

Implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos no Paraná: Análise regional e contribuições para seu desenvolvimento

Implementation of the National Palliative Care Policy in Paraná State: Regional analysis and contributions to its development

Fernando Cesar Iwamoto Marcucci¹, Luís Fernando Rodrigues², Márcio José de Almeida³, Beatriz Zampar⁴, Madalena de Faria Sampaio⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8139-7772>. Fisioterapeuta. Doutor em Saúde Coletiva. Hospital Dr. Anísio Figueiredo - Zona Norte de Londrina (FUNEAS/SESA-PR), Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: fcim@msn.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6177-3769> Médico. Doutorando em Saúde Coletiva. Hospital do Amor, Barretos, São Paulo, Brasil.

E-mail: lufe.luis@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7094-9906> Médico. Doutor em Saúde Pública. Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: marcio.almeida@professor.fpp.edu.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9438-9982> Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: beatrizampar@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2485-2040> Médica. Mestre em Bioética. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Londrina, Paraná, Brasil.

E-mail: madasampaio@gmail.com

RESUMO

O estudo buscou analisar o contexto epidemiológico e as ações necessárias para efetivar a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no Paraná, identificar a demanda populacional e possibilidades de equipes vinculadas à esta política. Método: Realizou-se uma análise da mortalidade no estado do Paraná de 2023, e comparou-se a distribuição quanto as faixas etárias e locais de ocorrência. Analisou-se a demanda estimada de equipes vinculadas à PNCP distribuídas por regionais de saúde. Resultados: No Paraná, 72% dos óbitos ocorreram em pessoas acima de 60 anos, com predomínio em hospitais (66%) e em domicílio (22%). Com base

no plano de financiamento federal da PNCP, o estado do Paraná comportaria 23 Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos (EMCP) e 54 Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos (EACP), com maior concentração na macrorregião leste. A efetividade dessas equipes depende de infraestrutura, organização de fluxos, integração entre serviços e oferta de capacitação profissional.

DESCRIPTORES: Cuidados Paliativos, Políticas de Saúde, Saúde Pública, Legislação.

ABSTRACT

The study aims to analyze the epidemiological context and the actions need to effectively implement the National Palliative Care Policy (PNCP) in Paraná state, and identify the population demand and possibilities for professional teams linked to this policy. Method: An analysis of the mortality of the year 2023 was carried out for the Paraná state, and age groups and places of occurrence were compared. An analysis of the estimated demand of professional teams related to the PNCP by health regions was performed. Results: In Paraná, 72% of deaths occurred in people over 60 years old, mostly in hospitals (66%) and at home (22%). Based on the federal financing plan of the PNCP, the Paraná state could have 23 Palliative Care Support Teams (EMCP) and 54 Palliative Care Assistance Teams (EACP), with greater concentration in the eastern macro-region. The effectiveness of these teams depends on infrastructure, organization of flows, integration among healthcare services and professional training.

DESCRIPTORS: Palliative Care. Health Policies. Public Health. Legislation.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO



Brasil atravessa um processo de transição epidemiológica, associada ao aumento da proporção de indivíduos idosos e, também, de predominância das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), como principais causas de mortalidade^{1,2}. Os cuidados paliativos, enquanto área que atua nas condições de saúde que limitam a sobrevida e causam sofrimentos e sintomas diversos, têm sido inseridos recentemente nas políticas de saúde, mas seu desenvolvimento e acesso ainda é limitado no Brasil, geralmente restrito à iniciativas locais e serviços especializados, como hospitais e serviços de oncologia².

O Paraná, assim com os demais estados da região sul, apresentam uma maior proporção de indivíduos idoso, que estão mais predispostos ao enfrentamento de doenças crônicas, além de outras condições que afetam a qualidade e a continuidade da vida¹. Segundo o Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil², em 2022, existiam 234 serviços de cuidados paliativos autocadastrados no país, dos quais 14 (5,9%) estavam no Paraná, e a maioria dos serviços não possuíam leitos próprios para esta abordagem, havendo somente 36 leitos cadastrados.

