indicando presença ainda limitada de estratégias estruturadas de suporte ampliado.

No que se refere a populações específicas, não há atendimento estruturado em cuidados paliativos pediátricos no estado. O Mato Grosso registra atendimento a gestantes em 1 programa, com acompanhamento de 1 paciente por mês.

O conjunto desses elementos caracteriza uma rede ainda concentrada e fortemente vinculada ao modelo oncológico, com alguma capacidade hospitalar instalada e presença pontual de serviço de alta complexidade (Grau III), porém com baixo nível de especialização formal e lacunas em áreas como pediatria, luto e diversificação das modalidades assistenciais.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	4	29
Internação	5	135
Ambulatório	4	132
Domiciliar	4	72
Teleatendimento	1	10
Hospice	0	0
Luto	0	0
Hospital-dia	0	0



Pediatria

Programas exclusivos: 0
Programas não exclusivos: 0

Pediatra	0
Pediatra com horas específicas	0
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	0



Leitos

Hospitalares	20
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 2

Leitos em unidades específicas: 20

Programas que atendem gestantes: 1

Gestantes / mês: 1

Atividades

Capacitação: 6
Cuidado com família / cuidador informal: 2

Pará



BELEM

0,09 programas
para 100.000 habitantes

06 Programas na capital
02 Em outras cidades

Especialização	Nível I: 3	Nível II: 0	Nível III: 1
Setor	Público: 7	Privado: 1	Ambos: 0
Atendimento oncologia	exclusivo: 2	não exclusivo: 1	misto: 5

Envolvimento regular dos profissionais

4 com graduação6 com residentes1 com pós-graduação

Pesquisas científicas5

O estado do Pará conta com 8 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,09 programas por 100.000 habitantes. A maior parte dos serviços está concentrada na capital (6), com presença em dois municípios do interior, evidenciando distribuição territorial ainda limitada diante da dimensão geográfica do estado. Em relação ao nível de especialização, 3 programas são classificados como Especializado Grau I e 1 como Grau III, representando um dos poucos registros de serviço de referência avançada na Região Norte. Não há programas classificados como Grau II. A rede é composta majoritariamente por serviços públicos (7), com participação de 1 programa privado.

O modelo assistencial predominante é o misto, presente em 5 programas, enquanto 2 atuam exclusivamente em oncologia e 1 exclusivamente em condições não oncológicas. Esse arranjo demonstra diversificação progressiva das indicações clínicas, ainda que com número reduzido de serviços.

A dimensão acadêmica apresenta participação relevante para o porte da rede estadual, com 4 programas envolvidos em atividades de graduação, 6 em residência médica e 1 em pós-graduação. Cinco programas realizam pesquisas científicas, sugerindo presença de núcleos de desenvolvimento técnico na área.

No que se refere à capacidade assistencial, o estado dispõe de 31 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, todos concentrados em um único programa com unidade hospitalar exclusiva. Não há oferta de *hospice* ou hospital-dia, o que reforça a centralização da estrutura assistencial em poucos serviços.

As iniciativas de qualificação profissional estão presentes em 6 programas por meio de atividades de capacitação institucional. Atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal são desenvolvidas por 4 programas, indicando incorporação parcial dessa dimensão do cuidado.

No campo das populações específicas, há 1 programa exclusivo de cuidados paliativos pediátricos e outros 3 que atendem essa população. Todos os programas que atendem pediatria possuem pediatra na equipe e com carga horária específica, embora sem registro de título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 56 pacientes pediátricos por mês, com disponibilidade de 6 leitos hospitalares dedicados e ausência de *hospice* pediátrico. Não há registro de atendimento a gestantes em cuidados paliativos.

O cenário do Pará combina baixa densidade proporcional de programas com a presença de um serviço de maior complexidade (Grau III), característica pouco frequente na região. Esse perfil sugere rede ainda concentrada, porém com núcleo de maior maturidade técnica, o que pode representar base estratégica para expansão progressiva dos cuidados paliativos no estado.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	7	605
Internação	4	285
Ambulatório	5	478
Domiciliar	2	72
Teleatendimento	3	195
Hospice	0	0
Luto	3	27
Hospital-dia	0	0

 **Pediatria**
Programas exclusivos: 1
Programas não exclusivos: 3

Pediatra	3
Pediatra com horas específicas	3
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	56

 **Leitos**

Hospitalares	31
Hospitalares pediátricos	6
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 1
Leitos em unidades específicas: 31

Programas que atendem gestantes: 0
Gestantes / mês: 0

Atividades
Capacitação: 6
Cuidado com família / cuidador informal: 4

Paraíba



0,16 programas
para 100.000 habitantes

06 Programas na capital
01 Em outras cidades

JOÃO PESSOA

Especialização	Nível I: 2	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 5	Privado: 1	Ambos: 1
Atendimento oncologia	exclusivo: 0	não exclusivo: 0	misto: 7

Envolvimento regular dos profissionais

5 com graduação 3 com residentes 1 com pós-graduação Pesquisas científicas 2

A Paraíba conta com 7 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,16 programas por 100.000 habitantes. A oferta encontra-se fortemente concentrada na capital (6), com presença pontual no interior (1), indicando rede ainda pouco distribuída territorialmente. Em relação ao grau de especialização, 2 programas são classificados como Especializado Grau I, não havendo programas Grau II ou Grau III. A rede assistencial é composta por 5 programas públicos, 1 privado e 1 com atuação mista.

Todos os programas apresentam perfil assistencial misto, não havendo serviços com atuação exclusivamente oncológica ou exclusivamente voltada a condições não oncológicas. Esse padrão sugere abordagem assistencial abrangente dentro de um número ainda restrito de serviços.

A inserção acadêmica mostra participação variável, com 5 programas envolvidos em atividades de graduação, 3 em residência médica e 1 em pós-graduação. Apenas 2 programas realizam pesquisas científicas, indicando desenvolvimento acadêmico ainda em consolidação.

A estrutura assistencial apresenta um dado particularmente relevante: o estado dispõe de 100 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, todos concentrados em um único programa com unidade hospitalar exclusiva. Esse arranjo configura elevada capacidade hospitalar proporcionalmente ao número de programas existentes. Não há oferta de atendimento domiciliar estruturado, *hospice* ou hospital-dia.

As ações de qualificação profissional estão presentes em 5 programas por meio de atividades de capacitação institucional. Atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal são desenvolvidas por 3 programas, demonstrando presença ainda parcial dessa dimensão assistencial.

No campo das populações específicas, apenas 1 programa atende pacientes pediátricos e conta com pediatra na equipe com carga horária específica, embora sem título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. É acompanhado 1 paciente pediátrico por mês, sem disponibilidade de leitos hospitalares ou *hospice* pediátrico dedicados. Não há registro de atendimento a gestantes em cuidados paliativos.

