

# Política Estadual de Cuidados Paliativos do Piauí



Imagem: criada com IA, 2025

Cuidar com dignidade e respeito à autonomia é reconhecer o valor de cada vida.

A Secretaria Estadual da Saúde do Piauí .

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total deste Plano, desde que citada a fonte, que não seja para venda ou qualquer outro fim comercial.

Teresina- Piauí – CEP 64.018-900

[www.saude.pi.gov.br](http://www.saude.pi.gov.br)

Organização, Redação e Sistematização Política Estadual de Cuidados Paliativos da Secretaria da Saúde do Estado do Piauí.

Elizabeth Soares Oliveira de Holanda Monteiro – MONTEIRO, ESOH

Edvone Benevides Sabino

#### APOIO/SETORES

DUCARA – Diretoria de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria

DUVAS – Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde-Gerências e Coordenações

DIVISA – Diretoria de Vigilância Sanitária Estadual

DUDOH – Diretoria de Organização Hospitalar

DUAF- Diretoria de Assistência Farmacêutica

Ficha Catalográfica
Secretaria Estadual da Saúde do Piauí. Política Estadual de Cuidados Paliativos do Estado do Piauí. Autores: MONTEIRO, ESOH; SABINO, EB, (Autores). Monteiro, ESOH; Sabino, EB; SENA, CVS (organizadoras). 1ª Ed. Teresina: Piauí. Secretaria Estadual da Saúde do Piauí. 2025. 45 p. (Normas e Manuais)

#### **Rafael Tajra Fonteles**

Governador do Estado do Piauí

#### **Antonio Luiz Soares Santos**

Secretário de Estado da Saúde do Piauí

#### **Dirceu Hamilton Cordeiro Campêlo**

Superintendência de Gestão da Rede de Média e Alta Complexidade

#### **Leila Marília da Silva Santos**

Superintendência de Atenção Primária à Saúde e Municípios

#### **Jônatas Melo Neto**

Superintendência de Gestão da Administração

#### **Olivia Leal Soares**

Diretoria e Unidade de Controle Avaliação Regulação e Auditoria - DUCARA

#### **Edvone Benevides Sabino**

Coordenadora Estadual da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – RAPDC

### **Equipe de Autores**

Elizabeth Soares O de Holanda Monteiro – MONTEIRO, ESOH

Edvone Benevides Sabino – SABINO, EB

### **Responsável pela Organização do Material**

Elizabeth Soares O de Holanda Monteiro – MONTEIRO, ESOH

Edvone Benevides Sabino – SABINO, EB

Carla Valéria Santos Sena - SENA, CVS

### **Componente e Ponto focal da Política de Cuidados Paliativos para o Estado do Piauí junto Ministério da Saúde**

1 - Elizabeth Soares Oliveira de Holanda Monteiro

2 - Erika Maria Galvão Martins

#### **Componentes**

3 - Telmo Gomes Mesquita

4 - Yasmin Maria de Oliveira Araújo

5 - Benoni Carvalho Júnior

6 - Alessandra de Fátima Silva

7 - Paula Gabriella Pereira dos Santos

8 - Lívia Betânia Vieira Borges

9 - Márcia Alcioneide da Silva

10 - Myrcyane Batista de Moura Lemos

11 - Leidimar Barbosa de Alencar

12 - Edvone Benevides Sabino

13- Luciane dos Anjos Formiga Cabral

14 - Sammia Fawsia de Deus Barros

15 - Christianne Macêdo da Rocha Leal

16 - Cristianna Evangelista Silva Sousa

17 - Águida da Silva Castelo Branco Oliveira

18 - Antonio Helder Meneses Filho

19 - Carolina Santana Trajano

20 - Makellyne da Costa Mendes

21 - Celeste Maria do Nascimento Silva

22 - Arthêmis Moreira Magalhães Sousa

23 - Maria Goretti da Silva Pereira

24 - Amanda Costa Pinheiro

25 - Carla Valéria Santos Sena

26 - Nayane Formiga dos Santos Silva

27 - Anailza de Macedo Sousa

28 - Manoel Pinheiro Lucio Neto

## LISTA ABREVIATURA E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde  
MS - Ministério da Saúde  
APS – Atenção Primária a Saúde  
GM – Gabinete do Ministro  
AD - Atenção Domiciliar  
PES - Plano Estadual de Saúde do Piauí  
PAS – Programação Anual de Saúde  
EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar  
PNCP - Política Nacional de Cuidados Paliativos  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
CIT - Comissão Intergestores Tripartite  
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade  
CIR - Região de saúde  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite

## Súário

APRESENTAÇÃO.....	4
1.INTRODUÇÃO .....	9
1.1.    Objetivos do Política Estadual de Cuidados Paliativos do Piauí.....	10
a) Objetivos Gerais .....	10
b) Objetivos Específicos .....	10
2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL.....	11
3. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE .....	12
3.1. Aspectos Demográficos e Socioeconômicos .....	13
3.2. Morbidade e Mortalidade .....	15
4.SITUAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL EXISTENTE NO ESTADO DO PIAUÍ .....	16
4.1. Diagnóstico Atual .....	16
4.2. Identificação Precoce das Necessidades em Cuidados Paliativos.....	17
5. CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLITICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - PNCP .....	17
5.1 Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS .....	18
5.1.1 São princípios da PNCP .....	18
5.1.2. Tipos de equipes da Política Estadual de Cuidados Paliativos do Piauí (PECP). ..	19
a) Equipe Matricial de Cuidados Paliativos – EMCP .....	19
b) Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos (EACP).....	19
c) Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP).....	20
5.1.3 Comissões Multidisciplinares de Cuidados Paliativos .....	21
5.1.4 Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV).....	21
5.2 Competências e Atribuições dos Pontos de Atenção em Cuidados Paliativos.....	22
6. COMPETÊNCIAS DA GESTÃO NA PNCP.....	23
7 - Diretrizes e Metas da Política de cuidados paliativos no estado do Piauí .....	24
7.1. Diretrizes .....	24
8. POLITICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO ESTADO DO PIAUÍ MACRORREGIONAL .....	27
8.1. Macrorregiões e organização das equipes .....	27
8.1.1. Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos – EMCP .....	27
8.1.2. Equipe assistencial de cuidados paliativos – EACP .....	28
9. NAVEGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	29
9.1. Etapas da Navegação na Política de Cuidados Paliativos do Piauí .....	30



SECRETARIA  
DA SAÚDE - SESAPI



GOVERNO DO  
**PIAUÍ**  
AQUI TEM TRABALHO.  
AQUI TEM FUTURO.

9.2. Papel das Equipes na Navegação.....	31
9.3. Navegação dos usuários na Política Estadual de Cuidados Paliativos no Piauí .....	31
10. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....	32
11. COMUNIDADES COMPASSIVAS.....	33
11.1 Regramento Legal e Diretrizes .....	33
11.2. Formação das Comunidades Compassivas .....	34
12. HABILITAÇÃO DE EMCP E EACP .....	34
13. EIXO EDUCAÇÃO NA POLITICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO PIAUÍ .....	35
13.1. Princípios Norteadores .....	35
13.2. Objetivos .....	36
13.3. Estrutura Estratégica do Eixo .....	36
14. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA POLITICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO PIAUÍ .....	36
14.1. Diretrizes Estruturantes na assistência farmacêutica no Estado do Piauí em relação a política de cuidados paliativos .....	37
14.2. Lista mínima de medicamentos para uso em cuidados paliativos.....	38
14.3. Lista de medicamentos para uso em Cuidados Paliativos que não compõe a RENAME.....	39
15. FINANCIAMENTO DA POLITICA ESTADUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DO ESTADO DO PIAUÍ .....	39
15.1 estimativas do impacto anual no Piauí da Política .....	40
16. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) NA POLÍTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO PIAUÍ.....	41
17. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS UTILIZADAS .....	42
Apendice A REDE DA POLÍTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO PIAUÍ .....	44
APÊNDICE B: MINUTA DE DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE (DAV).....	45

## APRESENTAÇÃO

A presente proposta trata-se da elaboração do Política Estadual de Cuidados Paliativos no Piauí, com a finalidade de organização no Estado e com foco na política nacional. Sendo esta última, inédita no país com objetivo de permitir uma assistência mais humanizada. Nesse interim, o Piauí em estratégia conjunta com o Ministério da Saúde (MS) e os Municípios, propõe articular essa política, a fim de garantir a atenção em saúde que permita a melhora da qualidade de vida daqueles que enfrentam doenças graves, crônicas ou em finitude. Os cuidados paliativos têm foco no alívio da dor, no controle de sintomas e no apoio emocional.

A Política Estadual de Cuidados Paliativos do Estado do Piauí tem como objetivo promover uma abordagem integral e humanizada para pacientes que enfrentam doenças graves, crônicas ou em finitude, garantindo o direito à qualidade de vida e ao cuidado adequado nas diversas fases da doença. Alinhada às diretrizes estabelecidas pela MS, essa política busca atender a todas as quatro macrorregiões do estado: Meio Norte, Litoral, Cerrados e Semiárido e as 12 regiões de saúde, com o propósito de ampliar a cobertura e assegurar um atendimento especializado, acessível e contínuo a todos os piauienses que necessitam de cuidados paliativos.

A implementação dessa política se faz urgente e necessária diante das crescentes taxas de doenças graves, crônicas e ameaçadoras à vida no Brasil e em nosso estado, especialmente em áreas de difícil acesso, onde os serviços de saúde ainda apresentam lacunas significativas. A falta de uma rede de cuidados paliativos estruturada resulta em sofrimento desnecessário para muitos pacientes e suas famílias. Dessa forma, a criação de uma política estadual eficaz visa não apenas promover a dignidade humana, mas também reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados paliativos entre as diversas regiões do Piauí.

Com foco na capacitação dos profissionais de saúde, fortalecimento da rede de atenção e integração das ações entre os níveis de gestão estadual e municipal, a política estadual de cuidados paliativos do Piauí propõe um modelo de atendimento que respeita as especificidades regionais e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando um ambiente de cuidado em que as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes sejam atendidas com empatia, respeito e compromisso com a qualidade de vida.

A política estadual segue o determinado na política nacional e os três eixos dos cuidados paliativos no serviço público de saúde: a) criação de equipes multiprofissionais para disseminar práticas às demais equipes da rede; b) promoção de informação qualificada e educação em cuidados paliativos; e c) garantia do acesso a medicamentos e insumos necessários a quem está em cuidados paliativos.

Por fim, a política estadual de cuidados paliativos possibilita fortalecer a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária à saúde até os serviços de alta complexidade. Esse fluxo contínuo e coordenado de cuidados assegura que os pacientes recebam o suporte necessário em todas as fases do tratamento, promovendo uma abordagem centrada no paciente e facilitando a gestão de casos complexos.

A implementação dessa política exige a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, políticas públicas voltadas ao acesso à saúde e um sistema de informação integrado que permita o acompanhamento contínuo dos casos daqueles que enfrentam doenças graves, crônicas ou em finitude no Piauí. Esta política deve ser seguida por todos os serviços de saúde do Estado.



## 1. INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos no Brasil ainda enfrentam importantes desafios para se consolidarem como componente estruturante da atenção à saúde, apesar da crescente importância diante do envelhecimento populacional e da elevada carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estima-se que mais de 700 mil pessoas por ano necessitem de cuidados paliativos no país, em condições como câncer, doenças cardiovasculares, neurodegenerativas, respiratórias crônicas ou em situação de fragilidade no fim da vida (BRASIL, 2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são definidos como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócios familiares e espirituais” (OMS, 2002).

No Brasil, os serviços de cuidados paliativos ainda são dispersos, concentrados principalmente em hospitais e capitais, com desigualdade no acesso entre regiões. Isso se deve, em grande parte, à ausência até recentemente de uma política nacional específica, o que dificultava sua integração na rede de atenção à saúde, comprometendo o planejamento, o financiamento e a formação de profissionais capacitados para atuar com dignidade, autonomia e humanização do cuidado (BRASIL, 2023).

Desde 2018, a Resolução nº 41 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) determina que os cuidados paliativos devem integrar os cuidados continuados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O artigo 2º da resolução define que “Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”. Toda pessoa diagnosticada com doença que ameaça a vida, seja aguda ou crônica, é elegível para receber esses cuidados.

Em 2024, a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio, instituiu a **Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)** no SUS, alterando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 2017. A PNCP representa um marco regulatório e estratégico para garantir a oferta organizada de cuidados paliativos em todos os níveis de atenção à saúde, com ênfase na integralidade do cuidado. Entre seus principais objetivos estão ampliar e qualificar a oferta em todas as regiões, desenvolver linhas de cuidado baseadas nos ciclos de vida e condições clínicas, estruturar equipes multidisciplinares capacitadas, garantir acolhimento às famílias e promover o uso racional de tecnologias em saúde, respeitando os desejos dos usuários e o estágio de evolução das doenças.

Espera-se que a política possibilite a universalização do acesso, promovendo equidade, redução do sofrimento evitável e respeito à dignidade da vida até seu fim natural. A política também incentiva a inclusão da abordagem paliativa nos processos de formação e educação permanente de profissionais de saúde, a criação de serviços de referência regionais e a articulação com redes como urgência, oncologia, saúde da pessoa idosa e cuidados domiciliares. O fortalecimento da PNCP é essencial para apoiar estados e municípios na elaboração de suas próprias diretrizes (BRASIL, 2023).

No **Piauí**, dividido em quatro macrorregiões e doze regiões de saúde, há grande diversidade territorial, com áreas urbanas melhor assistidas e áreas rurais com barreiras significativas de acesso aos serviços de saúde. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), 10,7% da população piauiense tinha 60 anos ou mais, e 31,3% da população de 18 anos ou mais relatava alguma doença crônica diagnosticada, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças do coração. Esses indicadores evidenciam a necessidade de políticas públicas que priorizem o cuidado centrado na pessoa nos estágios avançados das doenças, com foco no alívio do sofrimento, qualidade de vida e acolhimento das famílias.



A **Política Estadual de Cuidados Paliativos do Piauí** é uma diretriz fundamental para fortalecer a Rede de Atenção à Saúde frente ao aumento das doenças crônicas, degenerativas e ameaçadoras da vida, especialmente entre idosos. Visa garantir o acesso equânime, contínuo e humanizado aos cuidados paliativos nos diversos níveis de atenção, respeitando a integralidade, a autonomia e a dignidade humana. A institucionalização da política busca organizar a rede assistencial, qualificar profissionais, estabelecer fluxos e protocolos, captar recursos federais e enfrentar as desigualdades regionais, especialmente nas áreas com vazios assistenciais.

O Piauí deve instituir sua política estadual para assegurar uma resposta estruturada, humanizada e integral às pessoas com doenças crônicas avançadas ou ameaçadoras da vida, promovendo qualidade de vida, alívio do sofrimento e apoio às famílias, de forma ética e centrada na dignidade do paciente.