Estudos prévios no contexto estadual, observaram que aproximadamente 64% dos óbitos que ocorrem no Paraná tinham potencial necessidade de cuidados paliativos no fim de vida¹. Assim, apesar do desenvolvimento constatado por alguns estudos, o acesso aos cuidados paliativos no Paraná ainda é limitado a poucos serviços de referência e concentrados em poucas regiões, com escassez de profissionais capacitados e fragmentação das ações na rede assistencial, em particular no sistema público^{2,3}.

Há pouco tempo, não havia regulamentação que apoiasse a disponibilidade desta forma de assistência no país, embora algumas publicações e legislações estaduais a recomendassem^{3,4}. No Paraná, há a Lei Estadual Nº 20.091 de 19 de dezembro de 2019, que dispõe sobre a instituição dos cuidados paliativos no estado, e posteriormente foi alterada pela Lei Nº 21.997/2024, a qual inclui artigos relacionados à pacientes nascituros^{5,6}. No entanto, ainda não havia definições de formas de organização ou fomento específicos para sua aplicação nos serviços de saúde.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), foi estabelecida pela Portaria Nº 3.681, de 7 de maio de 2024, pelo Ministério da Saúde⁷, e atende uma necessidade premente da sociedade civil, e cuja proposta foi fortemente defendida e apoiada por entidades representativas nas Conferências Municipais, Estaduais e Conferência Nacional de Saúde, em 2023, inclusive no estado do Paraná^{8,9}.

Considera-se os cuidados paliativos como uma área de atuação em cuidados de saúde, que promove ações específicas por meio de equipe multiprofissional nos serviços de saúde, para alívio da dor e de outros sintomas, e de sofrimento relacionado à situação saúde de pessoas que enfrentam doenças ou outras condições que ameaçam ou limitam a continuidade da vida^{4,7}. A implementação da PNCP buscará inserir esta forma de cuidado na abrangência nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliar o acesso com garantia aos direitos dos cidadãos, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), no apoio matricial, incluindo o uso da telessaúde, e articulação por meio da formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁷.

É previsto, por meio de apoio financeiro, o cadastro de Equipes Matriciais e Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos (EMCP e EACP, respectivamente), as quais são compostas, minimamente, por profissionais de medicina, enfermagem, serviço social e psicologia, além de técnico de enfermagem para a EACP. Inicialmente, para o cadastro destas equipes, estão vinculadas à concentração populacional e de serviços de saúde. Assim, em uma macrorregião de saúde, há a previsão de habilitação de 1 (uma) EMCP para cada 500 mil habitantes, e 1 (uma) EACP para cada 400 leitos vinculados ao SUS⁷.

Por ser uma política recente com uma demanda crescente, faz-se necessário investigar as possibilidades de implantação em cada região do país, conforme suas particularidades regionais, distribuição populacional e características demográficas, para, assim, definir ações vinculadas à PNCP, organizar seu desenvolvimento no sistema de saúde e ampliar o acesso à esta forma de cuidado. A partir desta necessidade, buscou-se realizar uma análise do contexto epidemiológico de fim de vida e da demanda populacional do estado e suas regionais de saúde, para apontar as possibilidades de implantação da PNCP no Paraná.

MÉTODO

Realizou-se um estudo descritivo de abordagem epidemiológica e planejamento em saúde, com análise sobre as características de mortalidade e da demanda de cobertura de equipes matriciais e assistenciais em cuidados paliativos no estado do Paraná conforme definido pela PNCP, considerando suas regionais de saúde e a densidade populacional.

Para contextualização epidemiológica, utilizou-se os dados públicos disponíveis no DATASUS¹⁰ para obtenção de informações sobre o perfil de mortalidade no estado do Paraná, e realizada a análise da distribuição de óbitos classificados quanto aos locais de ocorrência e das faixas etárias. Foi considerado o ano de 2023 como referência mais atual disponível no momento de realização da pesquisa.