O perfil assistencial da Paraíba revela uma rede com forte concentração hospitalar e elevada capacidade de internação em serviço específico, porém com baixa diversificação de modalidades assistenciais e inserção pediátrica ainda limitada. Esse conjunto sugere estrutura com capacidade instalada relevante, mas com potencial de expansão para modelos mais diversificados de cuidado.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	6	212
Internação	4	157
Ambulatório	2	60
Domiciliar	0	0
Teleatendimento	1	1
Hospice	0	0
Luto	1	20
Hospital-dia	0	0



Pediatria
Programas exclusivos: 0
Programas não exclusivos: 1

Pediatra	1
Pediatra com horas específicas	1
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	1



Leitos

Hospitalares	100
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 1
Leitos em unidades específicas: 100

Programas que atendem gestantes: 0
Gestantes / mês: 0

Atividades
Capacitação: 5
Cuidado com família / cuidador informal: 3

Pernambuco



0,13 programas
para 100.000 habitantes

10 Programas na capital
03 Em outras cidades

RECIFE

Especialização	Nível I: 5	Nível II: 0	Nível III: 1
Setor	Público: 9	Privado: 4	Ambos: 0
Atendimento oncologia	exclusivo: 2	não exclusivo: 0	misto: 11

Envolvimento regular dos profissionais

7

com graduação

10

com residentes

3

com pós-graduação

Pesquisas científicas

8

Pernambuco conta com 13 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,13 programas por 100.000 habitantes. Observa-se concentração na capital (10), com presença ainda limitada em três municípios do interior, configurando rede em processo de interiorização. Em relação ao grau de especialização, 5 programas são classificados como Especializado Grau I e 1 como Grau III, não havendo programas Grau II. A rede é composta predominantemente por serviços públicos (9), além de 4 programas privados.

O perfil assistencial mostra predominância do modelo misto (11 programas), com apenas 2 programas atuando exclusivamente em oncologia. Esse padrão sugere expansão progressiva do escopo assistencial para além do câncer, acompanhando a tendência contemporânea de ampliação das indicações dos cuidados paliativos.

A inserção acadêmica mostra-se relevante no estado, com 7 programas envolvidos em atividades de graduação, 10 em residência médica e 3 em pós-graduação. Oito programas desenvolvem pesquisas científicas, indicando conexão consistente com instituições formadoras e potencial de desenvolvimento técnico regional.

Do ponto de vista assistencial, dois programas realizam atendimento estruturado ao luto, ainda sem registro sistematizado do volume mensal de atendimentos. Não há oferta de *hospice* no estado.

A capacidade hospitalar representa um dos principais pontos estruturais da rede estadual. Pernambuco dispõe de 156 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, com 6 programas mantendo unidades exclusivas de internação, totalizando 51 leitos dedicados. Esse perfil reforça a consolidação do componente hospitalar como eixo estruturante da assistência paliativa no estado.

As ações de qualificação profissional estão presentes em 10 programas por meio de atividades de capacitação institucional. Atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal são desenvolvidas por 5 programas, demonstrando incorporação progressiva dessa dimensão assistencial.

No campo das populações específicas, 5 programas atendem pacientes pediátricos. Apenas 1 conta com pediatra na equipe com carga horária específica e título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 20 pacientes pediátricos por mês, sem disponibilidade de leitos hospitalares ou *hospice* pediátrico dedicados. O estado registra ainda atendimento a gestantes em 1 programa, embora sem informação de volume mensal.

O conjunto dos dados indica que Pernambuco apresenta rede com boa densidade hospitalar, presença de serviço de referência de maior complexidade (Grau III) e inserção acadêmica relevante. Como principal lacuna estrutural, observa-se ausência da modalidade *hospice* e necessidade de maior formalização da atenção pediátrica especializada, aspectos que representam oportunidades estratégicas para qualificação futura da rede.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	11	339
Internação	9	215
Ambulatório	9	554
Domiciliar	2	190
Teleatendimento	2	90
Hospice	0	0
Luto	2	0
Hospital-dia	1	50



Pediatría
Programas exclusivos: 0
Programas não exclusivos: 5

Pediatra	1
Pediatra com horas específicas	1
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	1

Paciente / mês 20



Leitos

Hospitalares	156
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 6
Leitos em unidades específicas: 51

Programas que atendem gestantes: 1
Gestantes / mês: não informado

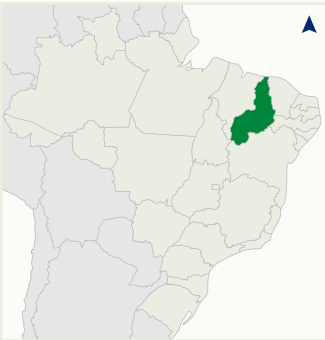
Atividades
Capacitação: 10
Cuidado com família / cuidador informal: 5

Piauí

0,17 programas
para 100.000 habitantes

06 Programas na capital
00 Em outras cidades

TERESINA



Especialização	Nível I: 0	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 2	Privado: 3	Ambos: 1
Atendimento oncologia	exclusivo: 0	não exclusivo: 0	misto: 6

Envolvimento regular dos profissionais

1

com graduação

3

com residentes

1

com pós-graduação

Pesquisas científicas

2

No Piauí, foram identificados 6 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,17 programas por 100.000 habitantes. Todos estão localizados na capital, evidenciando ausência de interiorização da oferta e concentração territorial da assistência. Não há programas classificados como especializados (Grau I, II ou III), o que caracteriza uma rede ainda em estágio inicial de desenvolvimento. A composição institucional inclui 2 programas públicos, 3 privados e 1 com atuação mista.

Todos os programas apresentam perfil assistencial misto, sem atuação exclusiva em oncologia ou em condições não oncológicas. Esse padrão sugere tentativa de organização assistencial abrangente, ainda sem diferenciação formal por perfil clínico ou grau de complexidade.

A inserção acadêmica ainda é limitada, com 1 programa envolvido em atividades de graduação, 3 em residência médica e 1 em pós-graduação. Dois programas realizam pesquisas científicas, indicando presença de iniciativas formativas, porém ainda pouco disseminadas na rede.

Em relação à estrutura assistencial, não há oferta de *hospice* ou hospital-dia. O estado também não dispõe de leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, nem de unidades hospitalares exclusivas ou leitos de *hospice*, evidenciando ausência de infraestrutura dedicada e dependência de leitos gerais para a assistência hospitalar.

As atividades de capacitação institucional estão presentes em 5 programas, demonstrando preocupação com qualificação profissional. Entretanto, não há atividades regulares estruturadas voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal, indicando oportunidade de desenvolvimento dessa dimensão assistencial.

Na atenção a populações específicas, 1 programa atende pacientes pediátricos e conta com pediatra na equipe, embora sem carga horária específica ou título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 4 pacientes pediátricos por mês, sem disponibilidade de leitos hospitalares ou *hospice* pediátrico. Há ainda registro de atendimento a gestantes em 2 programas, com acompanhamento de 4 pacientes por mês.

O conjunto dos dados indica que o Piauí apresenta uma rede ainda em fase inicial de estruturação, caracterizada por concentração geográfica, baixa formalização da especialização e ausência de infraestrutura hospitalar dedicada. Por outro lado, a existência de programas ativos, iniciativas de capacitação e atendimento a populações específicas sugere base potencial para expansão progressiva e qualificação futura da rede estadual.



Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	6	109
Internação	1	3
Ambulatório	4	79
Domiciliar	1	30
Teleatendimento	1	10
Hospice	0	0
Luto	1	5
Hospital-dia	0	0

Pediatria

Programas exclusivos: 0

Programas não exclusivos: 1

Pediatra	1
Pediatra com horas específicas	0
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	4

Leitos	
Hospitalares	0
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 0
Leitos em unidades específicas: 0

Programas que atendem gestantes: 2
Gestantes / mês: 4

Atividades
Capacitação: 5
Cuidado com família / cuidador informal: 0

Paraná



0,20 programas
para 100.000 habitantes

12 Programas na capital
12 Em outras cidades

CURITIBA

Especialização	Nível I: 6	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 9	Privado: 10	Ambos: 5
Atendimento oncologia	exclusivo: 3	não exclusivo: 3	misto: 18

Envolvimento regular dos profissionais

9142

com graduaçãocom residentescom pós-graduação

Pesquisas científicas16

O Paraná conta com 24 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,2 programas por 100.000 habitantes, com distribuição equilibrada entre capital (12) e municípios do interior (12). Em relação ao grau de especialização, 6 programas são classificados como Especializado Grau I, não havendo programas Grau II ou Grau III. A composição da rede é heterogênea, com participação semelhante dos setores público (9), privado (10) e serviços de natureza mista (5), indicando modelo assistencial relativamente diversificado.

O perfil assistencial é predominantemente misto (18 programas), coexistindo com 3 serviços exclusivamente oncológicos e 3 voltados exclusivamente a condições não oncológicas. Esse arranjo sugere incorporação progressiva da abordagem baseada em necessidades clínicas e diversificação dos perfis assistenciais no estado.

A inserção acadêmica constitui um dos pontos fortes da rede estadual. Nove programas mantêm atividades regulares com graduação, 14 com residência médica e 2 com pós-graduação. Dezesseis programas desenvolvem pesquisas científicas, evidenciando ambiente favorável à formação profissional e ao desenvolvimento técnico dos cuidados paliativos.

A estrutura assistencial demonstra presença de diferentes modalidades organizacionais. O estado dispõe de 43 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, distribuídos em 3 programas com unidades exclusivas, totalizando 25 leitos dedicados. Soma-se a isso a existência de 25 leitos em *hospice*, evidenciando diversificação dos dispositivos assistenciais e indicando transição progressiva de um modelo predominantemente hospitalar para uma organização mais abrangente do cuidado.

As ações de capacitação institucional estão presentes em 20 programas, enquanto 10 mantêm atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal, reforçando a incorporação progressiva de práticas alinhadas ao modelo integral dos cuidados paliativos.

Na atenção a populações específicas, o Paraná apresenta uma das estruturas pediátricas mais completas do país. Há 1 programa exclusivo de pediatria e outros 6 que atendem essa população. Apenas 1 dispõe de pediatria com carga horária específica e título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 19 pacientes pediátricos por mês, com disponibilidade de 7 leitos hospitalares dedicados e 20 leitos em *hospice* pediátrico. O estado também registra atendimento a gestantes em 6 programas, com acompanhamento de 9 pacientes por mês, evidenciando ampliação progressiva da atuação dos cuidados paliativos em populações com necessidades clínicas específicas.

De forma geral, o Paraná apresenta rede diversificada, com equilíbrio entre os setores público e privado, presença de *hospice* e forte inserção acadêmica. Esse conjunto de características posiciona o estado entre aqueles com maior grau de organização estrutural dos cuidados paliativos na Região Sul, especialmente pela diversidade de modalidades assistenciais disponíveis.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	18	690
Internação	12	570
Ambulatório	11	881
Domiciliar	7	397
Teleatendimento	5	317
Hospice	1	93
Luto	14	130
Hospital-dia	1	561

Pediatria
Programas exclusivos: 1
Programas não exclusivos: 6

Pediatra	1
Pediatra com horas específicas	1
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	1
Paciente / mês	19

Leitos	
Hospitalares	43
Hospitalares pediátricos	7
Hospices	25
Hospices pediátricos	20

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 3
Leitos em unidades específicas: 25

Programas que atendem gestantes: 6
Gestantes / mês: 9

Atividades
Capacitação: 20
Cuidado com família / cuidador informal: 10

Rio de Janeiro



0,20 programas
para 100.000 habitantes

27 Programas na capital
09 Em outras cidades

RIO DE JANEIRO

Especialização	Nível I: 7	Nível II: 1	Nível III: 0
Setor	Público: 13	Privado: 21	Ambos: 2
Atendimento oncologia	exclusivo: 6	não exclusivo: 1	misto: 29

Envolvimento regular dos profissionais

9

com graduação

18

com residentes

5

com pós-graduação

Pesquisas científicas

15

O estado do Rio de Janeiro conta com 36 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,2 programas por 100.000 habitantes. Observa-se predominância na capital (27), com presença adicional de nove programas em municípios do interior, indicando expansão progressiva, ainda com concentração metropolitana. Em relação ao nível de especialização, 7 programas são classificados como Especializado Grau I e 1 como Grau II, não havendo programas Grau III. A rede apresenta participação expressiva do setor privado (21 programas), além de 13 serviços públicos e 2 com atuação mista.

O modelo assistencial predominante é o misto, presente em 29 programas, coexistindo com 6 serviços exclusivamente oncológicos e 1 voltado exclusivamente a condições não oncológicas. Esse perfil demonstra diversificação do escopo assistencial e incorporação gradual de diferentes perfis de pacientes.

A inserção acadêmica apresenta densidade relevante, com 9 programas envolvidos em atividades de graduação, 18 em residência médica e 5 em pós-graduação. Quinze programas desenvolvem pesquisas científicas, indicando ambiente institucional favorável à formação profissional e à consolidação técnica dos cuidados paliativos.

No campo da estrutura assistencial, o estado dispõe de 135 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, distribuídos em 4 programas com unidades hospitalares exclusivas. Não há oferta de *hospice*, o que evidencia predomínio do modelo hospitalar como principal dispositivo assistencial especializado no território.

As iniciativas de qualificação profissional estão presentes em 20 programas por meio de atividades de capacitação institucional. Atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal são desenvolvidas por 9 programas, demonstrando incorporação ainda parcial dessa dimensão assistencial.

Na atenção a populações específicas, o Rio de Janeiro conta com 2 programas exclusivos de cuidados paliativos pediátricos e outros 11 que atendem essa população. Sete programas possuem pediatra na equipe e 4 contam com carga horária específica, embora não haja registro de título formal de área de atuação em Medicina Paliativa entre esses profissionais. São acompanhados 87 pacientes pediátricos por mês, sem disponibilidade de leitos hospitalares ou *hospice* pediátrico dedicados. O estado também registra atendimento a gestantes em 3 programas, com acompanhamento de 5 pacientes por mês.