## 1.1. Objetivos da Política Estadual de Cuidados Paliativos do Piauí

### a) Objetivos Gerais

1. Assegurar a oferta de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS no Estado do Piauí, por meio da estruturação de uma rede integrada, humanizada, multiprofissional e baseada em evidências, centrada na dignidade, autonomia e necessidades das pessoas com doenças que ameaçam a vida, desde o diagnóstico até o processo de luto.
2. Promover conforto, alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida, por meio de uma abordagem multidimensional, humanizada e compassiva.
3. Fortalecer a capacidade técnica, ética e comunicacional dos profissionais de saúde, cuidadores e comunidade, por meio da educação, qualificação e sensibilização contínuas.
4. Garantir equidade e acesso universal aos Cuidados Paliativos, especialmente às populações em situação de vulnerabilidade social e clínica.
5. Fomentar a articulação e organização da Rede de Atenção em Cuidados Paliativos, com integração entre os diferentes níveis de atenção e serviços do SUS.

### b) Objetivos Específicos

- Estabelecer uma governança eficaz em Cuidados Paliativos, com diretrizes, fluxos, indicadores e estruturas que garantam a coordenação e qualidade da atenção.
- Divulgar e desmistificar a abordagem dos Cuidados Paliativos entre profissionais, gestores e sociedade.
- Garantir que os Cuidados Paliativos sejam ofertados de forma descentralizada, em todos os níveis e modalidades de atenção, sem restrição a ambientes específicos.
- Estabelecer critérios para a escolha do local de cuidado, respeitando as necessidades clínicas, os objetivos terapêuticos e os valores da pessoa, incluindo: Domicílio; Hospitais; Hospícios; Ambulatórios; Unidades de saúde; Instituições de longa permanência.
- Estruturar serviços em diferentes níveis de complexidade (atenção domiciliar, ambulatorial e hospitalar), com infraestrutura e recursos adequados, incluindo equipamentos de urgência e emergência.
- Fortalecer a atuação das equipes multiprofissionais, com foco no cuidado integral, interdisciplinar e humanizado.
- Criar equipes de referência em Cuidados Paliativos para disseminar boas práticas na rede de saúde.
- Promover capacitação permanente em Cuidados Paliativos para profissionais de saúde, cuidadores e comunidade.
- Garantir a oferta de Assistência Farmacêutica, com acesso contínuo a medicamentos e insumos necessários, inclusive para uso domiciliar.

- Estimular práticas de comunicação assertiva, empática e compassiva em todos os níveis da atenção.
- Respeitar e valorizar a autonomia, os desejos e os valores da pessoa em cuidado paliativo.
- Otimizar o uso de recursos financeiros e tecnológicos na implementação dos Cuidados Paliativos.
- Estimular a formação e provimento de profissionais qualificados para atuar em Cuidados Paliativos no SUS.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1. **Constituição Federal de 1988:** Estabelece o direito à saúde como dever do Estado e determina que o SUS deve organizar o atendimento às pessoas com doenças crônicas, garantindo acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.
2. **Lei nº 8.080/1990:** Define as diretrizes do SUS, estabelecendo princípios como integralidade, universalidade e equidade.
3. **Lei nº 8.142/1990:** Regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e estabelece que os conselhos de saúde devem acompanhar a implantação da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas.
4. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011:** Regulamenta a Lei nº 8.080/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
5. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022:** Promove o desenvolvimento e implementação de políticas públicas para prevenção e controle das DCNT.
6. **Resolução nº 2.162/CFM, de 18 de maio de 2017:** Homologa a Portaria CME nº 1/2017, que atualiza a relação de especialidades médicas, incluindo Medicina Paliativa.
7. **Resolução nº 23/CIT, de 17 de agosto de 2017:** Estabelece diretrizes para Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das Redes de Atenção à Saúde no SUS.
8. **Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017:** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no SUS.
9. **Resolução nº 37/CIT, de 22 de março de 2018:** Dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde.
10. **Resolução nº 41/CIT, de 31 de outubro de 2018:** Estabelece diretrizes para os cuidados paliativos no âmbito do SUS.
11. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023:** Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no SUS e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer.
12. **Portaria nº 1.604/GM/MS, de 18 de outubro de 2023:** Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde.
13. **Portaria nº 3.492/GM/MS, de 8 de abril de 2024:** Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada - Mais Acesso a Especialistas/PMAE.
14. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024:** Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017.
15. **Lei Federal nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024:** Estabelece a Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS, garantindo o acesso a cuidados paliativos para pacientes com doenças graves e suas famílias, promovendo a qualidade de vida e o alívio do sofrimento.
16. **Plano Estadual da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do Estado do Piauí, 2024:** Documento estratégico para organização da rede no estado.

17. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027 (PI):** Principal instrumento de planejamento do SUS no Piauí, definindo prioridades e estratégias estaduais.
18. **Programação Anual de Saúde – 2024:** Instrumento que operacionaliza as metas do Plano Estadual de Saúde 2024-2027, com alocação de recursos.
19. **Lei Estadual nº 8.408, de 17 de junho de 2024:** Estabelece os direitos dos pacientes no Piauí, incluindo o acesso a cuidados paliativos e o direito de escolher o local de morte.
20. **Lei Estadual nº 8.592, de 2025:** Institui a Política Estadual de Expansão da Atenção Domiciliar no Piauí, integrando ações de prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos no domicílio.
21. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024,** que redefine a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS

### 3. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

Inicialmente cabe trazer que a situação de saúde no estado do Piauí apresenta avanços significativos, mas também enfrenta desafios importantes, especialmente no que diz respeito à implementação de uma política estadual de cuidados paliativos. Dentre os indicadores positivos, cabe mencionar:

**a) Expectativa de Vida:** O Piauí alcançou a projeção de uma expectativa de vida ao nascer de 77,2 anos para 2025, que pode ser reflexo de melhorias no acesso a serviços de saúde e qualidade de vida da população.

**b) Cobertura Vacinal:** O estado lidera os índices nacionais de vacinação em 2024, destacando-se como referência na ampliação das coberturas vacinais.

**c) Atenção Primária:** Houve aumento com ampliação de equipes e formas de organização (eAB, ESF, emulti).

Ainda, constitui no Piauí como desafios persistentes:

**a) Doenças Crônicas e Infeciosas:** Em 2024, foram notificados 924 novos casos de tuberculose, com uma taxa de cura de apenas 29,5%, muito aquém da meta recomendada pelo Ministério da Saúde. Além disso, a coinfeção tuberculose/HIV foi responsável por 23,7% dos óbitos registrados (BRASIL, 2024).

**b) Desigualdades Regionais:** Apesar dos avanços, o Piauí ainda enfrenta desigualdades regionais significativas, com disparidades no acesso a serviços de saúde entre áreas urbanas e rurais, vazios assistenciais, dificuldades de fixação de serviços especializados em locais mais distantes dos maiores polos de saúde impactando negativamente a equidade no atendimento.

Em suma, esse desafios tem contribuído para as implicações para a Política Estadual de Cuidados Paliativos, cujo a análise da situação de saúde do Piauí evidencia a necessidade de uma política estadual de cuidados paliativos que:

**a)** Estabeleça uma rede integrada que envolva atenção primária, especializada e hospitalar, garantindo continuidade e qualidade no cuidado.

**b)** Implemente programas de formação e capacitação contínua para profissionais de saúde em cuidados paliativos, visando melhorar a qualidade do atendimento.

**c)** Desenvolva estratégias específicas para reduzir as desigualdades regionais, assegurando que populações vulneráveis tenham acesso aos cuidados paliativos necessários.

**d)** Amplie e qualifique os serviços de atenção domiciliar, permitindo que pacientes recebam cuidados em seus lares, quando apropriado.

**e)** Estabeleça indicadores específicos para monitorar e avaliar a implementação e os resultados da política de cuidados paliativos, permitindo ajustes e melhorias contínuas.

A implementação de uma política estadual de cuidados paliativos no Piauí deve, portanto, considerar tanto os avanços já alcançados quanto os desafios persistentes, visando oferecer um cuidado integral, equitativo e de qualidade para toda a população.

A análise situacional de saúde no Piauí em relação aos cuidados paliativos revela um cenário de fragilidade na oferta desses serviços, com ausência de uma política estadual estruturada, baixa cobertura assistencial e concentração de iniciativas em poucos municípios, principalmente em Teresina. Há escassez de equipes capacitadas, leitos especializados e integração entre os níveis de atenção, o que compromete o acesso oportuno e humanizado aos pacientes com doenças crônicas avançadas. A carência de profissionais de saúde com formação específica em cuidados paliativos, e os registros e indicadores sobre essa demanda ainda são incipientes, dificultando o planejamento e a tomada de decisões. Esse contexto evidencia a necessidade urgente de institucionalização e expansão da atenção paliativa como componente essencial da Rede de Atenção à Saúde no estado.

### 3.1. Aspectos Demográficos e Socioeconômicos

O Piauí fica localizado na Região Nordeste do Brasil, possui uma extensão territorial de 251.576,644 quilômetros quadrados, sendo o terceiro maior estado dessa Região, atrás apenas da Bahia e do Maranhão. Sua área corresponde a 2,95% do região de saúde nacional. Teresina, capital do Piauí, é a cidade mais populosa do estado. Diferentemente de todos os outros estados nordestinos, a capital do Piauí não está localizada no litoral, esse fato se deve ao processo de colonização no região de saúde piauiense, que foi estabelecido do interior para o litoral. Outras cidades estaduais que possuem grande concentração populacional são: Parnaíba, Picos, Piripiri, Floriano, Campo Maior, Barras e União. O Piauí possui o menor litoral do região de saúde nacional, com extensão de 66 km. Dois tipos climáticos predominam no estado, sendo eles o tropical e o semiárido. Três domínios vegetais cobrem o região de saúde piauiense: Mata dos Cocais, Caatinga e Cerrado. Dividido em quatro macrorregiões e 12 regiões de saúde.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Piauí, com média de 0,713, é o terceiro menor no ranking nacional, superior apenas ao do Maranhão (0,683) e Alagoas (0,677). O índice de analfabetismo é o segundo maior do país (23,4%), somente o estado de Alagoas possui índice de analfabetismo superior (24,6%). O Piauí apresenta Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 5.373 reais, sendo o menor entre todos os estados do Brasil. Outro problema de ordem social no Piauí se refere ao saneamento ambiental: cerca de 26% das residências não possuem água encanada, 40% não dispõem de rede de esgoto e 50% não contam com coleta de lixo. (Brasil Escola, 2024).

Inicialmente para trabalhar as estimativas de necessidades a política estadual, foi realizado uma tabulação no TABNET/DATASUS da distribuição da população por faixa etária estimada para 2025, conforme tabela descrita a seguir:

Tabela 1: Projeção da População das Unidades da Federação por sexo, idade simples ou faixa-etária: 2000-2070 (edição 2024). População residente por Faixa Etária 1 e Unidade da Federação. Unidade da Federação: Piauí. Período:2025

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO	%
0 a 4 anos	209.964	6,20
5 a 9 anos	232.638	6,87
10 a 14 anos	234.926	6,94
15 a 19 anos	255.085	7,54
20 a 24 anos	264.374	7,81
25 a 29 anos	257.531	7,61
30 a 34 anos	250.372	7,40
35 a 39 anos	261.290	7,72
40 a 44 anos	263.230	7,78
45 a 49 anos	234.305	6,92
50 a 54 anos	197.788	5,84

55 a 59 anos	179.752	5,31
60 a 64 anos	160.358	4,74
65 a 69 anos	125.551	3,71
70 a 74 anos	98.689	2,92
75 a 79 anos	72.543	2,14
80 a 84 anos	45.246	1,34
85 a 89 anos	25.006	0,74
90 anos e mais	15.899	0,47
<b>TOTAL</b>	<b>3.384.547</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2070 (edição 2024)

Considerando a tabela supracitada a população com 60 anos a mais, totaliza 16,05% da população total estimada para 2025. Atualmente, a faixa etária que mais utiliza cuidados paliativos no Brasil é composta por pessoas com mais de 60 anos. Estudos indicam que essa população representa a maioria dos pacientes que recebem esse tipo de assistência, citando como justificativa o envelhecimento populacional, as múltiplas comorbidades e necessidade de uma abordagem integral

No entanto, não se pode deixar de mencionar que os cuidados paliativos também são aplicados a outras faixas etárias, como crianças e adolescentes com doenças graves. A implementação de políticas públicas, como a Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS, visa ampliar o acesso e a qualidade desse tipo de assistência para todas as idades .

Também considerando a tabela supracitada e dentro da projeção de 3.384.547 pessoas para 2025 no Piauí, foi elaborado uma tabela para observar como essa população se apresenta, na tabela a seguir:

Tabela 2: População Projetada 2025. Distribuição por sexo, esperança de vida ao nascer e taxa de mortalidade infantil. Piauí. 2025

INDICADOR	VALOR (POP)	SEXO	
		HOMEM	MULHER
População projetada 2025	3.384.547	1.655.161	1.729.386
Esperança de vida ao nascer	77.2 anos	73.5 anos	80.9 anos
Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos	14.3 %	15.2 %	13.4 %

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. 2025.

Considerando a tabela supracitada observa-se que a esperança de vida média de 77,2 anos, com um valor mais elevado para mulheres (80,9 anos), indica que a população do Piauí está vivendo mais. Com o aumento da longevidade, cresce também a incidência de doenças crônicas progressivas e limitantes, como câncer, doenças cardiovasculares, respiratórias, renais e neurodegenerativas, condições frequentemente associadas à necessidade de cuidados paliativos. O maior número de mulheres idosas poderá demandar atenção diferenciada, considerando a feminização do envelhecimento e as especificidades de cuidado e suporte psicossocial para esse grupo.

A diferença de 7,4 anos a mais de vida para mulheres reforça a necessidade de estratégias diferenciadas de cuidado paliativo por gênero, com atenção ao suporte familiar e social, muitas vezes, mulheres idosas vivem sozinhas ou se tornam cuidadoras mesmo com comorbidades.

Com uma população estimada de mais de 3,3 milhões de pessoas, políticas públicas devem planejar a oferta de serviços de cuidados paliativos tanto em níveis ambulatoriais quanto hospitalares e domiciliares, em especial nas macrorregiões com maior densidade populacional e menor acesso a serviços especializados.

Ainda em relação a tabela, a taxa de mortalidade infantil ainda elevada evidencia

fragilidades na atenção materno-infantil, o que pode, em alguns casos, gerar necessidade de cuidados paliativos neonatais e pediátricos, especialmente em casos de anomalias congênitas, doenças genéticas ou condições incuráveis diagnosticadas precocemente. A diferença entre meninos (15,2%) e meninas (13,4%) pode sinalizar fatores sociais e biológicos que devem ser investigados para definir ações de prevenção e assistência adequada.