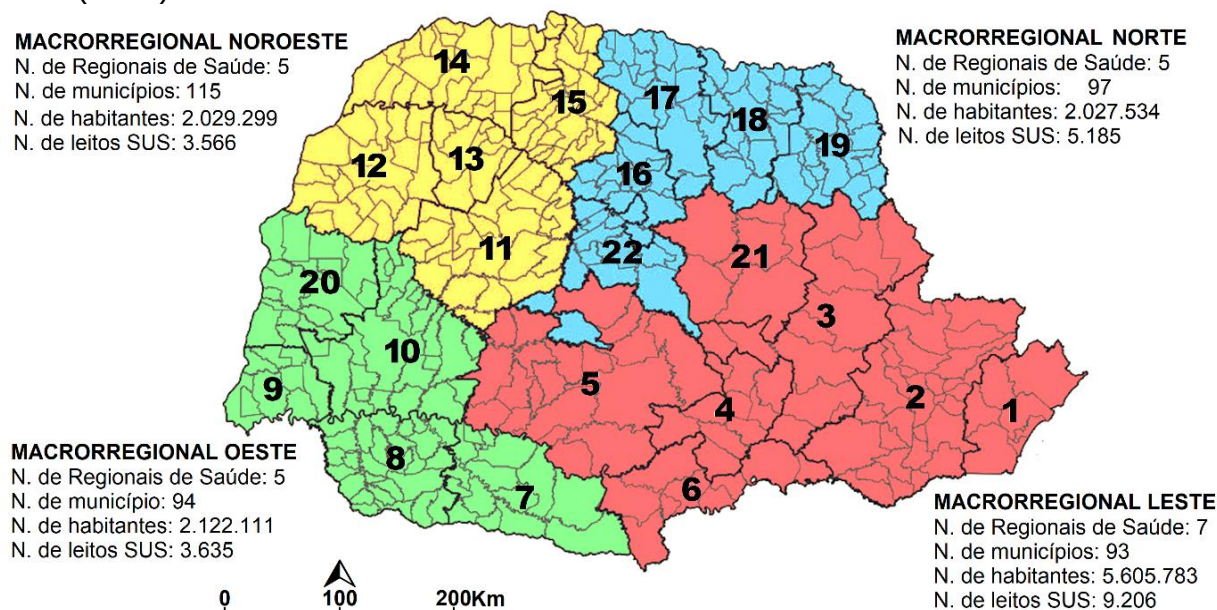
A partir das informações da PNCP, foi estimada a possibilidade de distribuição de equipes vinculadas a esta política, separadas por macrorregionais e regionais de saúde, com a demanda estimada de 1 (uma) EMCP para cada 500 mil habitantes, e 1 (uma) EACP para cada 400 leitos vinculados ao SUS. Para esta análise foi utilizada a base de dados de recursos físicos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como o número de leitos totais (de internação e complementares) vinculados ao SUS, com base de referência o mês de julho de 2024¹⁰. Em adição, foram utilizadas informações de bancos de dados públicos da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, sobre as distribuições das regionais de saúde e os dados populacionais o Censo 2022^{11,12}.

Por fim, foi analisado o contexto epidemiológico e do planejamento de saúde pública para discutir as possibilidades e limitações para a implementação desta política pública no Paraná.

RESULTADOS

O estado do Paraná possui 399 municípios e é dividido em 22 regionais de saúde (RS), cada uma com uma cidade pólo, e agrupadas em quatro macrorregiões (Leste, Oeste, Noroeste e Norte)¹⁰ (Figura 1).

Figura 1. Distribuição de macrorregionais e regionais de saúde, população e leitos SUS (2024).



Fonte: SESA-PR, 2024; Brasil^b, 2024.

O Paraná possui, em 2022, uma população estimada de 11.444.380 pessoas¹², e ao analisar os dados de mortalidade, houve 83.669 mortes em 2023, e cerca de 46% destas ocorreram na macrorregião leste, da qual somente a 2ª RS (cidade pólo Curitiba) correspondeu por 30,1%. A macrorregião norte correspondeu por 20%, e ambas macrorregiões noroeste e oeste tiveram 17% das ocorrências.

Os estados do sul do Brasil são as regiões com maior proporção de indivíduos idosos e, no Paraná, a mortalidade de pessoas acima de 60 anos foi próximo de 72%¹. Esta distribuição foi maior na macrorregião norte (75%) e menor nas macrorregiões Oeste e Leste (ambas com 70%). Verificou-se uma elevada frequência de morte em faixas etárias mais jovens na 1ª RS (cidade pólo de Paranaguá) (tabela 1).