De forma geral, o Rio de Janeiro apresenta rede com forte participação privada, elevada produção assistencial hospitalar e ambulatorial e inserção acadêmica relevante. Como principais oportunidades de qualificação, destacam-se a ausência da modalidade *hospice* e a necessidade de maior formalização da especialização pediátrica, aspectos que podem contribuir para maior maturidade estrutural da rede.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	29	911
Internação	17	532
Ambulatório	22	1268
Domiciliar	7	748
Teleatendimento	12	697
Hospice	0	0
Luto	15	120
Hospital-dia	5	63

Pediatria
Programas exclusivos: 2
Programas não exclusivos: 11

Pediatra	7
Pediatra com horas específicas	4
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	87

Leitos

Hospitalares	135
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 4
Leitos em unidades específicas: 135

Programas que atendem gestantes: 3
Gestantes / mês: 5

Atividades
Capacitação: 20
Cuidado com família / cuidador informal: 9

Rio Grande do Norte



0,31 programas
para 100.000 habitantes

10 Programas na capital
01 Em outras cidades

NATAL

Especialização	Nível I: 1	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 6	Privado: 4	Ambos: 1
Atendimento oncologia	exclusivo: 2	não exclusivo: 1	misto: 8

Envolvimento regular dos profissionais

5 com graduação

3 com residentes

1 com pós-graduação

Pesquisas científicas

4

O Rio Grande do Norte conta com 11 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,31 programas por 100.000 habitantes, uma das maiores razões proporcionais da Região Nordeste. Observa-se predominância na capital (10), com presença pontual no interior (1), indicando rede ainda concentrada geograficamente, apesar da boa densidade proporcional de programas. Em relação ao grau de especialização, apenas 1 programa é classificado como Especializado Grau I, não havendo programas Grau II ou Grau III. A rede é composta por 6 programas públicos, 4 privados e 1 com atuação mista.

O perfil assistencial é predominantemente misto (8 programas), coexistindo com 2 programas exclusivamente oncológicos e 1 voltado exclusivamente a condições não oncológicas. Esse arranjo sugere ampliação progressiva do escopo assistencial, ainda que com baixa formalização da especialização.

No campo acadêmico, 5 programas possuem envolvimento regular com graduação, 3 com residência médica e 1 com pós-graduação. Quatro programas realizam pesquisas científicas, indicando presença de iniciativas formativas, ainda que com menor densidade acadêmica em comparação com estados com redes mais consolidadas.

Do ponto de vista estrutural, não há oferta de hospital-dia ou unidades hospitalares exclusivas de cuidados paliativos. Embora haja programas que realizem internação hospitalar, o estado não possui leitos hospitalares específicos formalmente identificados para cuidados paliativos. Esse perfil sugere rede assistencial ainda baseada em utilização de leitos gerais, sem estrutura dedicada.

As ações de qualificação profissional estão presentes em 9 programas por meio de atividades de capacitação institucional. Atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal são desenvolvidas por 3 programas, demonstrando incorporação ainda limitada dessa dimensão assistencial.

Na atenção a populações específicas, há 1 programa exclusivo de cuidados paliativos pediátricos e outros 4 que atendem essa população. Dois programas possuem pediatra na equipe, sendo 1 com carga horária específica, porém sem registro de título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 34 pacientes pediátricos por mês, com disponibilidade de 4 leitos hospitalares destinados à pediatria, embora não haja *hospice* pediátrico. Não há registro de atendimento a gestantes em cuidados paliativos.

De forma geral, o Rio Grande do Norte apresenta boa densidade proporcional de programas e diversidade de modalidades assistenciais, porém ainda com baixa estruturação formal de leitos específicos, indicando rede em fase de consolidação estrutural.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	10	263
Internação	7	227
Ambulatório	4	135
Domiciliar	2	9
Teleatendimento	5	76
Hospice	1	7
Luto	3	35
Hospital-dia	0	0

Pediatria
Programas exclusivos: 1
Programas não exclusivos: 4

Pediatra	2
Pediatra com horas específicas	1
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	34

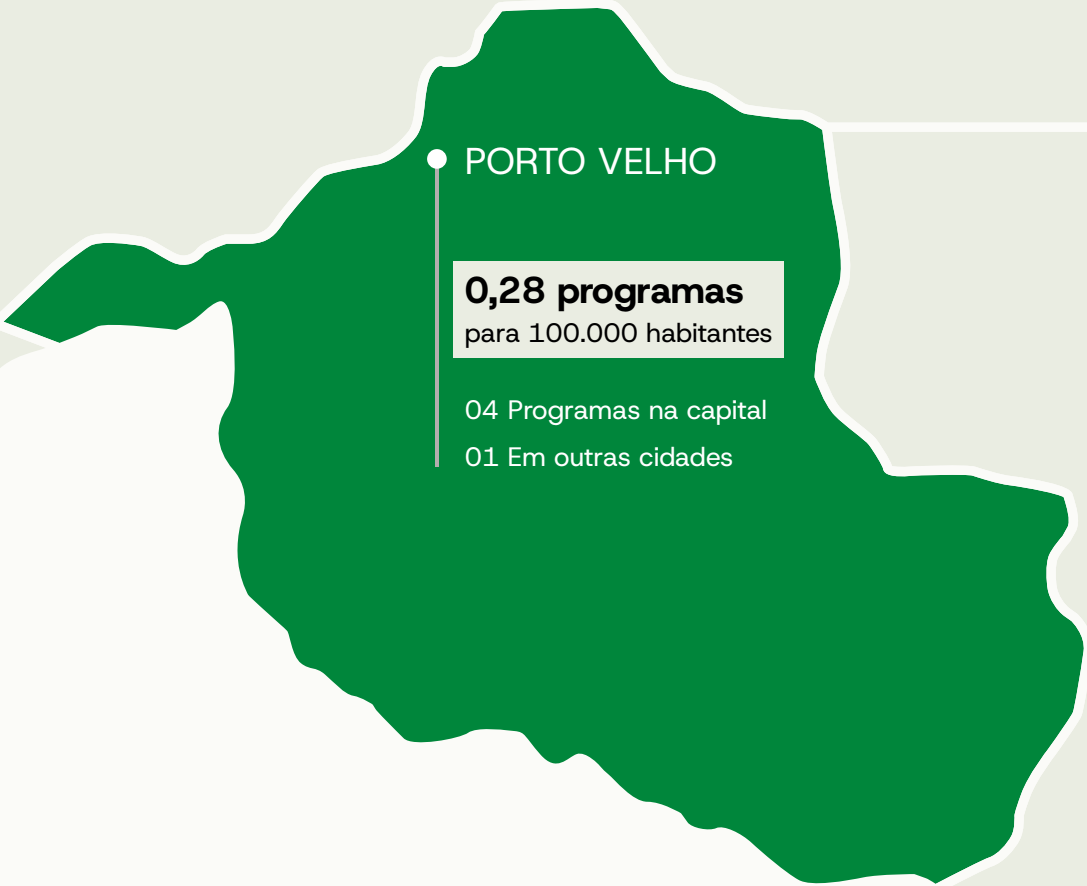
Leitos	
Hospitalares	0
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 0
Leitos em unidades específicas: 0

Programas que atendem gestantes: 0
Gestantes / mês: 0

Atividades
Capacitação: 9
Cuidado com família / cuidador informal: 3

Rondônia



PORTO VELHO

0,28 programas
para 100.000 habitantes

04 Programas na capital
01 Em outras cidades

Especialização	Nível I: 0	Nível II: 1	Nível III: 0
Setor	Público: 5	Privado: 0	Ambos: 0
Atendimento oncologia	exclusivo: 1	não exclusivo: 0	misto: 4

Envolvimento regular dos profissionais

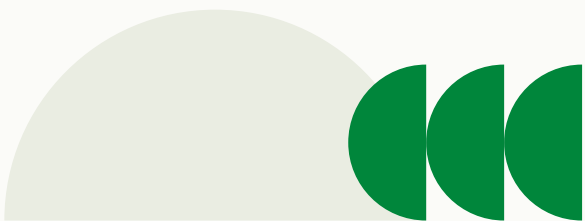
3 com graduação

4 com residentes

1 com pós-graduação

Pesquisas científicas

2



Na Região Norte, Rondônia apresenta uma das maiores densidades proporcionais de programas de cuidados paliativos, com 5 serviços identificados, correspondendo a 0,28 programas por 100.000 habitantes. A maior parte está localizada na capital (4), com presença em um município do interior, indicando rede ainda concentrada, porém com início de interiorização. Em relação ao grau de especialização, 1 programa é classificado como Especializado Grau II, não havendo programas Grau I ou III. Todos os programas estão vinculados ao setor público.