Em suma, os dados apresentados indicam a necessidade de fortalecimento da política de cuidados paliativos no Piauí, com foco em: Planejamento da Rede de Atenção à Saúde, considerando o crescimento da população idosa; Formação de profissionais em cuidados paliativos, sobretudo na atenção básica e nos hospitais; Criação de serviços especializados regionais, incluindo unidades de internação, ambulatórios e equipes de atenção domiciliar; Implementação de cuidados paliativos pediátricos, especialmente em maternidades e hospitais com UTI neonatal e ainda, Atenção diferenciada por gênero, considerando a maior longevidade feminina.

### 3.2. Morbidade e Mortalidade

A morbidade é um indicador epidemiológico que representa a ocorrência de doenças ou agravos à saúde em uma determinada população e período. Pode ser expressa por: incidência (novos casos); prevalência (todos os casos, novos e antigos); internações hospitalares e incapacidades e limitações funcionais provocadas por doenças. A morbidade hospitalar, em especial, considera o número de internações por determinadas causas, sendo um instrumento importante para o planejamento e avaliação das políticas de saúde.

Considerando a política de cuidados paliativos foi realizado um levantamento no TABNET/DATASUS para conhecer o número de óbitos por região de saúde conforme tabela a seguir:

Tabela 3: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Piauí. Óbitos por Região de Saúde (CIR) e Macrorregião de Saúde. Período: 2024

REGIÃO DE SAÚDE (CIR)	SEMI-ARIDO	MEIO NORTE	LITORAL	CERRADOS	TOTAL
Carnaubais	-	333	-	-	333
Chapada das Mangabeiras	-	-	-	303	303
Cocais	-	-	627	-	627
Entre Rios	-	4.167	-	-	4.167
Planície Litorânea	-	-	1.106	-	1.106
Serra da Capivara	-	-	-	329	329
Tabuleiros do Alto Parnaíba	-	-	-	48	48
Vale do Canindé	204	-	-	-	204
Vale do Rio Guaribas	551	-	-	-	551
Vale do Sambito	98	-	-	-	98
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	-	-	-	601	601
Chapada Vale do Rio Itaim	32	-	-	-	32
<b>TOTAL</b>	<b>885</b>	<b>4.500</b>	<b>1.733</b>	<b>1.281</b>	<b>8.399</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A tabela apresenta o número de óbitos hospitalares por região de saúde (CIR) e por macrorregião, no estado do Piauí, no ano de 2024. A fonte é o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). A análise da tabela permite concluir uma alta concentração de óbitos na região Entre Rios, sendo que esta região abriga os principais hospitais de referência estadual, incluindo



unidades de alta complexidade (ex: oncologia, UTI, cardiologia, neurocirurgia), recebe os casos graves referenciados de todo o estado, concentra muitos serviços especializados, pode ser também por ter o maior registro e notificação devido à informatização dos serviços.

No entanto, não se pode deixar de considerar que as regiões com baixo número de óbitos (ex: Chapada Vale do Rio Itaim – 32 óbitos) podem indicar: baixa cobertura hospitalar, ausência de unidades com capacidade de internação de média e alta complexidade, transferência frequente de pacientes para outras regiões, e ainda, subnotificação por falhas na digitação e nos sistemas de informação.

Os dados supracitados podem também apontar para a gestão, a necessidade de fortalecer a atenção primária à saúde com foco em prevenção e manejo de crônicos, implantar e expandir serviços de cuidados paliativos regionais, melhorar a regulação de leitos e transporte sanitário intermunicipal, e ainda, a necessidade de investir na qualificação da notificação hospitalar e no uso de dados do SIH/SUS para tomada de decisão.

Em relação a expansão de cuidados paliativos regionais, se traduz considerando que a política de cuidados paliativos, busca oferecer assistência integral a pessoas com doenças ameaçadoras da vida, visando controle de sintomas, conforto, dignidade e qualidade de vida, tanto para o paciente quanto para a família, não deixando de realizar a articulação de todos os níveis de atenção.

Em suma, a análise da morbidade é uma ferramenta estratégica para orientar políticas públicas, como a de cuidados paliativos, ao revelar onde, como e por que as pessoas adoecem e morrem. Com base nesses dados, gestores podem planejar serviços mais adequados, garantir equidade no acesso ao cuidado paliativo e assegurar melhor qualidade de vida para os pacientes em situações de sofrimento grave associado a doenças ameaçadoras da vida.

## 4. SITUAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL EXISTENTE NO ESTADO DO PIAUÍ

Conhecer a situação da rede assistencial existente no estado é fundamental para a efetivação da política de cuidados paliativos no Piauí, pois permite identificar os serviços disponíveis, suas capacidades, carências estruturais, recursos humanos e a cobertura territorial atual. Esse diagnóstico é essencial para o planejamento de ações que garantam o acesso oportuno, integral e humanizado aos cuidados paliativos, especialmente para populações vulneráveis e regiões com baixa oferta de serviços. Além disso, possibilita o direcionamento adequado de investimentos, a qualificação da rede e a integração entre os diferentes níveis de atenção, assegurando que o cuidado paliativo seja ofertado de forma contínua e articulada dentro do sistema de saúde estadual.

### 4.1. Diagnóstico Atual

Com base na Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que redefine a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, observa-se que o estado do Piauí ainda se encontra em fase inicial de estruturação de uma rede efetiva e organizada para ofertar cuidados paliativos de forma integral, equânime e contínua. A nova política estabelece diretrizes para a regionalização, longitudinalidade do cuidado, formação de equipes multiprofissionais especializadas, e a estruturação da linha de cuidado paliativo, elementos que atualmente apresentam fragilidades no estado. A portaria também reforça a importância da inclusão dos cuidados paliativos na Rede de Atenção à Saúde, com definição de fluxos, protocolos e mecanismos de regulação e financiamento, aspectos que ainda não estão institucionalizados no Piauí. Portanto, o estado precisa avançar na identificação de sua capacidade instalada, na formação e educação permanente de profissionais, e na pactuação com os municípios, conforme orienta a portaria, para garantir o acesso digno e

humanizado aos cuidados paliativos em todo o seu território. O diagnóstico da situação do Piauí aponta uma oferta limitada e concentrada de serviços, majoritariamente vinculados a hospitais de referência em oncologia, como em Teresina, sem capilaridade nas regiões de menor densidade populacional ou com maior vulnerabilidade social. A ausência de serviços articulados nos territórios, a pouca inserção da atenção básica na identificação precoce e acompanhamento de pacientes elegíveis para cuidados paliativos, além da escassez de dados epidemiológicos específicos, limitam a capacidade de planejamento regionalizado.

Em suma, o diagnóstico atual do estado do Piauí em relação aos cuidados paliativos aponta para a inexistência de uma política pública estadual específica, oferta limitada e desarticulada de serviços, concentração de ações na capital e grande desigualdade no acesso entre as regiões. Há escassez de equipes multidisciplinares com formação adequada, ausência de leitos especializados e fragilidade na integração dos cuidados paliativos à Rede de Atenção à Saúde. A falta de dados sistematizados e de protocolos clínicos dificulta o planejamento e a gestão eficiente da assistência, revelando a necessidade de institucionalizar e expandir os cuidados paliativos de forma equânime, com base em diretrizes claras, regionalização dos serviços e qualificação profissional.

## 4.2. Identificação Precoce das Necessidades em Cuidados Paliativos

A detecção precoce das necessidades em Cuidados Paliativos é um componente estratégico para garantir o acesso oportuno, apropriado e contínuo às ações de cuidado. A inexistência de protocolos sistematizados para identificar, de forma estruturada, os pacientes elegíveis compromete a efetividade da rede e retarda intervenções que poderiam promover alívio do sofrimento e melhor qualidade de vida.

É recomendável que cada serviço desenvolva e implemente seus próprios protocolos de triagem, alinhados às evidências científicas e ajustados ao perfil da população atendida. Entretanto, para assegurar a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência, é fundamental que esses protocolos estejam integrados a uma proposta comum e padronizada de avaliação no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A uniformização de ferramentas e critérios entre os pontos de atenção facilita a comunicação entre equipes, qualifica as transições de cuidado e permite a manutenção de um plano terapêutico único e compartilhado, independentemente do local onde o paciente esteja sendo assistido.

O uso de instrumentos reconhecidos na prática clínica, como escalas funcionais, de sintomatologia e critérios prognósticos, contribui para padronizar condutas, ampliar a equidade na oferta dos cuidados e apoiar decisões clínicas centradas na pessoa. A institucionalização desses protocolos fortalece a atuação antecipatória das equipes, favorece o uso racional dos recursos disponíveis e viabiliza o planejamento do cuidado de forma ética, humanizada e compatível com os valores, desejos e necessidades das pessoas em cuidado paliativo e de seus familiares.

## 5. CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - PNCP

No relatório de análise de impacto regulatório, realizado em 2023 pela Coordenação Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM/DAHU/SAES, auxiliados pela equipe do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa (CGPN/DGIP/SE), foi identificado como problema no Brasil, o negligenciamento de abordagem humanizada e integral às pessoas com doenças que ameaçam a vida, bem como seus familiares e cuidadores.

Trazendo no mesmo documento que a oferta inadequada de cuidados paliativos é um problema mundial, mas que no Brasil mostra-se ainda pior, tanto pela história de subdesenvolvimento econômico quanto pela diversidade geográfica e de diferenças na distribuição

de mão-de-obra qualificada, tecnologias da saúde e medicamentos para tratar a dor. No Brasil os serviços de cuidados paliativos estão concentrados nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste. É, portanto, um problema de ordem nacional e que necessita de iniciativas concisas no âmbito do SUS.

Por outro lado, a PNCP, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681 de 7 de maio de 2024, representa um marco no SUS ao estabelecer diretrizes para a oferta de cuidados paliativos em todo o território nacional. Essa política visa assegurar que pacientes com doenças graves ou condições de saúde que ameacem ou limitem a vida recebam um tratamento abrangente que priorize o alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas, garantindo, assim, uma melhor qualidade de vida.

No contexto do Piauí, a implementação da PNCP é particularmente relevante, considerando a necessidade de expandir e qualificar os serviços de cuidados paliativos no estado. A política prevê a atuação de equipes especializadas em diferentes locais da rede de saúde, incluindo o atendimento domiciliar, com o objetivo de auxiliar e capacitar outras equipes no cuidado eficaz e humanizado de pacientes que necessitam de cuidados paliativos.

Essa abordagem integrada e multidisciplinar é essencial para fortalecer a Rede de Atenção à Saúde no Piauí, promovendo uma assistência mais equitativa e centrada na dignidade do paciente.

## **5.1 Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**

Conforme A Portaria GM/MS nº 3.681 de 7 de maio de 2024, compreende-se como cuidados paliativos as ações e os serviços de saúde para alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou outras condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida. As ações e serviços públicos de saúde de abrangem abordagens de tratamento e prevenção destinadas tanto à pessoa cuidada quanto aos seus familiares e cuidadores.

### **5.1.1 São princípios da PNCP**

- I - valorização da vida e consideração da morte como um processo natural;
- II - respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada;
- III - respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas resguardada os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema;
- IV - oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida;
- V - início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida;
- VI - início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença;
- VII - promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social;
- VIII - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer;
- IX - promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto;
- X - prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- XI - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pessoas cuidadas, familiares, cuidadores e profissionais; e
- XII - observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.

### 5.1.2. Tipos de equipes da Política Estadual de Cuidados Paliativos do Piauí (PECP)

A PECP contará com dois tipos de equipes de cuidados paliativos:

- a) Equipe Matricial de Cuidados Paliativos (EMCP)
- b) Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos (EACP)
- c) Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP)

#### a) Equipe Matricial de Cuidados Paliativos – EMCP

É equipe interdisciplinar com território de atuação definido por população de uma macrorregião de saúde, de gestão estadual, responsável por realizar apoio aos pontos de atenção da RAS na atuação em cuidados paliativos, por meio de ações matriciais de sensibilização, capacitação e corresponsabilização. As EMCP poderão ser implementadas na proporção de uma equipe para cada fração de território com 500.000 (quinhentos mil) habitantes de uma mesma macrorregião de saúde. A EMCP deverá estar vinculada a um ponto de atenção da RAS do seu território de atuação, dispondo, durante todo o horário de funcionamento, de infraestrutura física com sala de comunicação equipada com telefone e internet para toda a equipe, para a realização de ações contínuas de telessaúde e, conforme o caso, transporte para ações no território. A EMCP terá a composição com carga horária semanal - CHS mínima, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO e descrito na tabela a seguir:

Tabela 4: Profissionais para compor EMCP.

PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
Médico	40
Enfermeiro	30
Assistente social	30
Psicólogo	30

Fonte: Portaria GM/MS nº 3.681 de 7 de maio de 2024.

A carga horária semanal mínima deve ser observada, independentemente do número de profissionais de cada categoria. As EMCP poderão ser acrescidas de um profissional médico pediatra, com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas. A carga horária do profissional da EMCP será exclusiva para atuação na equipe, não podendo ser cumulativa com a do estabelecimento a que a equipe estiver vinculada. As jornadas de trabalho dos profissionais das EMCP deverão ser estruturadas de forma a proporcionar retaguarda aos serviços por elas matriciados. Outros profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, cirurgião dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo e nutricionista poderão ser incluídos nas EMCP, conforme necessidade e disponibilidade local.

#### b) Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos (EACP)

A EACP se constituirá como uma equipe interdisciplinar, de gestão municipal e atuação multiprofissional, responsável por realizar ações de cuidados paliativos no âmbito do estabelecimento a que estiver vinculada e, conforme o caso, em outros pontos de atenção da RAS no território de abrangência, para adultos e/ou crianças, acompanhando-os integralmente até o óbito e apoiando a família no pós-óbito. As EACP poderão estar vinculadas a hospitais, unidades de urgência, ambulatorios de atenção especializada ou serviços de atenção domiciliar, devendo atuar de forma integrada com as equipes dos serviços.

As EACP terão território de atuação na proporção de uma equipe para cada 400 (quatrocentos) leitos SUS habilitado. As EACP deverão ser implementadas por meio de formação e habilitação específicas, visando garantir acesso de qualidade e humanizado aos cuidados paliativos no âmbito da RAS, de forma integrada com a atenção primária. As EACP deverão realizar, em caráter de retaguarda

assistencial, para os estabelecimentos do seu território de atuação. A EACP terá a seguinte composição com CHS mínima conforme tabela a seguir:

Tabela 5: Profissionais para compor EACP

PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
Médico	20
Enfermeiro	30
Assistente Social	30
Psicólogo	30
Técnicos de enfermagem	90

Fonte: Portaria GM/MS nº 3.681 de 7 de maio de 2024.

No âmbito da PNCP, as ações e os serviços assistenciais de cuidados paliativos deverão ser ofertados em todos os pontos de atenção da RAS, para todas as pessoas que tenham indicação, o mais precocemente possível. As equipes assistenciais dos pontos de atenção da RAS contarão com o apoio da EMCP e de EACP. São ações de estímulo à educação em cuidados paliativos com incentivo para a formação e educação continuada de profissionais da RAS; e a realização de atividades educativas direcionadas à população em geral.