< Tabela 1. Distribuição de óbitos por faixa etária segundo as Regionais de Saúde do Paraná (2023).>

Quanto à análise de local de ocorrência de óbitos no estado, cerca de 66% ocorrem em hospitais, e 22% em domicílio. Entre as macrorregionais, a norte apresentou média de 68% de óbitos hospitalares, enquanto a macrorregião leste uma média de 53%, com menores índices nas 4ª RS (cidade pólo Irati, com 43,5%) e 21ª RS (cidade pólo Telêmaco Borba 38,3%) (tabela 2).

< Tabela 2. Distribuição de óbitos por local ocorrência segundo as Regionais de Saúde do Paraná (2023).>

Na população acima de 60 anos, observou-se que há uma menor proporção de óbitos em hospitais para as idades mais elevadas (80 anos ou mais), enquanto para a faixa entre 60-79 anos foi de 70,5%, para a faixa acima de 80 anos de idade foi de 65,9% de óbitos em hospitais. Esta redução é realocada principalmente para as ocorrências em domicílio, com 20,9% para a faixa entre 60-79 anos e 27,2% para aqueles acima de 80 anos.

As ocorrências em outros estabelecimentos de saúde, como instituições de longa permanência de idoso (ILPI), unidades de urgência e emergência, unidades básicas de saúde (UBS), entre outras, são pouco frequentes no Paraná, e correspondem somente por 5% dos locais de ocorrência, com pouca diferença em relação à faixa etária. As maiores frequência de ocorrência nestes estabelecimentos foram observadas foram na 20ª RS (cidade pólo de Toledo, com 12%) e 1ª RS (cidade pólo Paranaguá, com 10,8%), enquanto a menor frequência ocorreu na macrorregião norte, com a maioria das regionais com frequência abaixo de 2%, com exceção da 19ª RS (3,2%) (tabela 2).

Ao fazer a análise da possibilidade de inserção de equipes de cuidados paliativos pela PNCP, e considerando que a implementação a partir do fomento do programa federal é determinado por concentração populacional e de serviços de saúde, seriam cerca de 23 EMCP e 54 EACP, em todo o estado. A macrorregional leste teria o maior número de equipes passíveis de cadastro, em parte pela

centralização da 2ª RS com a cidade pólo de Curitiba, que comportaria até 7 EMCP e 16 EACP.

Para as EMCP, além da capital paranaense, outras quatro regionais de saúde teriam a proporção populacional acima de 500 mil habitantes, para demandarem equipes matriciais próprias (3ª RS – Ponta Grossa, 10ª RS – Cascavel, 15ª RS – Maringá e 17ª RS – Londrina). As demais seriam a partir de arranjos macrorregionais, abrangendo mais de uma regional de saúde, para alcançar a demanda populacional conforme estabelecido na PNCP (tabela 3).

As EACP, definidas pela proporção de leitos vinculados ao SUS, são possíveis de serem estabelecidas em 17 das 22 regionais de saúde, das quais sete cidades pólo possuem o número de leitos SUS suficientes para ter equipes no próprio município. Nas demais localidades seriam necessários arranjos intermunicipais ou macrorregionais (tabela 4).

Tabela 1. Distribuição de óbitos por faixa etária segundo as Regionais de Saúde do Paraná (2023).