O modelo assistencial predominante é o misto (4 programas), havendo ainda 1 programa exclusivamente oncológico. Esse perfil demonstra organização assistencial abrangente dentro de uma rede ainda pequena, porém com diversidade de perfis clínicos atendidos.

No campo acadêmico, 3 programas possuem envolvimento regular com graduação, 4 com residência médica e 1 com pós-graduação. Dois programas realizam pesquisas científicas, indicando presença de iniciativas formativas, ainda que em escala limitada.

Em relação à estrutura assistencial, não há oferta de *hospice*. O estado dispõe de 6 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, concentrados em 1 programa com unidade hospitalar exclusiva. Esse cenário demonstra existência de estrutura dedicada, porém ainda com baixa capacidade instalada.

As atividades de qualificação institucional estão presentes em 4 programas, enquanto 2 desenvolvem atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal, evidenciando incorporação parcial dessas práticas.

Na atenção a populações específicas, 1 programa atende pacientes pediátricos, porém sem pediatra formalmente inserido na equipe. São acompanhados 4 pacientes pediátricos por mês, sem disponibilidade de leitos hospitalares ou *hospice* pediátrico. O estado também registra atendimento a gestantes em 2 programas, embora sem informação sobre volume mensal de pacientes.

De forma geral, Rondônia apresenta rede pública proporcionalmente relevante quando comparada a outros estados da Região Norte, com destaque para a atuação assistencial diversificada e presença de atenção domiciliar. Como principais desafios estruturais, destacam-se a baixa capacidade hospitalar dedicada e a necessidade de maior formalização da atenção pediátrica especializada.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	4	138
Internação	3	83
Ambulatório	2	87
Domiciliar	2	329
Teleatendimento	1	72
Hospice	0	0
Luto	2	35
Hospital-dia	1	15



Pediatria

Programas exclusivos: 0
Programas não exclusivos: 1

Pediatra	0
Pediatra com horas específicas	0
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0

Paciente / mês

4



Leitos

Hospitalares	6
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 1

Leitos em unidades específicas: 6

Programas que atendem gestantes: 2

Gestantes / mês: não informado

Atividades

Capacitação: 4
Cuidado com família / cuidador informal: 2

Roraima



0,27 programas
para 100.000 habitantes

02 Programas na capital
00 Em outras cidades

BOA VISTA

Especialização	Nível I: 2	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 2	Privado: 0	Ambos: 0
Atendimento oncologia	exclusivo: 0	não exclusivo: 0	misto: 2
Envolvimento regular dos profissionais	1 com graduação	1 com residentes	0 com pós-graduação
			Pesquisas científicas 1

Em Roraima, foram identificados 2 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,27 programas por 100.000 habitantes. Ambos estão localizados na capital, evidenciando ausência de interiorização da assistência no estado. Apesar do número absoluto reduzido, os dois programas são classificados como Especializado Grau I, não havendo serviços Grau II ou Grau III. Ambos estão vinculados exclusivamente ao setor público.

Os programas apresentam perfil assistencial misto, sem atuação exclusiva em oncologia ou em condições não oncológicas, indicando abordagem clínica abrangente dentro de uma rede ainda pequena.

A inserção acadêmica é limitada, com 1 programa envolvido em atividades de graduação e residência médica e 1 desenvolvendo pesquisas científicas. Esse perfil sugere presença inicial de atividades formativas, ainda em processo de consolidação institucional.

Em relação à estrutura assistencial, não há oferta de *hospice* ou hospital-dia. Embora haja realização de internação hospitalar, o estado não possui leitos hospitalares específicos formalmente identificados para cuidados paliativos nem unidades hospitalares exclusivas, caracterizando dependência de leitos gerais.

Ambos os programas desenvolvem atividades de capacitação institucional e 1 mantém atividade regular voltada ao cuidado da família ou do cuidador informal, demonstrando incorporação parcial de componentes estruturantes da assistência paliativa.

Na atenção a populações específicas, Roraima apresenta um dado relevante: há 1 programa exclusivo de cuidados paliativos pediátricos, com pediatra formalmente inserido na equipe, carga horária específica e título de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 30 pacientes pediátricos por mês, sem disponibilidade de leitos hospitalares ou *hospice* pediátrico dedicados. Não há registro de atendimento a gestantes em cuidados paliativos.

De forma geral, Roraima apresenta pequena rede assistencial, porém com presença proporcionalmente relevante de programas especializados e estrutura pediátrica formalizada. Como principal lacuna, permanece a ausência de infraestrutura hospitalar dedicada, indicando rede ainda em fase de desenvolvimento estrutural.



Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	2	57
Internação	2	50
Ambulatório	2	41
Domiciliar	1	70
Teleatendimento	1	10
Hospice	0	0
Luto	1	8
Hospital-dia	0	0



Pediatria
Programas exclusivos: 1
Programas não exclusivos: 1

Pediatra	1
Pediatra com horas específicas	1
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	1
Paciente / mês	30



Leitos

Hospitalares	0
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 0
Leitos em unidades específicas: 0

Programas que atendem gestantes: 0
Gestantes / mês: não informado

Atividades
Capacitação: 2
Cuidado com família / cuidador informal: 1

Rio Grande do Sul



PORTO ALEGRE

0,18 programas
para 100.000 habitantes

12 Programas na capital
09 Em outras cidades

Especialização	Nível I: 7	Nível II: 2	Nível III: 0
Setor	Público: 7	Privado: 8	Ambos: 6
Atendimento oncologia	exclusivo: 2	não exclusivo: 0	misto: 19

Envolvimento regular dos profissionais	10 com graduação	13 com residentes	5 com pós-graduação	Pesquisas científicas	14
--	---------------------	----------------------	------------------------	-----------------------	----

No Rio Grande do Sul, foram identificados 21 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,18 programas por 100.000 habitantes. A distribuição ocorre entre a capital (12) e municípios do interior (9), indicando rede relativamente distribuída territorialmente. Em relação ao grau de especialização, 7 programas são classificados como Especializado Grau I e 2 como Grau II, não havendo programas Grau III. A composição da rede mostra equilíbrio entre setores, com 7 programas públicos, 8 privados e 6 com atuação mista.