No contexto dos cuidados paliativos, as equipes assistenciais e respectivas profissionais dos pontos de atenção da RAS devem:

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

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

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

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

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

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

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

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

### c) Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP)

A Política Estadual de Cuidados Paliativos do Piauí (PECP) recomenda, como dispositivos estratégicos para apoiar a efetivação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), em articulação com as Equipes Assistenciais (EACP) e Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos (EMCP), a implantação dos Núcleos de Cuidados Paliativos (NCP). Os NCPs deverão ser institucionalizados nos serviços hospitalares com 100 (cem) ou mais leitos.

O NCP é uma estrutura assistencial multiprofissional, com atuação clínica especializada, voltada à avaliação, acompanhamento e construção de planos de cuidado para pessoas com necessidades paliativas. Atua de forma integrada com as equipes assistentes e com os diversos

pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo a qualificação da assistência prestada.

A composição dos NCPs deve considerar, preferencialmente, profissionais com carga horária exclusiva, garantindo continuidade e qualificação da assistência. O núcleo deve ser coordenado por profissional de nível superior da área da saúde com formação mínima em Cuidados Paliativos Gerais, o que também se aplica ao profissional médico da equipe. Considera-se formação mínima adequada a certificação em curso com carga horária igual ou superior a 40 horas em Cuidados Paliativos Gerais, reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).

A carga horária mínima recomendada para o coordenador do NCP deve ser de 20 horas semanais, com dedicação exclusiva. Recomenda-se, como parâmetro, no mínimo 20 horas semanais para médicos, e 30 horas semanais para enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

### 5.1.3 Comissões Multidisciplinares de Cuidados Paliativos

A presente política recomenda ainda a constituição de uma Comissão Multidisciplinar de Cuidados Paliativos (CMCP) em todos os serviços de saúde com 50 (cinquenta) leitos ou mais. A CMCP é uma instância técnico-administrativa, de caráter consultivo e estratégico, sem função assistencial e sem exigência de carga horária exclusiva para seus membros. É responsável por apoiar a implementação da política institucional de cuidados paliativos. Suas atribuições incluem: propor fluxos e protocolos assistenciais, promover ações de educação permanente, articular setores internos, apoiar decisões clínicas e fomentar a cultura do cuidado paliativo na instituição. As comissões devem ser formalmente reconhecidas por portaria da direção da unidade e contar com regimento próprio, no qual estejam definidas sua composição, competências, atribuições e periodicidade de reuniões, respeitando regulamentação específica da instituição.

### 5.1.4 Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)

Os avanços tecnológicos na medicina têm ampliado significativamente as possibilidades de intervenção sobre o curso das doenças e o processo de morrer. Se, por um lado, essas inovações aumentam as chances de prolongamento da vida, por outro, suscitam dilemas éticos e jurídicos importantes, especialmente diante de situações em que tratamentos invasivos e desproporcionais podem apenas prolongar o sofrimento. Nesse contexto, torna-se essencial o reconhecimento da autonomia da pessoa quanto às decisões sobre seu próprio cuidado, inclusive nos momentos em que estiver incapacitada de se manifestar.

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são instrumentos que asseguram esse direito. Trata-se de um documento no qual a pessoa, em pleno exercício de sua capacidade, expressa de forma livre, esclarecida e antecipada os cuidados e tratamentos que deseja — ou não deseja — receber, no caso de vir a se encontrar em situação de incapacidade para tomar decisões. O objetivo é orientar a conduta das equipes de saúde em consonância com os valores, crenças e preferências da pessoa.

A Resolução CFM nº 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina, regulamenta a prática das DAV no Brasil e estabelece que as vontades expressas devem ser consideradas pelo médico responsável e registradas em prontuário, após diálogo direto com o paciente. A norma reforça que tais diretivas devem prevalecer sobre a vontade de familiares ou de outros profissionais de saúde, desde que estejam em conformidade com os preceitos éticos e legais.

As DAV são de elaboração simples, podendo ser redigidas de forma direta, sem necessidade de linguagem jurídica ou formalismos excessivos. Não é exigido o registro em cartório ou a assinatura de termo de consentimento para sua validade, embora o registro cartorial possa ser adotado como medida complementar de segurança jurídica, caso seja do desejo da pessoa. O importante é que o conteúdo seja claro e reflita a vontade da pessoa, sendo recomendado que a DAV seja arquivada no prontuário sempre que possível.

O documento pode incluir, por exemplo, a recusa a intervenções como reanimação



cardiopulmonar, ventilação mecânica invasiva prolongada, diálise ou nutrição artificial em situações irreversíveis, bem como a opção por cuidados exclusivamente paliativos e a autorização para o uso de medicamentos voltados ao conforto. A DAV também pode indicar um representante para tomar decisões em nome da pessoa, com base nas orientações previamente expressas.

A Política Estadual de Cuidados Paliativos do Piauí recomenda a divulgação e incentivo ao uso das DAV em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como parte do planejamento antecipado de cuidados. Sua adoção fortalece uma prática clínica ética, humanizada e centrada na pessoa, promovendo o respeito à dignidade e à autonomia, mesmo em situações de vulnerabilidade extrema. Um modelo sugestivo de Diretiva Antecipada de Vontade encontra-se disponível no Apêndice B desta Política, podendo ser adaptado conforme a realidade de cada serviço e a vontade da pessoa declarante.

## 5.2 Competências e Atribuições dos Pontos de Atenção em Cuidados Paliativos

Na Política Estadual de Cuidados Paliativos do Piauí, a definição das competências e atribuições dos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental para garantir uma assistência contínua, integrada e de qualidade às pessoas com necessidades paliativas.

A atenção primária à saúde tem um papel estratégico na identificação precoce dessas necessidades, sendo responsável por iniciar o plano de cuidados, além de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação. Já os serviços da atenção especializada e hospitalar contribuem com suporte clínico avançado, controle de sintomas de maior complexidade e manejo de situações de instabilidade ou gravidade.

Essa organização favorece uma abordagem multidisciplinar e coordenada, assegurando que os cuidados sejam ofertados conforme o estágio da doença, respeitando as preferências e necessidades individuais de cada paciente. Ao estruturar com clareza as responsabilidades de cada nível de atenção, a política fortalece sua efetividade, amplia o acesso e promove qualidade de vida às pessoas assistidas, bem como o apoio necessário às suas famílias.

A garantia de articulação entre os diferentes níveis de atenção busca assegurar que os cuidados paliativos sejam ofertados de forma integrada, contínua e centrada na pessoa. A seguir, apresenta-se o quadro com as competências por nível de atenção:

Quadro 1: Competências por nível de atenção em relação a PNCP

NÍVEL DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIAS
Atenção Primária à Saúde (APS)	Atua como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Responsável por acompanhar usuários com doenças ameaçadoras à vida em seu território, oferecendo cuidado longitudinal por meio das equipes de atenção primária. Conta com o suporte dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessário.
Atenção Domiciliar	Indicada para pessoas que necessitam de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio. Visa preparar o domicílio como principal local de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. A modalidade de atenção domiciliar é definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular.
Atenção Ambulatorial	Estruturada para atender às demandas em cuidados paliativos provenientes de outros pontos de atenção da rede. Oferece suporte especializado e continuidade do cuidado para pacientes em acompanhamento.
Urgência e Emergência	Os serviços de urgência e emergência prestam cuidados no alívio de sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa. As intervenções são baseadas nas melhores práticas e evidências disponíveis, respeitando as diretrizes dos cuidados paliativos.

Atenção Hospitalar	Voltada para o controle de sintomas que não podem ser manejados em outros níveis de assistência. Oferece suporte intensivo e especializado, garantindo o conforto e a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos.
--------------------	--

Fonte: Elaborada pelos autores. 2025.

## 6. COMPETÊNCIAS DA GESTÃO NA PNCP

Os gestores do Piauí podem contribuir significativamente com a política estadual de cuidados paliativos por meio da articulação e fortalecimento da rede de atenção à saúde, garantindo que os serviços estejam organizados e preparados para atender pacientes com doenças crônicas ou em fase terminal. Eles podem promover capacitações permanentes das equipes de saúde, assegurar recursos humanos e estruturais adequados nos diferentes níveis de atenção (primária, especializada e hospitalar), e implantar protocolos clínicos e fluxos assistenciais baseados nas diretrizes estaduais e nacionais. Além disso, é fundamental que incentivem o registro das diretivas antecipadas de vontade, o cuidado centrado na pessoa e o suporte às famílias, promovendo ações intersetoriais com assistência social e outras políticas públicas. A adesão ativa dos gestores é decisiva para a efetivação de uma política humanizada, contínua e de qualidade para os cuidados paliativos no estado.

No entanto, se faz necessário compreender a importância solidária a todos os gestores do SUS, em suas respectivas esferas de atuação, com a implementação da política estadual de cuidados paliativos, mediante planejamento, coordenação, execução e avaliação das ações, serviços e habilitação de equipes EMCP e EACP. Para apoiar a implementação da PNCP, o Ministério da Saúde destinará recursos financeiros aos fundos de saúde estaduais, municipais e distrital.

A seguir o quadro com as competências dos entes federados para efetivação da PNCP:

Quadro 2: Competências por ente federado em relação PNCP.

ENTES	COMPETÊNCIAS
Secretarias Municipais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- propor habilitação e gerir as EACP do seu território;</li> <li>- organizar, executar e gerenciar as ações e serviços de cuidados paliativos, de forma universal, integral e equitativa, dentro do seu território;</li> <li>- garantir os recursos materiais, equipamentos e insumos necessários ao funcionamento das EACP para a execução do conjunto de ações propostas;</li> <li>- prover condições essenciais de trabalho e monitorar a atuação e o funcionamento das EACP;</li> <li>- implementar no território espaços de respiro de forma a proporcionar momentos de autocuidado, relaxamento e descanso aos cuidadores, podendo ser ofertados tanto pela própria equipe quanto por Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS, Organizações não Governamentais - ONGs, dentre outras instituições públicas ou privadas;</li> <li>- promover a integração das comunidades do território na cultura e execução dos cuidados paliativos, tendo como referência as comunidades compassivas;</li> <li>- destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da PNCP; e</li> <li>- realizar a inclusão e verificação da qualidade e consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, bem como a disponibilização e análise para uso no planejamento de ações de avaliação de resultados.</li> </ul>
Secretaria Estadual da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- propor habilitação e gerir as EMCP do seu território;</li> <li>- pactuar na Comissão Intergestores Bipartite - CIB ou, estratégias, diretrizes e normas para implantação e implementação da PNCP;</li> <li>- credenciar, habilitar e monitorar os serviços em conformidade com as normativas vigentes, bem como prestar informações aos órgãos de controle quando solicitado;</li> <li>- constituir, prover condições de trabalho e monitorar a atuação das EMCP;</li> <li>- destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da PNCP;</li> <li>- promover ações de capilarização dos cuidados paliativos por meio de transparência ativa,</li> </ul>

	divulgação dos serviços prestados e educação permanente ofertada em conjunto com escolas de saúde públicas, universidades e outras instituições; e - fomentar a participação popular na disseminação da cultura dos cuidados paliativos.
Ministério da Saúde	- homologar as habilitações das equipes da PNCP realizadas pelo estado; - monitorar indicadores epidemiológicos e avaliar a eficácia da PNCP; - destinar recursos financeiros aos entes federativos que tiverem equipes da PNCP habilitadas e homologadas; - organizar e ofertar ações de educação, formação e informação em cuidados paliativos, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população geral; - coordenar as ações dos estados, municípios e Distrito Federal na implementação da PNCP, buscando integração e eficiência do sistema; - estimular a participação popular e o controle social; e - criar e revisar PCDTs e outros documentos norteadores com parâmetros para o acesso a medicamentos no âmbito dos cuidados paliativos.

Fonte: Portaria GM/MS nº 3.681 de 7 de maio de 2024.

## 7 - Diretrizes e Metas da Política de cuidados paliativos no estado do Piauí

### 7.1. Diretrizes

As diretrizes estabelecidas na política de cuidados paliativos do estado do Piauí são fundamentais para assegurar uma assistência humanizada e integral aos pacientes com doenças graves, crônicas ou em fase terminal. A Lei Estadual nº 8.408, de 17 de junho de 2024, garante o direito dos pacientes a cuidados paliativos livres de dor, respeitando suas diretivas antecipadas de vontade e assegurando o apoio necessário aos familiares. Além disso, a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos no estado, com a formação de equipes especializadas, visa ampliar o acesso e a qualidade desses serviços, promovendo uma abordagem multidisciplinar que abrange aspectos físicos, emocionais e sociais do cuidado. Essas diretrizes refletem o compromisso do Piauí em proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, alinhando-se às normativas nacionais e fortalecendo a rede de atenção à saúde no estado.

A seguir o quadro com diretrizes gerais e ações que devem ser executas na Política no Piauí:

Quadro 3: Diretrizes do estado do Piauí em relação a Política Estadual de Cuidados paliativos.

DIRETRIZ	AÇÃO
Integralidade e continuidade do cuidado	Ofertar cuidados paliativos desde a atenção primária até os serviços especializados e o acompanhamento no fim da vida, respeitando as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais da pessoa.
Regionalização e equidade no acesso	Garantir a oferta estruturada de serviços em todas as macrorregiões (Meio Norte, Litoral, Cerrados e Semiárido), considerando as desigualdades territoriais.
Educação permanente e qualificação profissional	Formar e capacitar profissionais da rede SUS para identificação precoce de pacientes elegíveis, manejo de sintomas, comunicação e abordagem familiar.
Autonomia e dignidade da pessoa	Assegurar o direito ao planejamento antecipado de cuidados, à tomada de decisões informadas e ao cuidado digno até o fim da vida.
Atenção farmacêutica e acesso racional a medicamentos	Disponibilizar medicamentos essenciais para controle de sintomas, incluindo opioides, com protocolos clínicos padronizados e apoio da farmácia clínica. Oferecer as práticas integrativas aos pacientes e cuidadores.
Gestão da informação e avaliação de resultados	Implantar sistema de registro, monitoramento e avaliação dos pacientes em cuidados paliativos, com indicadores clínicos, operacionais e de satisfação.

Fonte: Elaborada pelos autores. 2025.