Regional de Saúde	0 a 19 anos		20 a 59 anos		60 a 79 anos		80 anos e mais		Ignorada	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N
Macrorregional Leste										
1ª RS Paranaguá	82	4,0%	660	32,1%	840	40,9%	472	23,0%	1	2.055
2ª RS Curitiba	881	3,5%	6513	25,9%	10523	41,9%	7.256	28,8%	22	25.195
3ª RS Ponta Grossa	133	2,9%	1205	26,4%	1915	42,0%	1.313	28,7%	5	4.571
4ª RS Irati	24	2,6%	205	22,3%	370	40,3%	320	34,8%	-	919
5ª RS Guarapuava	132	4,1%	799	24,5%	1413	43,4%	910	28,0%	1	3.255
6ª RS União da Vitória	39	3,3%	301	25,6%	432	36,8%	402	34,2%	-	1.174
21ª RS Telêmaco Borba	20	2,0%	279	28,1%	385	38,8%	309	31,1%	1	994
Macrorregional Oeste										
7ª RS Pato Branco	95	4,4%	539	25,2%	865	40,6%	634	29,7%	3	2.136
8ª RS Francisco Beltrão	83	3,5%	570	23,9%	982	41,3%	747	31,3%	3	2.385
9ª RS Foz do Iguaçu	121	4,2%	827	28,7%	1171	40,6%	765	26,5%	1	2.885
10ª RS Cascavel	165	3,9%	1158	27,2%	1792	42,2%	1.134	26,7%	1	4.250
20ª RS Toledo	63	2,4%	661	25,7%	997	38,7%	854	33,2%	-	2.575
Macrorregional Noroeste										
11ª RS Campo Mourão	88	3,2%	650	23,7%	1106	40,5%	895	32,7%	2	2.741
12ª RS Umuarama	79	3,1%	571	22,5%	1009	39,8%	873	34,5%	1	2.533
13ª RS Cianorte	25	2,4%	236	22,2%	388	36,7%	411	38,7%	1	1.061
14ª RS Paranavaí	58	3,0%	439	22,7%	759	39,3%	680	35,1%	2	1.938
15ª RS Maringá	208	3,3%	1452	23,0%	2600	41,2%	2.057	32,5%	6	6.323
Macrorregional Norte										
16ª RS Apucarana	63	1,9%	763	22,7%	1487	44,3%	1.043	31,1%	-	3.356
17ª RS Londrina	323	3,9%	1904	22,8%	3371	40,4%	2.749	32,9%	4	8.351
18ª RS Cornélio Procopio	22	1,3%	360	20,9%	700	40,6%	643	37,3%	-	1.725
19ª RS Jacarezinho	52	2,4%	453	21,0%	925	42,8%	730	33,8%	1	2.161
22ª RS Ivaiporã	36	3,3%	237	21,8%	404	37,3%	408	37,6%	1	1.086
TOTAL	2.792	3,3%	20.782	24,8%	34.434	41,3%	25.605	30,6%	56	83.669

Fonte: Brasil^c, 2024

Tabela 2. Distribuição de óbitos por local ocorrência segundo as Regionais de Saúde do Paraná (2023).

Regional de Saúde	Hospital		Outro estab. de saúde		Domicílio		Via pública		Outros locais/ Ignorado		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Macrorregional Leste											
1ª RS Paranaguá	981	47,7%	221	10,8%	494	24,0%	178	8,7%	181	8,8%	2.055
2ª RS Curitiba	17.296	68,6%	1.410	5,6%	5.051	20,0%	685	2,7%	753	3,0%	25.195
3ª RS Ponta Grossa	2.673	58,5%	274	6,0%	1.218	26,6%	200	4,4%	206	4,5%	4.571
4ª RS Irati	400	43,5%	90	9,8%	343	37,3%	40	4,4%	46	5,0%	919
5ª RS Guarapuava	1.943	59,7%	111	3,4%	926	28,4%	190	5,8%	85	2,6%	3.255
6ª RS União da Vitória	614	52,3%	70	6,0%	368	31,3%	53	4,5%	69	5,9%	1.174
21ª RS Telêmaco Borba	381	38,3%	89	9,0%	339	34,1%	85	8,6%	100	10,1%	994
Macrorregional Oeste											
7ª RS Pato Branco	1.482	69,4%	112	5,2%	429	20,1%	82	3,8%	31	1,5%	2.136
8ª RS Francisco Beltrão	1.526	64,0%	129	5,4%	585	24,5%	97	4,1%	48	2,0%	2.385
9ª RS Foz do Iguaçu	1.926	66,8%	181	6,3%	580	20,1%	110	3,8%	88	3,1%	2.885
10ª RS Cascavel	2.904	68,3%	206	4,8%	898	21,1%	159	3,7%	83	2,0%	4.250
20ª RS Toledo	1.505	58,4%	310	12,0%	581	22,6%	86	3,3%	93	3,6%	2.575
Macrorregional Noroeste											
11ª RS Campo Mourão	1.710	62,4%	143	5,2%	695	25,4%	122	4,5%	71	2,6%	2.741
12ª RS Umuarama	1.686	66,6%	135	5,3%	528	20,8%	89	3,5%	95	3,8%	2.533
13ª RS Cianorte	625	58,9%	77	7,3%	290	27,3%	42	4,0%	27	2,5%	1.061
14ª RS Paranavaí	1.181	60,9%	92	4,7%	519	26,8%	68	3,5%	78	4,0%	1.938
15ª RS Maringá	4.407	69,7%	306	4,8%	1.200	19,0%	209	3,3%	201	3,2%	6.323
Macrorregional Norte											
16ª RS Apucarana	2.571	76,6%	62	1,8%	545	16,2%	106	3,2%	72	2,1%	3.356
17ª RS Londrina	6.297	75,4%	85	1,0%	1.486	17,8%	247	3,0%	236	2,8%	8.351
18ª RS Cornélio Procopio	1.131	65,6%	18	1,0%	446	25,9%	54	3,1%	76	4,4%	1.725
19ª RS Jacarezinho	1.334	61,7%	70	3,2%	622	28,8%	70	3,2%	65	3,0%	2.161
22ª RS Ivaiporã	635	58,5%	14	1,3%	316	29,1%	60	5,5%	61	5,6%	1.086
TOTAL	55.208	66,0%	4.205	5,0%	18.459	22,1%	3.032	3,6%	2.765	3,3%	83.669