O perfil assistencial é amplamente caracterizado pelo modelo misto (19 programas), com apenas 2 programas exclusivamente oncológicos. Esse padrão sugere rede com atuação clínica abrangente e progressiva incorporação de diferentes perfis de pacientes elegíveis para cuidados paliativos.

A dimensão acadêmica constitui um dos principais diferenciais do estado. Dez programas mantêm atividades com graduação, 13 com residência médica e 5 com pós-graduação. Quatorze programas realizam pesquisas científicas, evidenciando forte inserção universitária e ambiente favorável ao desenvolvimento técnico e à formação profissional na área.

No campo da estrutura assistencial, não há oferta de hospital-dia. O estado dispõe de 36 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, distribuídos em 1 programa com unidade hospitalar exclusiva (8 leitos dedicados). Conta ainda com 3 leitos em *hospice*, o que demonstra presença, ainda que limitada, dessa modalidade assistencial.

As atividades de capacitação institucional estão presentes em 17 programas, enquanto 9 mantêm atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal, indicando incorporação progressiva de práticas alinhadas ao modelo integral dos cuidados paliativos.

Na atenção a populações específicas, o estado apresenta atuação relevante na área pediátrica, com 1 programa exclusivo e outros 11 que atendem essa população. Sete programas contam com pediatra na equipe, 2 possuem carga horária específica e 1 dispõe de pediatra com título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 81 pacientes pediátricos por mês, sem leitos hospitalares específicos dedicados, mas com disponibilidade de 5 leitos em *hospice* pediátrico. O estado também registra atendimento a gestantes em 7 programas, com acompanhamento de 38 pacientes por mês.

De forma geral, o Rio Grande do Sul apresenta rede assistencial diversificada, com forte inserção acadêmica, presença de *hospice* e atuação relevante em cuidados paliativos pediátricos. Esse conjunto posiciona o estado entre aqueles com maior grau de estruturação assistencial na Região Sul, particularmente pela combinação entre formação profissional, diversidade de modalidades assistenciais e atenção a populações específicas.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	13	588
Internação	8	185
Ambulatório	14	892
Domiciliar	8	266
Teleatendimento	9	198
Hospice	1	6
Luto	9	112
Hospital-dia	0	0



Pediatria
Programas exclusivos: 1
Programas não exclusivos: 11

Pediatra	7
Pediatra com horas específicas	2
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	1

Paciente / mês	81
----------------	----



Leitos

Hospitalares	36
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	3
Hospices pediátricos	5

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 1
Leitos em unidades específicas: 8

Programas que atendem gestantes: 7
Gestantes / mês: 38

Atividades
Capacitação: 17
Cuidado com família / cuidador informal: 9

Santa Catarina



FLORIANÓPOLIS

0,26 programas
para 100.000 habitantes

06 Programas na capital
16 Em outras cidades

Especialização	Nível I: 4	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 9	Privado: 8	Ambos: 5
Atendimento oncologia	exclusivo: 3	não exclusivo: 2	misto: 17

Envolvimento regular dos profissionais	10 com graduação	14 com residentes	2 com pós-graduação	Pesquisas científicas	9
--	---------------------	----------------------	------------------------	-----------------------	---

Santa Catarina conta com 22 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,26 programas por 100.000 habitantes, destacando-se pela importante interiorização da assistência, com a maioria dos serviços localizada fora da capital (16 programas) em comparação à capital (6), o que sugere uma distribuição territorial mais equilibrada em relação ao observado em diversos outros estados.

Em relação ao grau de especialização, quatro programas são classificados como Especializado Grau I, não havendo programas Grau II ou III. A rede apresenta composição relativamente equilibrada entre setores, com 9 programas públicos, 8 privados e 5 com atuação mista, indicando participação diversificada na oferta assistencial.

Predomina o modelo assistencial misto (17 programas), enquanto 3 atuam exclusivamente em oncologia e 2 exclusivamente em condições não oncológicas, padrão compatível com a tendência nacional de ampliação do escopo dos cuidados paliativos para além das doenças oncológicas.

No campo acadêmico, observa-se inserção formativa relevante: 10 programas possuem envolvimento com graduação, 14 com residência médica e 2 com pós-graduação, enquanto 9 realizam pesquisas Científicas, sugerindo participação ativa na formação de recursos humanos e na produção de conhecimento na área.

No que se refere à estrutura assistencial, o estado dispõe de 137 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, com 1 programa possuindo unidade hospitalar exclusiva (10 leitos dedicados). Não há oferta de *hospice* no estado, o que indica que, apesar da relevante capacidade hospitalar instalada, ainda não houve diversificação para esse modelo assistencial específico.

Quanto às atividades de qualificação profissional e suporte familiar, 15 programas desenvolvem capacitação institucional e 6 mantêm atividades regulares voltadas ao cuidado de familiares ou cuidadores informais, demonstrando incorporação progressiva de estratégias educativas e de suporte psicossocial.

No campo pediátrico, o estado apresenta presença relevante dessa população na rede: 2 programas exclusivos e 7 que realizam atendimento pediátrico. Quatro contam com pediatra na equipe, sendo dois com carga horária específica, porém sem registro de título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 59 pacientes pediátricos por mês, com 45 leitos hospitalares dedicados, sem disponibilidade de *hospice* pediátrico.

O estado registra ainda atendimento a gestantes em 5 programas, com 14 pacientes/mês, indicando ampliação progressiva da atuação para populações específicas dentro do escopo dos cuidados paliativos.

O cenário de Santa Catarina demonstra boa capilaridade assistencial, relevante interiorização da oferta e expressiva capacidade hospitalar, associadas à diversidade de modalidades assistenciais. Por outro lado, a ausência de *hospice* e a ainda limitada formalização de especialização avançada sugerem oportunidades de desenvolvimento futuro, especialmente na diversificação dos dispositivos assistenciais e na qualificação formal das equipes especializadas.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	18	466
Internação	11	274
Ambulatório	13	705
Domiciliar	7	145
Teleatendimento	9	90
Hospice	0	0
Luto	9	63
Hospital-dia	1	20



Pediatria
Programas exclusivos: 2
Programas não exclusivos: 7

Pediatra	4
Pediatra com horas específicas	2
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0

Paciente / mês 59



Leitos

Hospitalares	137
Hospitalares pediátricos	45
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 1
Leitos em unidades específicas: 10

Programas que atendem gestantes: 5
Gestantes / mês: 14

Atividades
Capacitação: 15
Cuidado com família / cuidador informal: 6

Sergipe



ARACAJU

0,17 programas
para 100.000 habitantes

04 Programas na capital
00 Em outras cidades

Especialização	Nível I: 1	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 3	Privado: 1	Ambos: 0
Atendimento oncologia	exclusivo: 1	não exclusivo: 1	misto: 2
Envolvimento regular dos profissionais	0 com graduação	0 com residentes	0 com pós-graduação
			Pesquisas científicas 3



Em Sergipe, foram identificados 4 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,17 programas por 100.000 habitantes. Todos estão localizados na capital, evidenciando ausência de interiorização da oferta no estado. Em relação ao grau de especialização, apenas 1 programa é classificado como Especializado Grau I, não havendo programas Grau II ou Grau III. A rede é composta por 3 programas públicos e 1 privado.