Também se faz necessário delinear a integração entre nível de atenção, equipes e ações

representado no quadro a seguir:

Quadro 4: Ações das Equipes Integradas com a PNCP

NÍVEL DE ATENÇÃO	EQUIPES INTEGRADAS COM A PNCP	AÇÕES
Atenção Primária à Saúde (APS)	Equipes Assistenciais (eSF, eAB, eMulti)	<p>Identificar precocemente usuários com doenças crônicas avançadas ou ameaçadoras da vida.</p> <p>Realizar planejamento antecipado de cuidados com paciente e família.</p> <p>Fazer manejo inicial de sintomas físicos (dor, náuseas, falta de ar), emocionais e espirituais.</p> <p>Apoiar o cuidado domiciliar, inclusive no processo ativo de morrer, com suporte contínuo.</p> <p>Registrar plano de cuidado paliativo no prontuário eletrônico.</p> <p>Acompanhar em visitas programadas ou por demanda espontânea no território.</p>
	Equipes Matriciais (Apoio técnico-regional, núcleos estaduais)	<p>Apoiar a APS na identificação e manejo de casos complexos.</p> <p>Realizar educação permanente com foco em comunicação, manejo de dor, luto e escuta ativa.</p> <p>Participar de discussões de caso e construção de planos terapêuticos.</p> <p>Promover articulação com demais níveis de atenção.</p>
Atenção Ambulatorial Especializada (Policlinicas, ambulatórios hospitalares)	Equipes Assistenciais (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico)	<p>Realizar avaliação especializada e diagnóstico das necessidades paliativas.</p> <p>Elaborar plano terapêutico multiprofissional integrado com outros pontos da rede.</p> <p>Atuar na gestão de sintomas complexos, inclusive ajuste de opioides e sedativos.</p> <p>Acompanhar pacientes de forma complementar à APS e articular continuidade em domicílio ou hospital.</p> <p>Orientar familiares sobre evolução da doença e prognóstico.</p>
	Equipes Matriciais (consultores estaduais/regionais, núcleos de apoio hospitalar)	<p>Oferecer suporte técnico às equipes ambulatoriais e aos municípios.</p> <p>Conduzir formação clínica em cuidados paliativos com foco multiprofissional.</p> <p>Acompanhar indicadores e propor ajustes nos fluxos regionais de acesso.</p>
Atenção Hospitalar	Equipes Assistenciais (enfermarias clínicas e cirúrgicas, UTIs):	<p>Identificar precocemente pacientes com indicação de cuidados paliativos.</p> <p>Incluir avaliação de elegibilidade na admissão hospitalar.</p> <p>Implantar plano de cuidados focado no conforto, autonomia e dignidade do paciente.</p> <p>Realizar manejo de sintomas intensos, sedação paliativa e suporte à família.</p> <p>Priorizar alta qualificada e comunicação com APS/SAD.</p>
	Equipes Matriciais (Equipe intra-hospitalar de CP – EICP)	<p>Apoiar os profissionais assistenciais nas tomadas de decisão difíceis e conflitos éticos.</p> <p>Acompanhar casos graves, realizando interconsulta e educação permanente.</p> <p>Implantar diretrizes clínicas, fluxos de comunicação e protocolos de terminalidade.</p> <p>Promover a cultura do cuidado paliativo no hospital.</p>
Atenção Domiciliar (SAD e apoio	Equipes Assistenciais (SAD tipo 1, 2 ou 3, e eSF)	<p>Realizar atendimento clínico, psicológico e de enfermagem e as PICS no domicílio.</p> <p>Ajustar medicamentos de uso contínuo, opioides, sedativos e</p>

da APS)		<p>suporte nutricional.</p> <p>Proporcionar cuidado ativo no processo de morte, com respeito à autonomia do paciente.</p> <p>Oferecer escuta à família e manejo do luto antecipatório.</p> <p>Garantir vigilância ativa e acesso a insumos e medicamentos.</p>
	Equipes Matriciais (coordenação SAD, núcleos municipais/regionais)	<p>Apoiar a organização das visitas domiciliares em conjunto com a APS.</p> <p>Realizar supervisão técnica e avaliação de desfechos dos cuidados.</p> <p>Apoiar os profissionais nas decisões de maior complexidade.</p>
Urgência e Emergência (SAMU, UPA)	Equipes Assistenciais (plantonistas, reguladores)	<p>Avaliar a situação clínica de forma integral e com foco no conforto.</p> <p>Evitar intervenções desproporcionais em pacientes com prognóstico irreversível.</p> <p>Acionar protocolos de não reanimação e sedação paliativa, se indicado.</p> <p>Respeitar o plano de cuidado previamente definido pela rede.</p> <p>Acolher e orientar a família durante eventos críticos.</p>
	Equipes Matriciais (coordenação do SAMU, consultores regionais)	<p>Implantar protocolos específicos para atendimento de pacientes paliativos.</p> <p>Realizar capacitação periódica das equipes sobre ética, terminalidade e comunicação.</p> <p>Articular rede de suporte à APS e aos SADs para manejo em domicílio.</p>
Assistência Farmacêutica	Equipes Assistenciais (farmacêuticos da APS, hospitalares e SAD)	<p>Garantir o acesso contínuo e seguro aos medicamentos essenciais à prática paliativa (analgésicos potentes, anticonvulsivantes, ansiolíticos, laxantes, antieméticos).</p> <p>Promover o uso racional dos medicamentos conforme protocolos clínicos e guias estaduais.</p> <p>Atuar junto à equipe multiprofissional no ajuste terapêutico e controle de interações.</p> <p>Orientar pacientes e cuidadores sobre uso correto dos medicamentos.</p>
	Equipes Matriciais (Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica)	<p>Manter a padronização da lista de medicamentos essenciais para cuidados paliativos.</p> <p>Articular os componentes básico, especializado e estratégico da Assistência Farmacêutica.</p> <p>Monitorar o abastecimento, evitar descontinuidade e qualificar o cuidado farmacêutico.</p>

Fonte: Elaborada pelos autores. 2025.

Abaixo, estão descritas algumas metas com seus respectivos indicadores, incluindo o conceito conforme quadro:

Quadro 5: Indicadores e metas para a PNCP

META	INDICADOR	PRAZO
Elaborar o Plano Estadual de Cuidados paliativos	Plano concluído	Julho/2025
Apoio na elaboração planos municipais	Nº de planos concluídos	Dez/2025
Habilitação e homologação das EMCP e EACP	Nº de equipes habilitadas	Dez/2025
Capacitar 100% dos municípios-polo das 12 regiões de saúde em cuidados paliativos	% de municípios-polo com equipe capacitada	Dez/2027
Garantir acompanhamento paliativo a 50% dos pacientes com câncer em cuidados avançados	% de pacientes oncológicos com plano paliativo ativo	Dez/2027
Reduzir em 20% internações prolongadas e	Taxa de internações prolongadas	Dez/2027

inadequadas		
Implantar SAD com foco paliativo em 100% das regionais	Nº de SADs habilitados com foco em CP	Dez/2026
Monitorar 100% dos pacientes atendidos em CP	% com prontuário e plano registrados	Dez/2026
Implantar a padronização da Relação Estadual de Medicamentos Paliativos	padronização implantada	Dez/2025.
Capacitar ao menos 1 farmacêutico por município em manejo clínico de medicamentos paliativos	Nº de farmacêuticos	Dez/2025
Promover capacitação anual sobre uso seguro de opioides e outros medicamentos de alto risco	para pelo menos 70% dos farmacêuticos da rede.	Dez/2027

Fonte: Elaborada pelos autores. 2025.

Cada um desses indicadores deve ser monitorado regularmente para avaliar a efetividade da política no Piauí. O estabelecimento dessas metas e indicadores não só fornece um direcionamento claro para os esforços de saúde pública, mas também permite a identificação de áreas que necessitam de maior intervenção e apoio.

## 8. POLITICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO ESTADO DO PIAUÍ MACRORREGIONAL

Para elaborar a política estadual de forma macrorregional, considerando as 12 regiões de saúde e as 4 macrorregiões (Meio Norte, Litoral, Cerrados e Semiárido), foi necessário integrar ações as ações de saúde com foco a atender o disposto nas normas legais. A implementação da Política de Cuidados Paliativos de forma macrorregional no Estado do Piauí, com base na Portaria GM/MS nº 3.681, de 22 de abril de 2024, requer articulação intergovernamental, planejamento em rede e adequação às realidades territoriais.

### 8.1. Macrorregiões e organização das equipes

#### 8.1.1. Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos – EMCP

Na tabela 01 e 02 deste texto foi informado a projeção populacional para 2025 de 3.384.547, no entanto, ainda dados incompletos quanto o valor populacional em relação as 04 macrorregiões e as 12 regiões de saúde, e diante desse fato, a distribuição obdecerá ainda a população 2024 que totaliza 3.375.646 pessoas conforme tabela a seguir:

Tabela 6: População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024 – Brasil. População residente por Macrorregião de Saúde. Piauí. 2024

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO_RESIDENTE
2207 SEMI-ARIDO	588.165
2208 MEIO NORTE	1.454.340
2209 LITORAL	714.440
2210 CERRADOS	618.701
<b>Total</b>	<b>3.375.646</b>

Fonte: Trabalho coordenado pela RIPSA. IBGE. CGI Demográfico/RIPSA e CGIAE/SVSA/Ministério da Saúde. 2024.



Diante da tabela supracitada que traz o quantitativo populacional por macrorregião e considerando o que determina a **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**, As EMCP poderão ser implementadas na proporção de uma equipe para cada fração de território com 500.000 (quinhentos mil) habitantes de uma mesma macrorregião de saúde. A distribuição fica disposta conforme quadro a seguir:

Quadro 6: distribuição das EMCP no Piauí. 2025.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	EQUIPES DE EMCP	MUNICÍPIOS ELEGÍVEIS	SERVIÇOS DE SAÚDE ELEGÍVEL
2207 SEMI-ARIDO	02	PICOS/OEIRAS	HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
2208 MEIO NORTE	03	TERESINA	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAPI HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA HUT
2209 LITORAL	02	PARNAIBA/PIRIPIRI	HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
2210 CERRADOS	02	FLORIANO/SÃO RAIMUNDO NONATO	HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES HOSPITAL REGIONAL CANDIDO FERRAZ
<b>Total</b>	<b>09</b>		

Fonte: Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024

As localizações dessas equipes nas macrorregiões serão pactuadas no grupo condutor estadual de cuidados paliativos e em CIR e CIB, com base nos critérios estabelecidos nas normas legais sobre a política de cuidados paliativos. Sendo que toda a equipe tem como atribuição oferecer, em caráter regular e sistemático, para todos os pontos de atenção da RAS do seu território de abrangência, as seguintes ações de apoio matricial em cuidados paliativos:

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

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

Os cuidados paliativos deverão ser ofertados na RAS de maneira articulada a outras políticas de saúde e políticas intersetoriais, a fim de garantir: cuidado resolutivo e em tempo oportuno; economia de escala e definição de escopo; qualidade, efetividade, sustentabilidade, continuidade e coordenação do cuidado; e autocuidado apoiado, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento modificador de doença.

### 8.1.2. Equipe assistencial de cuidados paliativos – EACP

Também para calcular o quantitativo de equipe assistencial foi utilizado o que determina a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. As EACP terão território de atuação na proporção de uma equipe para cada 400 (quatrocentos) leitos SUS habilitados. As EACP deverão ser implementadas por meio de formação e habilitação específicas, visando garantir acesso de qualidade e humanizado aos cuidados paliativos no âmbito da RAS, de forma integrada com a atenção primária.

Considerando a portaria supracitada a seguir a distribuição dos leitos SUS conforme tabela a seguir:

Tabela 7: CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Piauí. Qtd SUS por Região de Saúde (CIR) e Macrorregião de Saúde. Período: Abr/2025.

REGIÃO DE SAÚDE (CIR)	SEMI-ARIDO	MEIO NORTE	LITORAL	CERRADOS	TOTAL
22001 Carnaubais	-	171	-	-	171
22002 Chapada das Mangabeiras	-	-	-	326	326
22003 Cocais	-	-	554	-	554
22004 Entre Rios	-	2.582	-	-	2.582
22005 Planície Litorânea	-	-	614	-	614
22006 Serra da Capivara	-	-	-	249	249
22007 Tabuleiros do Alto Parnaíba	-	-	-	68	68
22008 Vale do Canindé	160	-	-	-	160
22009 Vale do Rio Guaribas	612	-	-	-	612
22010 Vale do Sambito	173	-	-	-	173
22011 Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	-	-	-	458	458
22012 Chapada Vale do Rio Itaim	235	-	-	-	235
<b>TOTAL</b>	<b>1.180</b>	<b>2.753</b>	<b>1.168</b>	<b>1.101</b>	<b>6.202</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

A tabela supracitada permite concluir que atualmente em pesquisa utilizando o TABNET/DATASUS na competência de abril de 2025 foi encontrado 6.202 leitos SUS, distribuídos por macrorregião e região de saúde.

Diante da tabela supracitada e o que determina a portaria 3.681/2024 foi realizado a distribuição do número de equipes de forma macrorregional conforme tabela a seguir:

Quadro 7: CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Piauí. Distribuição de EACP por macrorregião e com quase no quantitativo de 400 leitos SUS

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	EQUIPES DE EACP	MUNICÍPIO ELEGÍVEL	SERVIÇOS DE SAÚDE ELEGÍVEL
2207 SEMI-ARIDO	03	PICOS/OEIRAS/VALENÇA	Poderão estar vinculadas a hospitais, unidades de urgência, ambulatorios de atenção especializada ou serviços de atenção domiciliar, devendo atuar de forma integrada com as equipes dos serviços.
2208 MEIO NORTE	07	TERESINA/CAMPO MAIOR/ÁGUA BRANCA	
2209 LITORAL	03	PARNAIBA/PIRIPIRI/BARRAS	
2210 CERRADOS	03	FLORIANO/BOM JESUS/URUCUI	
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>		

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

A localização dessas equipes nas macrorregiões será pactuada no grupo condutor estadual de cuidados paliativos com base nos critérios estabelecidos nas normas legais sobre a política de cuidados paliativos, devendo ser pactuada em CIR e CIB. A carga horária do profissional da EACP será exclusiva para atuação na equipe, não podendo ser cumulativa com a do estabelecimento a que a equipe estiver vinculada.

## 9. NAVEGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

A navegação em cuidados paliativos é o conjunto de estratégias que garante o fluxo

contínuo, articulado e humanizado de pessoas com doenças ameaçadoras da vida por todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). No Estado do Piauí, essa navegação será organizada de forma regionalizada, conforme os princípios da Portaria GM/MS nº 3.681/2024 e os eixos da Política Estadual de Cuidados Paliativos.

## 9.1. Etapas da Navegação na Política de Cuidados Paliativos do Piauí

Trabalhar a navegação em etapas na Política Estadual de Cuidados Paliativos é fundamental para garantir um cuidado contínuo, organizado e centrado na pessoa, desde a identificação precoce do paciente elegível até o acompanhamento no processo de morte e luto. A estruturação em fases permite que cada ponto da Rede de Atenção à Saúde compreenda seu papel e atue de forma integrada, promovendo a articulação entre equipes assistenciais e matriciais, otimizando recursos, reduzindo internações desnecessárias e assegurando o acesso oportuno aos serviços adequados. Essa abordagem também facilita o planejamento individualizado do cuidado, respeitando os desejos do paciente e de sua família, e qualificando a tomada de decisão clínica com base em critérios técnicos e humanitários. As etapas de navegação na política de cuidados paliativos do Piauí deve seguir um fluxo descrito no quadro a seguir:

Quadro 8: Navegação em etapas e ações necessárias na política de cuidados paliativos do estado do Piauí.