Fonte: Brasil^c, 2024.

Tabela 3. Número de Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos por regional (1 EMCP/500 mil hab.)

Região de Saúde	N. Municípios	N. Habitantes (2022)	EMCP Regional	EMCP Macrorregional
Macrorregional Leste				
1ª RS Paranaguá	7	301.405	-	-
2ª RS Curitiba	29	3.560.258	7	-
3ª RS Ponta Grossa	12	635.618	1	-
4ª RS Irati	9	164.469	-	-
5ª RS Guarapuava	20	451.626	-	-
6ª RS União da Vitória	9	162.561	-	-
21ª RS Telêmaco Borba	7	181.345	-	-
Total		5.457.282	-	11
Macrorregional Oeste				
7ª RS Pato Branco	15	279.819	-	-
8ª RS Francisco Beltrão	27	382.860	-	-
9ª RS Foz do Iguaçu	9	443.395	-	-
10ª RS Cascavel	25	576.817	1	-
20ª RS Toledo	18	418.589	-	-
Total		2.101.480	-	4
Macrorregional Noroeste				
11ª RS Campo Mourão	25	341.931	-	-
12ª RS Umuarama	21	289.984	-	-
13ª RS Cianorte	11	153.870	-	-
14ª RS Paranavaí	28	272.818	-	-
15ª RS Maringá	30	865.048	1	-
Total		1.923.651	-	4
Macrorregional Norte				
16ª RS Apucarana	17	376.371	-	-
17ª RS Londrina	21	943.867	1	-
18ª RS Cornélio Procopio	21	214.399	-	-
19ª RS Jacarezinho	22	292.531	-	-
22ª RS Ivaiporã	16	134.799	-	-
Total		1.961.967	-	4
TOTAL GERAL	399	11.444.380	-	23

Fonte: Brasil^c, 2024. IBGE, 2023.

Tabela 4. Número de Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos por regional (1 EACP/ 400 leitos SUS)

Região de Saúde (CIR)	N. Municípios	Leitos SUS (Internação e complementares)	EACP Regional	EACP Macrorregional
Macrorregional Leste				
1ª RS Paranaguá	7	221		
2ª RS Curitiba	29	6.407	16	
3ª RS Ponta Grossa	12	982	2	
4ª RS Irati	9	286		
5ª RS Guarapuava	20	762	1	
6ª RS União da Vitória	9	267		
21ª RS Telêmaco Borba	7	281		
Total		9206	-	23
Macrorregional Oeste				
7ª RS Pato Branco	15	550	1	
8ª RS Francisco Beltrão	27	561	1	
9ª RS Foz do Iguaçu	9	821	2	
10ª RS Cascavel	25	1.200	3	
20ª RS Toledo	18	503	1	
Total		3635	-	9

Macrorregional Noroeste				
11ª RS Campo Mourão	25	572	1	
12ª RS Umuarama	21	807	2	
13ª RS Cianorte	11	263		
14ª RS Paranavaí	28	617	1	
15ª RS Maringá	30	1.307	3	
Total		3566	-	9
Macrorregional Norte				
16ª RS Apucarana	17	1.170	2	
17ª RS Londrina	21	2.114	5	
18ª RS Cornélio Procopio	21	639	1	
19ª RS Jacarezinho	22	828	2	
22ª RS Ivaiporã	16	434	1	
Total		5.185	-	13
TOTAL GERAL	399	23.206	-	54

Fonte: Brasil^c, 2024.