O perfil assistencial apresenta distribuição heterogênea, com 1 programa exclusivamente oncológico, 1 exclusivamente voltado a condições não oncológicas e 2 com atuação mista. Esse arranjo demonstra diversidade de escopo assistencial mesmo em uma rede de pequeno porte.

Do ponto de vista estrutural, não há oferta de internação hospitalar dedicada, *hospice* ou hospital-dia. O estado também não dispõe de leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos nem de unidades hospitalares exclusivas, caracterizando modelo assistencial ainda predominantemente ambulatorial e consultivo.

No campo da formação e produção científica, não há envolvimento regular estruturado com graduação, residência médica ou pós-graduação. Entretanto, 3 programas realizam pesquisas científicas, indicando iniciativas pontuais de desenvolvimento técnico, ainda sem consolidação de um eixo formativo estruturado.

Todos os programas desenvolvem atividades de capacitação institucional, enquanto 1 mantém atividade regular voltada ao cuidado da família ou do cuidador informal, demonstrando incorporação inicial de componentes estruturantes da assistência paliativa.

Na atenção a populações específicas, há 1 programa exclusivo de cuidados paliativos pediátricos e outros 2 que atendem essa população. Apenas 1 conta com pediatra na equipe com carga horária específica, porém sem título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 30 pacientes pediátricos por mês, sem disponibilidade de leitos hospitalares ou *hospice* pediátrico dedicados. Não há registro de atendimento a gestantes em cuidados paliativos.

O cenário de Sergipe demonstra rede ainda concentrada e predominantemente ambulatorial, com ausência de estrutura hospitalar dedicada, mas com presença inicial de atenção pediátrica, indicando base assistencial em desenvolvimento com potencial de qualificação progressiva.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	3	40
Internação	0	0
Ambulatório	4	100
Domiciliar	1	16
Teleatendimento	1	4
Hospice	0	0
Luto	1	2
Hospital-dia	0	0



Pediatria

Programas exclusivos: 1
Programas não exclusivos: 2

Pediatra	1
Pediatra com horas específicas	1
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	30



Leitos

Hospitalares	0
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 0

Leitos em unidades específicas: 0

Programas que atendem gestantes: 0

Gestantes / mês: 0

Atividades

Capacitação: 4
Cuidado com família / cuidador informal: 1

São Paulo



SÃO PAULO

0,16 programas
para 100.000 habitantes

40 Programas na capital
37 Em outras cidades

Especialização	Nível I: 30	Nível II: 1	Nível III: 1
Setor	Público: 23	Privado: 43	Ambos: 11
Atendimento oncologia	exclusivo: 18	não exclusivo: 1	misto: 58

Envolvimento regular dos profissionais

21 com graduação

29 com residentes

10 com pós-graduação

Pesquisas científicas

24

São Paulo concentra o maior número absoluto de programas de cuidados paliativos do país, com 77 serviços identificados, correspondendo a 0,16 programas por 100.000 habitantes. A distribuição territorial mostra equilíbrio entre capital (40) e interior (37), indicando rede amplamente disseminada no território estadual. Em relação ao grau de especialização, 30 programas são classificados como Especializado Grau I, 1 como Grau II e 1 como Grau III, configurando o estado com o maior contingente de serviços formalmente especializados no país. A rede apresenta predominância do setor privado (43 programas), além de 23 públicos e 11 com atuação mista.

O modelo assistencial predominante é o misto (58 programas), coexistindo com 18 programas exclusivamente oncológicos e 1 voltado exclusivamente a condições não oncológicas. Esse perfil demonstra ampla diversidade de escopos assistenciais e capacidade de atendimento a diferentes perfis clínicos.

A inserção acadêmica constitui outro eixo estruturante da rede paulista. Vinte e um programas possuem envolvimento regular com graduação, 29 com residência médica e 10 com pós-graduação. Vinte e quatro realizam pesquisas científicas, evidenciando ambiente consolidado de formação profissional e produção de conhecimento em cuidados paliativos.

No campo da estrutura assistencial, São Paulo apresenta a maior capacidade instalada do país. O estado dispõe de 208 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, com 7 programas mantendo unidades hospitalares exclusivas, totalizando 160 leitos dedicados. Soma-se a isso a existência de 127 leitos em *hospice*, representando a maior capacidade nacional nessa modalidade e evidenciando diversificação avançada dos dispositivos assistenciais.

As iniciativas de capacitação institucional estão presentes em 54 programas, enquanto 20 desenvolvem atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal, demonstrando incorporação progressiva de componentes estruturantes da assistência paliativa em larga escala.

Na atenção a populações específicas, São Paulo também apresenta a maior estrutura pediátrica do país, com 4 programas exclusivos e outros 27 que atendem essa população. Vinte e dois programas contam com pediatra na equipe, 16 possuem carga horária específica e 11 dispõem de pediatra com título formal de área de atuação em Medicina Paliativa. São acompanhados 288 pacientes pediátricos por mês, com disponibilidade de 2 leitos hospitalares dedicados e 2 leitos em *hospice* pediátrico. O estado também registra atendimento a gestantes em 10 programas, com acompanhamento de 20 pacientes por mês.

O conjunto dos dados posiciona São Paulo como a rede mais ampla e diversificada do país, caracterizada por elevada capacidade estrutural, forte inserção acadêmica, presença significativa do setor privado e ampla diversidade de modalidades assistenciais. Esse perfil configura o principal polo nacional de desenvolvimento dos cuidados paliativos, tanto pela escala da oferta quanto pela complexidade organizacional da rede.

Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	68	4573
Internação	31	1195
Ambulatório	43	5120
Domiciliar	17	714
Teleatendimento	28	1284
Hospice	5	284
Luto	33	293
Hospital-dia	6	261



Pediatria
Programas exclusivos: 4
Programas não exclusivos: 27

Pediatra	22
Pediatra com horas específicas	16
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	11
Paciente / mês	288



Leitos

Hospitalares	208
Hospitalares pediátricos	2
Hospices	127
Hospices pediátricos	2

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 7
Leitos em unidades específicas: 160

Programas que atendem gestantes: 10
Gestantes / mês: 20

Atividades
Capacitação: 54
Cuidado com família / cuidador informal: 20

Tocantins



PALMAS

0,12 programas
para 100.000 habitantes

- 01 Programas na capital
- 01 Em outras cidades

Especialização	Nível I: 1	Nível II: 0	Nível III: 0
Setor	Público: 2	Privado: 0	Ambos: 0
Atendimento oncologia	exclusivo: 0	não exclusivo: 0	misto: 2
Envolvimento regular dos profissionais	2 com graduação	2 com residentes	0 com pós-graduação
			Pesquisas científicas 0

No Tocantins, foram identificados 2 programas de cuidados paliativos, correspondendo a 0,12 programas por 100.000 habitantes, distribuídos entre a capital (1) e um município do interior (1). Embora o número absoluto seja reduzido, a presença fora da capital indica início de organização territorial da assistência. Em relação ao grau de especialização, 1 programa é classificado como Especializado Grau I, não havendo programas Grau II ou Grau III. Ambos estão vinculados exclusivamente ao setor público.