ETAPAS	AÇÕES
Identificação e Elegibilidade do Usuário	O processo começa com a identificação precoce de pacientes elegíveis em qualquer ponto da rede: unidades básicas de saúde (UBS), hospitais, ambulatorios especializados, serviços de atenção domiciliar (SAD), serviços de urgência ou redes sociais. Critérios de elegibilidade: doenças crônicas complexas, degenerativas, câncer avançado, insuficiências orgânicas, doenças raras ou em fase de terminalidade. As equipes devem estar treinadas para aplicar escalas de avaliação do sofrimento global (físico, emocional, social e espiritual).
Avaliação Inicial e Plano Terapêutico Singular (PTS)	A equipe assistencial do ponto onde o paciente foi identificado realiza a primeira avaliação multiprofissional. É elaborado o Plano Terapêutico Singular (PTS) com foco no alívio do sofrimento, qualidade de vida e respeito à autonomia do paciente. Em casos complexos, o apoio da equipe matricial regional pode ser acionado para discussão de condutas e apoio técnico.
Definição do Ponto de Cuidado Principal	O paciente pode ser acompanhado em diferentes pontos, conforme seu perfil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na APS, com o apoio do matriciamento.</li> <li>• No SAD, em domicílio.</li> <li>• Em hospitais, quando houver necessidade de suporte intensivo.</li> <li>• Em ambulatorios especializados, para seguimento com múltiplos profissionais.</li> </ul> A navegação é feita conforme a necessidade e evolução do quadro, com articulação entre pontos de atenção e garantia de contrarreferência.
Seguimento e Monitoramento Contínuo	As equipes assistenciais, com apoio das equipes matriciais, são responsáveis por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atualização do PTS.</li> <li>• Acompanhamento da evolução da doença.</li> <li>• Apoio à família e aos cuidadores.</li> </ul> Ferramentas de telessaúde e comunicação interprofissional são utilizadas para apoiar a gestão dos casos e fortalecer a rede.
Transição de Cuidados e Desospitalização	A política estadual prioriza a desospitalização segura e humanizada de pacientes paliativos, especialmente em casos sem indicação de terapêuticas invasivas. A atenção domiciliar (SAD) e a APS assumem o cuidado contínuo, com apoio da equipe matricial. É garantido o plano de contingência para intercorrências e plano de cuidados para fim de vida.
Cuidados no	A rede deve assegurar a dignidade no processo de morrer, respeitando os desejos do

Processo de Morte e Luto	paciente e familiares. Os profissionais são orientados a conduzir o processo com ética, comunicação sensível e escuta ativa. O luto é acompanhado pela equipe, que pode ofertar escuta, acolhimento e suporte psicossocial aos familiares.
--------------------------	--

Fonte: Elaborada pelos autores. 2025

## 9.2. Papel das Equipes na Navegação

### a) Equipes Assistenciais de Cuidados paliativos

- Atuam diretamente com o paciente e família.
- Estão presentes na APS, hospitais, SAD e ambulatórios.
- Realizam avaliação, plano terapêutico, prática integrativa e acompanhamento clínico.

### b) Equipes Matriciais de cuidados paliativos

- Atuam regionalmente em apoio às equipes assistenciais.
- Realizam capacitações, discussões de casos e apoio técnico-pedagógico.
- Facilitam a integração entre os pontos da rede e garantem qualidade do cuidado.

### c) Papel da SESAPI como coordenação Estadual (SESAPI)

- Coordena a política, elabora protocolos e indicadores.
- Atua com uma equipe matricial estadual de apoio às regiões.
- Acompanha a implantação e efetividade da navegação.

## 9.3. Navegação dos usuários na Política Estadual de Cuidados Paliativos no Piauí

Inicialmente cabe lembrar, que o apoio matricial atuará na política estadual do Piauí de forma transversal, garantindo que os profissionais tenham suporte técnico e educativo contínuo para oferecer um cuidado qualificado e humanizado.

A seguir um quadro resumo com atuação das equipes por nível de atenção e ações no período de 2025/2027, no entanto, as metas serão avaliadas anualmente, conforme quadro a seguir:

Quadro 9: Navegação dos Pacientes na PNCP

NÍVEL DE ATENÇÃO	MACRORREGIÃO	RESPONSÁVEL LOCAL	AÇÕES PRIORITÁRIAS	INDICADORES PROPOSTOS	META ANUAL (2025/2027)
APS (Primária)	Todas	eSF (municipal) + apoio matricial regional	Identificar pacientes crônicos avançados; plano terapêutico; orientação familiar, PICS	% pacientes crônicos com plano paliativo registrado	≥ 50% dos casos elegíveis
Secundária (Ambulatorial)	Todas	Policlínicas Regionais, CAPS, Ambulatórios	Atendimento multiprofissional especializado; articulação com APS e hospital	Tempo médio até 1ª consulta em cuidados paliativos; %	< 15 dias / ≥ 60% resolubilidade

				de casos evitados de hospitalização	
Secundária/ Terciária (Hospitalar)	Todas	Hospitais Regionais e Macrorregionais	Equipe intra-hospitalar de cuidados paliativos; controle de sintomas e fim de vida	% de pacientes internados com abordagem paliativa; % com plano terapêutico na alta	≥ 80% / ≥ 70%
Atenção Domiciliar	Todas	EMAD/EMAP; SAD municipais; Melhor em Casa	Atendimento domiciliar de pacientes sem mobilidade; suporte no fim da vida	Número de pacientes com plano domiciliar; % de reinternações evitáveis	≥ 300 pacientes / < 10% reinternações
Coordenação Estadual	SESAPI	Coordenação Estadual de Cuidados Paliativos/ Equipe matricial estadual	Apoio técnico, matriciamento, capacitação, protocolos e regulação	Nº de serviços com equipe capacitada; Nº de oficinas regionais	≥ 1 equipe capacitada por região / ≥ 4 oficinas por ano

Fonte: Elaborada pelos autores. 2025

## 10. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da política estadual de cuidados paliativos no estado do Piauí deve ser estruturado de maneira contínua, abrangente e descentralizada, levando em consideração as quatro macrorregiões (Meio Norte, Litoral, Cerrados e Semiárido) e as 12 regiões de saúde. Este processo de monitoramento deve ser orientado conforme determina o normativo legal que trata dessa matéria.

Para permitir que a gestão realize ajustes na política de cuidados paliativos no estado do Piauí, é importante definir e monitorar indicadores. Esses indicadores ajudam a avaliar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados, a identificar áreas que necessitam de melhorias, e a garantir que os pacientes estejam recebendo o melhor cuidado possível.

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

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

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

O registro da produção se refere as informadas no sistema de informação na forma de procedimentos, devendo:

- Haver o registro de, no mínimo, 40 (quarenta) procedimentos por mês, sob pena de suspensão do repasse do respectivo mês; e
- Não haver interrupção do registro por período superior a 45 (quarenta e cinco) dias, sob pena de desabilitação da equipe, sem prejuízo de nova habilitação, observados os requisitos deste Anexo.

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

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

- Cadastro de pessoa em cuidados paliativos em acompanhamento matricial ou assistencial;
- Acompanhamento e assistência em situação de óbito e pós-óbito;
- Registro de DAV;
- Supervisão de equipes assistenciais;
- Matriciamento de equipes e serviços;
- Ações de educação, dirigidas à população em geral;
- Ações de telessaúde; e
- Ações de educação continuada para profissionais de saúde.

Quadro 10: Planilha de monitoramento da Política Estadual de cuidados paliativos do Piauí

INDICADOR	FREQUÊNCIA DE MONITORAMENTO	FONTE DE DADOS	DE RESPONSÁVEL
Número de equipes matriciais habilitadas	Trimestral	CNES/MS	Grupo condutor Estadual de Cuidados Paliativos
Número de equipes assistenciais habilitadas	Trimestral	CNES/MS	Grupo condutor Estadual de Cuidados Paliativos
Cobertura populacional estimada (%)	Trimestral	IBGE	Grupo condutor Estadual, EMCP, EACP
Número de usuários em cuidados paliativos	Mensal	e-SUS AB/SIA	Grupo condutor Estadual de Cuidados Paliativos
Tempo médio entre solicitação e atendimento (dias)	Mensal	Sistema de Regulação Estadual	SESAPI/Regulação
Número de municípios com equipe capacitada	Trimestral	SESAPI/COSEMS	Grupo condutor Estadual de Cuidados Paliativos
Número de capacitações realizadas	Semestral	Relatórios de capacitação	Escola de Saúde Pública, Educação Permanente
Percentual de usuários com plano de cuidado	Trimestral	Relatórios das equipes	Equipes Assistenciais
Percentual de usuários avaliados com escala de dor	Mensal	e-SUS AB	Equipes Assistenciais
Índice de satisfação de usuários e familiares (%)	Anual	Pesquisas de opinião	Grupo condutor Estadual de Cuidados Paliativos

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

## 11. COMUNIDADES COMPASSIVAS

As comunidades compassivas são iniciativas de cunhovoluntário e comunitário destinadas a apoiar pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida e seusfamiliares, ampliando o acesso aos cuidados paliativos.A formação de Comunidades Compassivas no Estado do Piauí, no contexto da Política Estadual de Cuidados Paliativos, encontra respaldo em diversos instrumentos legais e diretrizes que visam integrar a sociedade civil ao cuidado de pessoas com doenças ameaçadoras da vida.

### 11.1 Regramentos Legais e Diretrizes

a) Lei Estadual nº 8.408, de 17 de junho de 2024: Esta lei estabelece os direitos dos pacientes no Piauí, incluindo o acesso a cuidados paliativos, o direito de escolher o local de sua morte e o suporte às famílias.



b) Lei Estadual nº 8.592, de 2025: Institui a Política Estadual de Expansão da Atenção Domiciliar, integrando ações de prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos no domicílio, com foco na continuidade do cuidado e na humanização da atenção à saúde.

c) Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024: Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, estabelecendo princípios como a valorização da vida, o respeito à autonomia do paciente e a oferta de cuidados paliativos em todo o ciclo de vida.

## 11.2. Formação das Comunidades Compassivas

A formação das Comunidades Compassivas no Piauí deve seguir os seguintes passos:

- Identificação de Territórios Prioritários: Mapear regiões com maior demanda por cuidados paliativos e com potencial de mobilização comunitária.
- Capacitação de Voluntários e Lideranças: Oferecer formação em escuta ativa, apoio emocional, ética do cuidado e luto para membros da comunidade dispostos a atuar como voluntários.
- Articulação Intersetorial: Estabelecer parcerias entre as secretarias de saúde, assistência social, educação, organizações da sociedade civil, igrejas e universidades para promover ações integradas de cuidado.
- Implementação de Ações Comunitárias: Realizar visitas solidárias, rodas de conversa sobre morte e luto, e criar redes de apoio entre famílias e cuidadores.
- Monitoramento e Avaliação: Acompanhar as ações desenvolvidas, avaliar os impactos na comunidade e ajustar as estratégias conforme necessário.

A SESAPI e os municípios podem coordenar essas iniciativas, fornecendo apoio técnico e recursos para a implementação das Comunidades Compassivas, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelas legislações mencionadas.

A terminalidade da vida e o sofrimento decorrente de doenças crônicas avançadas exigem um cuidado que vai além do sistema de saúde. As comunidades compassivas propõem envolver a sociedade no apoio a pessoas em sofrimento grave, famílias e cuidadores, promovendo dignidade, solidariedade e acolhimento no processo de viver e morrer. No Piauí, com desigualdade territorial de serviços e crescente número de pessoas com condições que exigem cuidados paliativos, implementar esse modelo fortalecerá a rede de atenção de forma humanizada, integrando saúde, assistência e sociedade civil.

## 12. HABILITAÇÃO DE EMCP E EACP

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

Inicialmente cabe trazer aqui os seguintes conceitos:

- a) **habilitação**: ato do gestor estadual ou distrital que atesta o cumprimento dos requisitos de funcionamento dos serviços e/ou da(s) equipe(s), permitindo o seu cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), incluindo o Identificador Nacional de Equipe (INE) e o respectivo registro de sua produção no sistema estabelecido para essa finalidade; e
- b) **homologação**: ato do gestor federal que ratifica a habilitação no CNES realizada pelo gestor estadual ou distrital, vinculando recursos financeiros.

A proposta de habilitação das equipes no Piauí deverá contemplar os seguintes requisitos:

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

II - especificação do número de equipes conforme portaria 3.681/2024 e a política descrita neste documento;

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

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

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

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

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

I - solicitação pelo gestor de saúde proponente municipal ou estadual, acompanhada dos documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos de que trata o art. 31 da portaria 3.681/2024;

II - verificação pelo gestor de saúde estadual do cumprimento dos requisitos de que trata o art. 31 da portaria 3.681/2024;

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

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

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

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

I - solicitação pelo gestor de saúde estadual, por meio do SAIPS, ou outro sistema vigente para essa finalidade, acompanhada dos documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos de que trata o art. 31 da portaria 3.681/2024;

II - verificação pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde do cumprimento dos requisitos de que trata o art. 31 da Portaria 3.681/2024; e

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

## 13. EIXO EDUCAÇÃO NA POLÍTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO PIAUÍ

### 13.1. Princípios Norteadores

- Promover formação voltada ao cuidado integral da pessoa, respeitando sua dignidade, espiritualidade, cultura e ciclo de vida.
- Construir um processo contínuo de aprendizado com base na realidade dos serviços.
- Adaptar os processos educativos às macrorregiões e territórios do estado.
- Inserir nos currículos formativos ferramentas de comunicação compassiva e empática.

## 13.2. Objetivos

- Formar e capacitar profissionais de saúde para ofertar cuidados paliativos nos diversos níveis de atenção.
- Sensibilizar gestores, conselheiros e lideranças comunitárias sobre a importância dos cuidados paliativos.
- Integrar o eixo educacional com os serviços assistenciais e com a regulação do acesso.

## 13.3. Estrutura Estratégica do Eixo

Quadro 11: Desenho da estrutura estratégica do eixo educação:

ESTRATÉGIA	AÇÕES
Formação Inicial e Técnica	Inserção de cuidados paliativos nas graduações em saúde (medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, etc.), com ênfase em práticas interdisciplinares. Criação de módulos técnicos para cursos profissionalizantes e residências multiprofissionais. Parceria com o Instituições de ensino para desenvolver itinerários formativos voltados a técnicos de enfermagem e ACS.
Educação Permanente	Plataforma digital estadual de ensino em cuidados paliativos com acesso gratuito para profissionais da saúde, oferecendo trilhas formativas modulares (básico, intermediário e avançado). Oficinas regionais presenciais itinerantes, com metodologia ativa (estudos de caso, simulações, roda de conversa) priorizando profissionais da Atenção Básica e das portas de urgência. Ciclos formativos com tutoria remota, integrando núcleos de Educação Permanente das Regionais de Saúde.
Educação Comunitária e Popular	Capacitação de lideranças comunitárias e cuidadores familiares com materiais acessíveis (cartilhas, áudios, vídeos curtos) em linguagem simples. Educação em saúde paliativa nas escolas públicas, vinculada à educação em saúde e à valorização da vida e do envelhecimento.
Instrumentos de Apoio e Avaliação	Criação do Observatório Estadual de Educação em Cuidados Paliativos, articulado com o sistema de informação da SESAPI. Produção de protocolos educacionais integrados com a linha de cuidado da dor crônica, doenças degenerativas e cuidados de fim de vida. Avaliação periódica dos processos educativos por meio de indicadores como: Profissionais capacitados por região. Aplicabilidade do conhecimento adquirido na prática clínica. Satisfação dos usuários e familiares com o cuidado recebido.
Parcerias Estratégicas	Instituições de ensino e formação e apoio nacional

Fonte: Elaboração dos autores, 2025.

O eixo da educação em cuidados paliativos no Piauí deve ser pensado como um instrumento de transformação da cultura do cuidado, construído a partir do SUS, das histórias dos territórios e do compromisso ético com o alívio do sofrimento. Ele não apenas capacita, mas sensibiliza, articula e fortalece vínculos entre profissionais, famílias e usuários.

## 14. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA POLÍTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO PIAUÍ

A atenção farmacêutica voltada aos cuidados paliativos deve estar inserida no contexto do

cuidado integral e humanizado, conforme preconiza o SUS, sendo orientada pelos seguintes princípios: Acesso oportuno e contínuo a medicamentos essenciais; Acompanhamento farmacoterapêutico individualizado; Promoção do uso racional de medicamentos; e Respeito à autonomia, dignidade e conforto da pessoa em cuidados paliativos.

## 14.1. Diretrizes Estruturantes na assistência farmacêutica no Estado do Piauí em relação à política de cuidados paliativos

**Quadro 12: Ações e Diretrizes da assistência farmacêutica**

DIRETRIZES	AÇÃO
Integração com a Política Estadual de Assistência Farmacêutica	A Política Estadual de Assistência Farmacêutica do Piauí reconhece o medicamento como insumo essencial da atenção à saúde e tem como pilares: Garantia do acesso; Qualidade da assistência; Integração com os serviços de saúde; e Educação permanente de profissionais. Para os cuidados paliativos, essa política deve ser expandida para prever: Protocolos específicos de dor e controle de sintomas; Estruturação da dispensação de medicamentos de forma descentralizada e rápida; e Articulação com os serviços de atenção domiciliar e unidades hospitalares.
Regionalização do Acesso	A estruturação da atenção farmacêutica deve seguir a lógica das quatro macrorregiões de saúde do Piauí (Meio-Norte, Litoral, Cerrados, Semiárido) e contemplar as especificidades das 12 regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização do estado. A seguir uma proposta para estruturação conforme quadro abaixo: a) <b>Macrorregiões:</b> Criação de centros regionais de apoio farmacêutico em cuidados paliativos, vinculados a hospitais de referência e núcleos de atenção domiciliar. Estoque regulador regional de opioides e medicamentos para dor crônica e sintomas associados. b) <b>Regiões de Saúde:</b> Capacitação de farmacêuticos da atenção básica em cuidados paliativos. Integração dos farmacêuticos às equipes multidisciplinares (ESF, SAD). Implantação de protocolos simplificados para prescrição e renovação de medicamentos paliativos.
Componentes da Atenção Farmacêutica em Cuidados Paliativos	<b>Seleção e Protocolo de Medicamentos:</b> Elaboração de uma Relação Estadual de Medicamentos para Cuidados Paliativos, com base na RENAME, incluindo: Analgésicos opioides e não opioides; Antieméticos, ansiolíticos, antipsicóticos; Antiespasmódicos, corticoides, laxantes. Elaboração de Protocolos clínico-farmacêuticos para: Dor oncológica; Dispneia; Náuseas e vômitos; e Ansiedade e insônia. <b>Dispensação Humanizada e Domiciliar:</b> Criação de fluxos para dispensação domiciliar de medicamentos em parceria com o serviço de atenção domiciliar. Ampliação de pontos de acesso em unidades básicas e centros de especialidades. Oferta de orientação farmacêutica personalizada para pacientes e cuidadores, com linguagem acessível. <b>Monitoramento e Farmacovigilância:</b> Implantação de instrumentos de acompanhamento farmacoterapêutico com indicadores clínicos e de adesão. Registro de eventos adversos e reações inesperadas por meio do NOTIVISA e do sistema estadual de farmacovigilância.
Capacitação e Educação Permanente	Formação continuada para farmacêuticos das 12 regiões de saúde, com apoio da Escola de Saúde Pública do Piauí. Parcerias com programas como PROADI-SUS e Telessaúde Brasil Redes para educação em cuidados paliativos e outros parceiros para avanço da política no Estado. Proposta de inserção de conteúdos sobre cuidados paliativos nos cursos técnicos e de graduação em farmácia do estado.
Indicadores para Monitoramento	% de pacientes em cuidados paliativos com acesso regular aos medicamentos essenciais. % de municípios com farmacêuticos capacitados em cuidados paliativos. Taxa de adesão ao tratamento farmacológico. Redução de eventos adversos e internações evitáveis por descontrole de sintomas.

Fonte: Elaboração dos autores, 2025.

## 14.2. Lista mínima de medicamentos para uso em cuidados paliativos

Quadro 13: lista de Medicamentos

AÇÃO	MEDICAMENTOS	SINTOMAS	RENAME
Analgésicos não Opioides	Dipirona 500mg	Dor e Febre	Componente básico
	Dipirona Sódica gotas 500mg/ml		
	Paracetamol 500mg		
	Paracetamol Solução oral 200mg/ml		
Analgésicos Opioides fracos	Ibuprofeno 300mg e 600mg	Dor moderada	Componente especializado Paciente com dor crônica
	Fosfato de Codeína 30mg		
	Fosfato de Codeína Solução oral 3mg/ml		
Analgésicos Opioides fortes	Sulfato de morfina 10mg e 30mg	Dor intensa e	Componente especializado Paciente com dor crônica
	Sulfato de morfina liberação prolongada 30mg, 60mg e 100mg	dispneia	
	Metadona 5mg e 10mg	Dor intensa	
Adjuvantes da Dor Antidepressivos	Fluoxetina 20mg	Tristeza/depressão/dor crônica neuropática	Componente básico
	Amitriptilina 25mg		
Adjuvantes da Dor Anticonvulsivantes	Gabapentina 300mg e 400mg	Dor neuropática	Componente especializado Paciente com dor crônica
Outros adjuvantes	Carbamazepina 200mg	Corticosteroide	Componente básico
	Dexametasona e 4mg		
	Carbamazepina 200mg		
Anticonvulsivantes	Fenitoína 50mg	Convulsão	Componente básico
	Carbamazepina 200mg		
	Fenobarbital 100mg		
Ansiolíticos	Diazepam 5mg e 10mg	Ansiedade Dificuldade de dormir	Componente básico
Antipsicóticos	Clonazepam gotas 2,5mg/ ml	Agitação/ Delirium/náusea e vômitos	Componente básico
	Haloperidol 1mg e 5mg		
	Haloperidol gotas 2mg/ml		
	Clorpromazina 25mg		
	Quetiapina 25mg		
Antieméticos	Risperidona 1mg	Náusea/Vômitos	Componente especializado
	Metoclopramida 10mg		
	Ondansetrona 8mg		
Laxativos	Óleo mineral	Constipação intestinal	Componente básico
	Lactulose solução oral 667mg/ml		
	Supositório de glicerina adulto e infantil		
Protetores Gástricos	Omeprazol 20mg	Desconforto	Componente básico
Anti-Hemorrágicos	Ácido tranexâmico 250mg	Sangramento	Componente estratégico
Diversos	Brometo de Ipratrópio gotas 0,25mg/ml	Antiespasmódico e anticolinérgico	Componente estratégico
	Metronidazol 250mg	Controle de odor em feridas	Componente básico
	Metronidazol 100mg/ml gel vaginal		

Dexametasona 4mg

Adjuvante da dor  
Anorexia, Náusea/  
vômito, Fadiga

Componente básico

Fonte: Adaptado de quadro da Política Estadual de Cuidados Paliativos do Rio de Janeiro, 2025

### 14.3. Lista de medicamentos para uso em Cuidados Paliativos que não compõe a RENAME

Quadro 14: Lista que não consta na RENAME

AÇÃO	MEDICAMENTOS	SINTOMAS	RENAME
Analgésicos	Tramadol 50mg Tramadol gotas 100mg/ml	Dor moderada	Não
Adjuvantes da Dor	Venlafaxina 75mg Citalopram 20mg Sertralina 50mg	Tristeza/depressão/dor crônica neuropática	Não
Ansiolíticos	Alprazolam 0,5mg	Ansiedade Dificuldade de dormir	Não
Antieméticos	Bromoprida 10mg Bromoprida gotas 4mg/ml Difenidramina 25mg	Nausea/Vômitos	Não
Laxativos	Bisacodil 5mg	Constipação intestinal	Não
Antidiarreicos	Loperamida 2mg	Diarreia	Não
Anti-Hemorragicos	Ácido aminocaproico 500mg	Sangramento	Não
Diversos	Escopolamina 10mg	antiespasmódico e	Não
<b>Antidepressivos</b>	Escopolamina gotas 10mg/ml	anticolinérgico	
	Dextrana + Hipromelose 1+3mg/ml	colírio      Lubrificante ocular	Não

Fonte: Adaptado de quadro da Política Estadual de Cuidados Paliativos do Rio de Janeiro, 2025

## 15. FINANCIAMENTO DA POLÍTICA ESTADUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DO ESTADO DO PIAUÍ

A Portaria GM/MS nº 3.681, de 14 de abril de 2024, institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS e estabelece diretrizes para a organização, financiamento e implementação da rede de cuidados paliativos nos territórios. Com base nesse normativo, o financiamento da política deve ser estruturado conforme os seguintes eixos descrito no quadro a seguir:

Quadro 15: Financiamentos da manutenção da Política Estadual

AÇÃO	RESPONSABILIDADES
Financiamento Tripartite (União, Estado e Municípios)	<b>União:</b> repassa recursos financeiros via Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde pelas equipes habilitadas (EMCP e EACP e ainda o valor faturamento conforme tabela SIGTAP); <b>Estado do Piauí:</b> deve garantir contrapartida estadual com planejamento orçamentário específico para custeio de ações e serviços (recurso próprio/emendas parlamentares); <b>Municípios:</b> responsáveis pelo custeio das equipes da Atenção Primária e pelo funcionamento das unidades básicas de saúde e serviços locais.
Custeio das Equipes	<b>Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos (EMCP):</b> compostas por profissionais como médicos, enfermeiros, assistente social e psicólogos, com recursos vinculados à habilitação (código específico na Tabela SUS). <b>Equipes Assistenciais:</b> presentes em diferentes níveis de atenção (APS, hospitalar, domiciliar e ambulatorial). Cada uma pode ser habilitada para receber financiamento específico mensal.



Incentivo Financeiro Federal de Custeio	Transferido mensalmente mediante habilitação das equipes, com base nos parâmetros de composição e carga horária; Valores variam de acordo com o porte da equipe e nível de complexidade do serviço onde atuam.
Investimento e estruturação	Recurso destinado à aquisição de equipamentos, ambulâncias, adequação de ambientes para prestação de cuidados paliativos (ex: leitos, consultórios, ambientes domiciliares); Pode ser viabilizado por meio de programas do Ministério da Saúde, emendas parlamentares ou convênios federais/estaduais.
Inclusão na Tabela SUS	A portaria determina a inclusão e ampliação dos procedimentos de cuidados paliativos na Tabela SUS, com: Códigos próprios para acompanhamento clínico; Registros específicos no SIA/SIH (outros sistemas e CNES, devem ser alimentados); Possibilidade de registrar ações multiprofissionais, escalas de dor, plano terapêutico singular e visitas domiciliares.
Fontes Complementares de Financiamento	Emendas Parlamentares Individuais ou de Bancada: podem custear capacitações, aquisição de veículos, contratação temporária de profissionais (desde que sem vínculo permanente), e estruturação de serviços; Recursos próprios do estado (Fundo de Investimento em Saúde); Fundos Estaduais de Ciência e Tecnologia, para projetos de inovação em cuidados paliativos.
Condições para Recebimento de Recursos	Ter CNES atualizado; Alimentar regularmente os sistemas de informação do SUS; Estar habilitado formalmente conforme regras da Portaria 3.681/2024; Apresentar Plano de Ação Estadual com metas e indicadores pactuados.

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

A seguir o quadro síntese com as possíveis fontes de financiamento para efetivação da política de cuidados paliativos no estado do Piauí.

Quadro 16: Fontes de financiamento da política Estadual

FONTE	DESCRIÇÃO
Bloco de Custeio da Atenção à Saúde (MAC)	Pode ser utilizado para custeio de serviços (PICS, medicamentos, transporte de pacientes). Habilitação das equipes matricial e assistencial.
Bloco de custeio da Assistência Farmacêutica	Pode financiar medicamentos e insumos paliativos (analgésicos, opioides, ansiolíticos, etc).
Recursos Estaduais (Tesouro Estadual) e Municipal (Tesouro municipal)	Complemento para garantir serviços
Emendas parlamentares ou convênios federais	Para ampliar ações específicas ou adquirir equipamentos.
Financiamento da PICS (Portarias MS específicas)	Possível financiamento via programas vinculados à Política Nacional de Práticas Integrativas.