Os dois programas apresentam perfil assistencial misto, sem atuação exclusiva oncológica ou exclusivamente voltada a condições não oncológicas, evidenciando abordagem clínica abrangente dentro de uma rede ainda em consolidação.

No campo da formação, ambos os programas possuem envolvimento regular com graduação e residência médica. Entretanto, não há participação em programas de pós-graduação nem registro de produção científica, indicando inserção acadêmica inicial, ainda sem consolidação de atividades de pesquisa.

Em relação à estrutura assistencial, não há oferta de atendimento domiciliar estruturado, teleatendimento, *hospice* ou acompanhamento formal em luto. O estado dispõe de 19 leitos hospitalares específicos para cuidados paliativos, concentrados em 1 programa com unidade hospitalar exclusiva, totalizando 6 leitos dedicados. Esse perfil demonstra presença de estrutura hospitalar dedicada, embora com baixa diversificação de modalidades assistenciais.

As atividades de capacitação institucional estão presentes nos 2 programas, enquanto não há registro de atividades regulares voltadas ao cuidado da família ou do cuidador informal, evidenciando oportunidade de fortalecimento dessa dimensão assistencial.

Não há atendimento estruturado em pediatria, inexistindo programas pediátricos ou profissionais formalmente dedicados a essa população. Também não há registro de atendimento a gestantes em cuidados paliativos.

O conjunto dos dados indica que o Tocantins apresenta uma rede ainda em fase inicial de consolidação, com presença institucional dos cuidados paliativos e alguma estrutura hospitalar dedicada, porém com baixa diversificação de modalidades assistenciais e limitada inserção em populações específicas.



Modalidades de atendimento	Número de programas	Número de pacientes/mês
Interconsulta	2	50
Internação	2	44
Ambulatório	2	120
Domiciliar	0	0
Teleatendimento	0	0
Hospice	0	0
Luto	0	0
Hospital-dia	1	7



Pediatria
Programas exclusivos: 0
Programas não exclusivos: 0

Pediatra	0
Pediatra com horas específicas	0
Pediatra com atuação em MP com horas específicas	0
Paciente / mês	0



Leitos

Hospitalares	19
Hospitalares pediátricos	0
Hospices	0
Hospices pediátricos	0

Programas com unidade hospitalar específica para internação: 1
Leitos em unidades específicas: 6

Programas que atendem gestantes: 0
Gestantes / mês: 0

Atividades
Capacitação: 2
Cuidado com família / cuidador informal: 0

Considerações



finais

5 Considerações finais

O Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2025 consolida evidências de que o país atravessa uma fase de transição relevante no desenvolvimento do campo: **de um modelo historicamente dependente de iniciativas isoladas para uma configuração progressivamente institucionalizada, com maior presença organizacional, diversificação de modalidades assistenciais e ampliação da visibilidade dos cuidados paliativos no sistema de saúde brasileiro.**

Os dados apresentados indicam crescimento expressivo do número de programas, acompanhado de sinais de amadurecimento estrutural, como maior formalização das equipes, ampliação da atuação multiprofissional e incorporação progressiva de pacientes não oncológicos. Entretanto, essa expansão não ocorre de forma homogênea nem necessariamente se traduz em acesso equitativo. Persistem desigualdades regionais relevantes, concentração de serviços em centros urbanos e predominância de modelos hospitalares consultivos, evidenciando que o avanço quantitativo ainda convive com limitações na organização em rede e na cobertura populacional efetiva.

Adicionalmente, observa-se que a consolidação dos cuidados paliativos no Brasil ainda enfrenta desafios estruturais relacionados ao financiamento, à definição de modelos assistenciais sustentáveis, à formação especializada e à integração entre os diferentes níveis de atenção. A presença de equipes não garante, por si só, interdisciplinaridade estruturada, continuidade do cuidado ou impacto sistêmico. Da mesma forma, a existência de leitos ou unidades específicas, embora represente avanço, permanece frequentemente associada a decisões institucionais localizadas, ainda com limitada incorporação a mecanismos regulatórios e de planejamento sanitário mais amplos.

Nesse contexto, os achados do Atlas sugerem que o principal desafio do próximo ciclo não reside apenas na ampliação do número de programas, mas na qualificação do sistema como um todo. Isso inclui o fortalecimento de critérios de elegibilidade baseados em necessidade clínica, a ampliação das modalidades domiciliares e comunitárias, maior integração com a atenção primária, a construção de linhas de cuidado estruturadas e o desenvolvimento de métricas capazes de refletir valor assistencial, e não apenas volume de produção.

O Atlas também evidencia que o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil segue um padrão difusivo, com polos de excelência que irradiam práticas, mas ainda sem uma lógica plenamente orientada por planejamento territorial e cobertura populacional. Esse cenário sugere a importância de maior coordenação sistêmica, políticas públicas operacionais e mecanismos de financiamento capazes de sustentar a expansão com maior equidade.

Importa destacar que este documento não pretende oferecer respostas definitivas, mas qualificar o debate. Ao tornar visíveis as capacidades instaladas, as lacunas e as tendências do campo, o Atlas se posiciona como instrumento estratégico para gestores, formuladores de políticas, instituições e pesquisadores. Seu valor reside não apenas na descrição do cenário atual, mas na capacidade de orientar decisões futuras baseadas em evidência.

Por fim, reafirma-se que os cuidados paliativos não devem ser compreendidos como componente acessório, mas como eixo estruturante de sistemas de saúde que buscam eficiência, qualidade e equidade. O alívio do sofrimento relacionado a doenças graves constitui responsabilidade ética coletiva e configura prioridade sanitária. Mais do que um ponto de chegada, este Atlas representa um marco em um processo contínuo de desenvolvimento. O desafio que se impõe não é apenas crescer, mas crescer com direção, consistência e responsabilidade, garantindo que o desenvolvimento observado se traduza, de forma concreta, em acesso oportuno, cuidado qualificado e dignidade para todas as pessoas, em todas as regiões do país. Conforme a própria Organização Mundial da Saúde preconiza, não existe cobertura universal em saúde sem cuidados paliativos.

Sigamos firmes!



6 Referências

1. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2018.
2. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019 [livro eletrônico]. 1. ed. São Paulo: ANCP; 2020.
3. Guirro UBP, Castilho RK, Crispim D, Lucena NC. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2022 [livro eletrônico]. 1. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2023.
4. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391(10128):1391–454.
5. World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Geneva: World Health Organization; 2014. Resolution WHA67.19.
6. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59(4):794–807.e4. doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009.
7. Clark D, Wright M. The International Observatory on End of Life Care: a global view of palliative care development. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(5):542–6. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.02.010.
8. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–42.
9. Guimarães TVV, Campolina AG, Rozman LM, Chiba T, Soárez PC, Diz MPE. Oncology and palliative care integration model: a cost analysis study in a Brazilian hospital setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2024;41(12):1451–8.
10. Aoun SM, Rumbold B, Howting D, Bolleter A, Breen LJ. Bereavement support for family caregivers: the gap between guidelines and practice in palliative care. *PLoS One*. 2017;12(10):e0184750. doi:10.1371/journal.pone.0184750.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS no 1.399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.