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

## 15.1 estimativas do impacto anual no Piauí da Política

Quadro 17: estimativa de custos da Política Estadual

Ações	quantidade	Valor	Valor mensal	Valor anual	Fonte recurso
Habilitação EMCP*	9 equipes	65.000,00 por equipe	598.000,00	7.020.000,00	Ministerio da Saúde
Habilitação EACP	16 equipes	44.200,00 por equipe	707.200,00	8.486.400,00	Ministerio da Saúde
Assistência farmaceutica	1% da pop 33.846	100,00 média por paciente	282.050,00	3.384.600,00	Ministério Saúde/Estado/municipios/emendas parlamentares

Práticas integrativas	1.7% (pessoas podem precisar em algum momento (57.537))	Valor médio 30,00(6 terapias/ano)	143.842,50	1.726.100,00	Ministerio da Saúde/emendas parlamentares
Educação permanente	600/ ano	Custo médio 1000,00	50.000,00	600.000,00	Parcerias (hospitais de excelencia), emendas parlamentares
Custo diversos (equipes, diárias, insumos)			50.000,00	600.000,00	Estado/municípios
<b>Total</b>			<b>1.818.091,67</b>	<b>21.817.100,00</b>	

Fonte: Elaboração própria

\* EMCP com pediatra: R\$ 78.000,00 (setenta e oito mil reais) mensal

## 16. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) NA POLÍTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO PIAUÍ

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria MS/GM nº 971/2006 e atualizada pela Portaria MS/GM nº 702/2018, reconhece diversas abordagens terapêuticas como parte das ações do SUS, promovendo o cuidado ampliado e a integralidade da atenção. As PICS, como reiki, acupuntura, auriculoterapia, aromaterapia, meditação, homeopatia e fitoterapia, entre outras, têm se mostrado ferramentas efetivas de suporte aos pacientes em sofrimento crônico, especialmente em contextos de cuidado paliativo.

Diante da publicação da Portaria GM/MS nº 3.681/2024, que estabelece a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, justifica-se a inclusão formal das PICS como uma estratégia complementar e integradora na organização da Política Estadual de Cuidados Paliativos do Estado do Piauí, com a inserção das PICS como eixo estratégico transversal da Política Estadual de Cuidados Paliativos, com integração às equipes assistenciais e matriciais atuantes nos diferentes níveis de atenção (primária, ambulatorial, hospitalar e domiciliar).

Constitui como proposta: oferta regular das PICS nos polos regionais com equipes implantadas, por meio de profissionais qualificados e cadastrados nos sistemas de informação do SUS; capacitação periódica de profissionais de saúde em práticas como auriculoterapia, reiki, acupuntura, meditação e fitoterapia, por meio de parcerias com instituições formadoras reconhecidas; implantação de espaços terapêuticos nos polos regionais de cuidados paliativos com estrutura mínima para aplicação das práticas, garantindo privacidade, acolhimento e registro adequado das ações, e ainda, inclusão das PICS nos protocolos clínico-assistenciais da política estadual, com foco no controle de sintomas físicos e emocionais, cuidado espiritual e melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares.

A utilização de PICS pode contribuir para alcançar como resultados esperados: redução do uso de medicamentos sintomáticos; melhoria da qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos; maior humanização e integralidade no cuidado, e também, aumento da adesão às práticas complementares por pacientes e familiares.

## 17. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da Política Estadual de Cuidados Paliativos do Piauí representa um passo fundamental para o fortalecimento da atenção integral à saúde no estado, reafirmando o compromisso com a vida digna, a humanização do cuidado e a integralidade das ações em saúde. Diante do avanço das doenças crônicas, do envelhecimento populacional e da persistência de desigualdades territoriais, torna-se imperativo organizar e ampliar os cuidados paliativos em todos os níveis de atenção, com foco na dignidade, no controle de sintomas e na escuta qualificada das pessoas e famílias em sofrimento.

O território piauiense, com quatro macrorregiões de saúde (Meio Norte, Litoral, Cerrados e Semiárido), apresenta realidades muito distintas, especialmente no tocante à infraestrutura de saúde e à disponibilidade de profissionais capacitados. Destacam-se como vazios assistenciais críticos as regiões dos Cerrados e Semiárido, onde há ausência de ambulatórios especializados, equipes de atenção domiciliar estruturadas e ações coordenadas no cuidado a pacientes em situação de terminalidade ou sofrimento persistente.

A superação desses desafios exige um esforço tripartite e coordenado:

- **Da União**, espera-se o apoio financeiro, técnico e normativo para habilitação de serviços, capacitação de profissionais e fortalecimento da rede de atenção.
- **Do Estado**, cabe à SESAPI a responsabilidade pela condução política da estratégia, articulação intersetorial, apoio matricial, formação continuada, monitoramento de indicadores e indução da organização regional das redes.
- **Aos municípios**, compete a identificação precoce de casos na atenção primária, a construção de planos terapêuticos interdisciplinares, o acompanhamento longitudinal dos pacientes e a garantia de articulação com os demais pontos da rede.

Mesmo diante de limitações estruturais, como a escassez de profissionais especializados, o subfinanciamento federal e a dependência do tesouro estadual para a manutenção de alguns serviços hospitalares, o estado do Piauí conta com fortalezas estratégicas, a citar os hospitais regionais com potencial de incorporação de equipes paliativas, experiências exitosas em atenção domiciliar e gestão da APS, capacidade técnica instalada para formação e apoio matricial, e crescente articulação com os municípios para regionalização da assistência.

Por fim, reafirma-se que a consolidação desta política depende do fortalecimento da governança regional, da pactuação contínua com os entes locais e do uso sistemático de dados e indicadores como instrumentos de gestão, avaliação e tomada de decisão. A implantação de Comitês Regionais, a qualificação dos fluxos assistenciais e a estruturação de equipes em polos estratégicos serão essenciais para garantir que o cuidado paliativo chegue a todos que dele necessitem, com dignidade, compaixão e qualidade.

## REFERÊNCIAS UTILIZADAS

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2014.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2022. Brasília: MS, 2022.

**ANDRADE, E. O.** A ortotanásia e o direito brasileiro: a resolução CFM nº 1.805/06 e algumas considerações preliminares à luz da legislação brasileira. In: BERTACHINI, L. PESSINI, L. (orgs.) Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. – 1ª ed. – São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2011. Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et

al.]. – São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020.

**PIAUÍ.** Secretaria de Estado da Saúde. Política Estadual de Assistência Farmacêutica. Teresina: SESAPI, 2020.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Caderno 1: Assistência Farmacêutica no SUS. Série Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Brasília: MS, 2014.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO, 2018.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. 2022.

International Association for Hospice e Palliative Care. Palliative Care Definition [online], 2019. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

Trevizan FB, Paiva CE, De Almeida LF, De Oliveira MA, Bruera E, Paiva BS. When and how to discuss about palliative care and advance care planning with cancer patients: A mixed-methods study. Palliat Support Care. 2024;22(2):387-95. Doi: <https://doi.org/10.1017/s1478951523001517>

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança política inédita no SUS para cuidados paliativos [online], 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-lanca-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos>

Prado UB, Castilho RK, Crispim D, Lucena NC. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2023. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3681, de 22 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017. Brasília, DF, 22 maio 2024. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-87-2024-publicada-a-portaria-gm-n-3681-que-institui-a-politica-nacional-de-cuidados-paliativos-no-ambito-do-sus-por-meio-da-alteracao-da-portaria-de-consolidacao-gm-ms-n/>

Braga CO, Machado CS, Afiune FG. A percepção da família sobre cuidados paliativos. Rev. Cient. Esc. Est. Saúde Pública Goiás Cândido Santiago. 2021;7:e7000041. Doi: <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2021.V7.7000041>

Oliveira LC de. Pesquisa em Cuidado Paliativo no Brasil. Rev Bras Cancerol. 2021;67(3):e-031934. Doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1934>

Gomes AL, Othero MB. Cuidados paliativos. Estudos avançados. 2016;30:155-66. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>

Gonçalves RG, Oliveira LP, Silva CJ, Elias TM, Nogueira IL, Menezes RM. Cuidados paliativos na formação de enfermeiros: percepção dos coordenadores de cursos de ensino superior. Rev Bras Enferm. 2023;76(3):e20220222. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0222pt>

Castro AA, Taquette SR, Marques NI. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. Rev Bras Educ Med. 2021;45(2):e056. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200162>

## Apendice A REDE DA POLÍTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO PIAUÍ

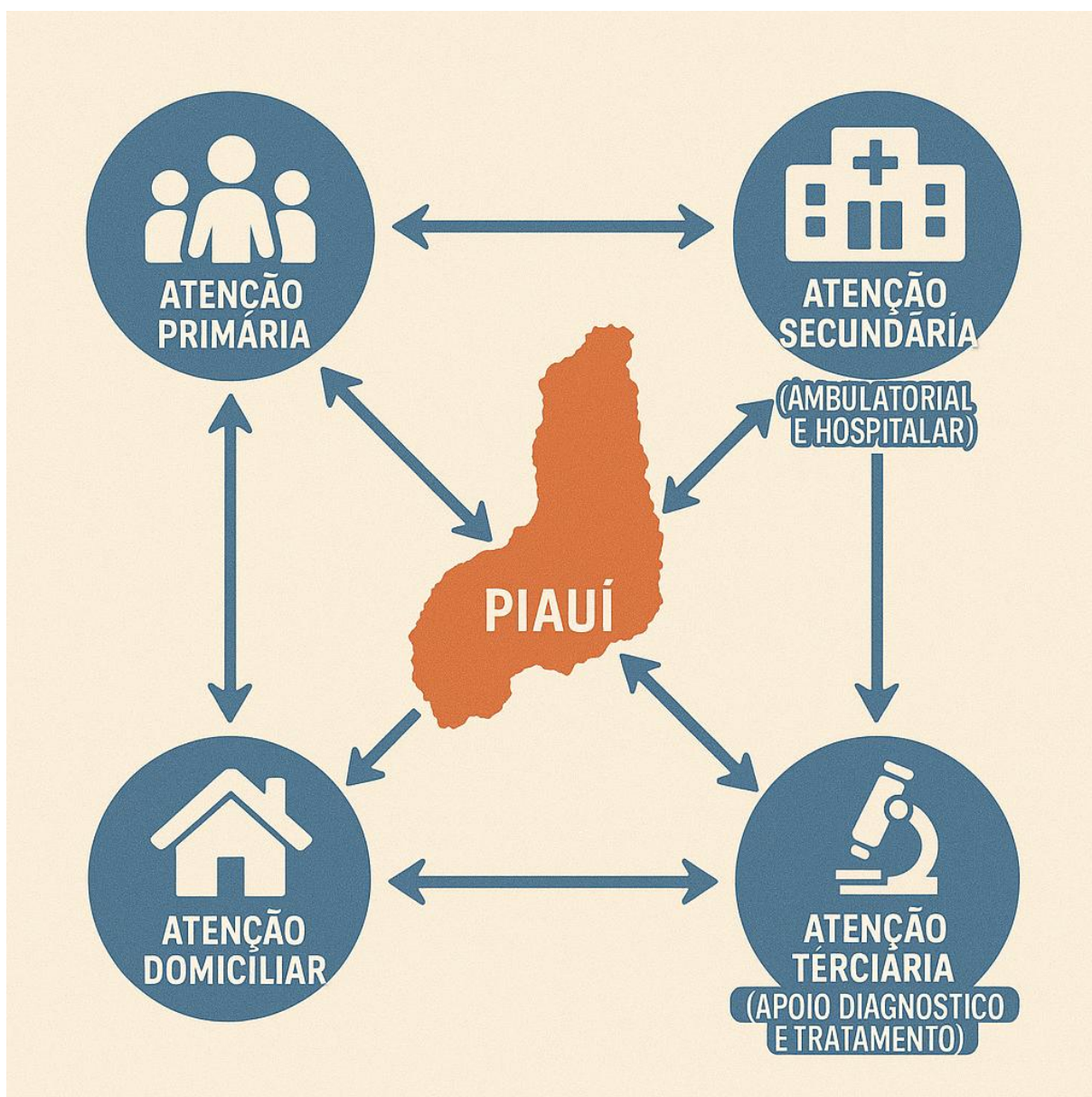


Figura: Elaborada por IA, 2025.



## APÊNDICE B: MINUTA DE DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE (DAV)

Nome completo: [NOME COMPLETO DO DECLARANTE]

Nacionalidade: [NACIONALIDADE]

Estado civil: [ESTADO CIVIL]

Profissão: [PROFISSÃO]

RG: [NÚMERO DO RG]

CPF: [NÚMERO DO CPF]

Endereço: [ENDEREÇO COMPLETO]

Eu, [NOME], acima qualificado(a), declaro, de forma livre, consciente e esclarecida, minha Diretiva Antecipada de Vontade, nos termos da Resolução CFM nº 1.995/2012, para situações em que eu perca a capacidade de manifestar minha vontade — seja por fala, gestos ou escrita — e me encontre:

1. Em estado de confusão mental irreversível, como em demências avançadas;
2. Em estado clínico considerado irreversível pelas evidências científicas disponíveis, como, por exemplo, estado vegetativo persistente;
3. Em fase terminal de uma doença ou em estágio avançado de doenças crônicas.

### I – Diretrizes Gerais de Tratamento

Declaro que, nas circunstâncias acima descritas, e na ausência de perspectiva de recuperação, minha meta de cuidado será a qualidade de vida.

Desejo receber cuidados paliativos, com foco no alívio da dor, do sofrimento e dos desconfortos físicos e emocionais, em detrimento do prolongamento artificial do tempo de vida e do processo de morrer.

Nesse contexto, recuso qualquer suporte artificial de vida cujo objetivo seja apenas prolongar minha vida biológica, sem possibilidade de reversão da doença, tais como:

1. ( ) Ressuscitação cardiopulmonar (RCP), em caso de parada cardiorrespiratória;
2. ( ) Ventilação mecânica invasiva prolongada;
3. ( ) Diálise ou hemodiálise em situações irreversíveis;
4. ( ) Cirurgias desnecessárias ou desproporcionais;
5. ( ) Nutrição e hidratação artificiais prolongadas.
6. ( ) Autorizo o uso de medicamentos sedativos e analgésicos sempre que necessários para meu conforto, mesmo que seu uso possa reduzir meu nível de consciência, inclusive em sedação paliativa.
7. ( ) Se possível, desejo não morrer em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

### II – Designação de Procurador(a) de Saúde

Estou ciente de que as diretivas acima têm respaldo na Resolução CFM nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, e que devem prevalecer sobre a vontade de familiares ou de outros profissionais de saúde, desde que em conformidade com os preceitos éticos e legais.

Entretanto, para reforçar o respeito às minhas vontades e, portanto, à minha biografia, designo como meu(a) procurador(a) de saúde:

- Nome: [NOME DO PROCURADOR(A)]
- CPF: [CPF DO PROCURADOR(A)]
- Parentesco ou relação: [PARENTESCO OU VÍNCULO]

Esse(a) procurador(a) deverá tomar decisões em meu nome, de acordo com esta diretiva e com os valores e princípios que nortearam minha vida.

### III – Disposições Finais



1. Esta Diretiva poderá ser revogada ou modificada a qualquer momento, desde que eu esteja em plena capacidade de discernimento.
2. Recomendo que este documento seja respeitado por toda a equipe de saúde que venha a me atender, bem como por meus familiares, amigos e representantes legais.
3. Autorizo o arquivamento desta DAV em meu prontuário médico, sempre que possível.

Local e data: [CIDADE], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

**(Opcional)**

Assinatura do(a) Declarante: \_\_\_\_\_

Testemunha 1:

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha 2:

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*(As testemunhas devem ser maiores de 18 anos e não podem ser beneficiárias diretas das decisões aqui expressas.)*