DISCUSSÃO

O contexto atual, com progressivo envelhecimento populacional e predomínio de DCNT como principais causas de morte no estado, apontam uma demanda importante e crescente para a organização do cuidado no sistema de saúde¹³. Verifica-se que o estado do Paraná possui necessidade de ampliar o acesso à assistência em cuidados paliativos, considerando o limitado número de serviços com oferta desta abordagem, e a implantação da PNCP possibilita o estímulo à organização e incremento financeiro para o desenvolvimento de ações nesta área.

Considerando que as ações em cuidados paliativos devem ser inseridas de forma precoce, sempre que possível, a análise da mortalidade não é o indicador ideal para a análise desta demanda, mas permite identificar as características sociodemográficas relacionadas ao período em que este cuidado é mais necessário, ou seja, nas condições de doenças em fase avançada, condições que ameaçam a vida ou momentos próximo à terminalidade. Em pesquisa epidemiológica prévia realizada no contexto da mortalidade no Paraná, observou-se que cerca de 64% dos óbitos tinham potencial necessidade de cuidados paliativos no fim de vida e, com as 4ª e 8ª Regionais de Saúde (cidades pólo de Irati e Francisco Beltrão) com as maiores porcentagens de ocorrências com esta necessidade (68,7% e 69,5%, respectivamente)¹.

No estado do Paraná, o progressivo envelhecimento populacional associa-se à ocorrência de óbitos em faixas etárias mais elevadas, e a mortalidade de pessoas acima de 60 anos foi maior na macrorregião norte e menor nas macrorregiões Oeste

e Leste, como verificado em estudo prévios¹. Este contexto aponta a necessidade da gestão e da organização dos serviços de saúde de estarem preparados para lidar com as especificidades deste grupo populacional, como a presença de pessoas com menor grau de funcionalidade, maior dependência de cuidadores por longos períodos, associação de DCNT e particulares sociais, familiares e psicológicas da população idosa.

No entanto, é necessário ressaltar que outras faixas etárias, apesar de menos numerosas, necessitam da abordagem de cuidados paliativos conforme suas particularidades, como é o caso das pessoas adultas e jovens, que são afetadas de forma diferente quanto a atividade social e familiar e, em geral, acometidos por doenças de início súbito, ou dos casos infantis, que necessitam de atenção adaptada à este contexto¹³.

Em relação ao local de ocorrência, os óbitos ocorrem com maior frequência no ambiente hospitalar, e em menor frequência no domicílio, semelhante ao verificado em outros estados brasileiros, e a macrorregional norte apresentou maior percentual de óbitos hospitalares, enquanto a macrorregião leste a menor proporção, em particular nas 4ª RS – Irati e 21ª RS - Telêmaco Borba, o que também foi observado em estudos prévios¹.

Verificou-se que, para a população idosa, houve uma tendência de redução de óbitos em hospitais nas faixas etárias mais elevadas, acima de 80 anos, quando comparado com a faixa entre 60 e 79 anos. Tal fato aponta a urgente necessidade de discutir a forma que ocorre tais óbitos, para identificar se estas ocorrências recebem assistência adequada no fim de vida, ou ainda, se há falta de suporte ou de acesso à serviços de saúde.

Os cuidados paliativos são um componente essencial dos sistemas de saúde para a oferta de um cuidado integral para a população, no entanto, seu desenvolvimento no Brasil ainda é limitado^{3,13,14}. A implantação da PNCP visa ampliar o acesso aos suporte em cuidados paliativos em diferentes contextos de assistência, com ênfase na atenção primária à saúde, e incorpora componentes essenciais para o desenvolvimento da área como, capacitação profissional, integração dos serviços, suporte à ações na comunidade e incentivo à pesquisa e inovação, incluindo o uso de recursos digitais^{7,15}. Segundo a legislação orientativa da PNCP, as EMCP atuarão nos territórios definidos de uma macrorregião de saúde, sob gestão estadual, e cabe a esta esfera de gestão definir sua formação e distribuição. Estas equipes matriciais

serão responsáveis em oferecer apoio aos pontos da RAS relacionados à assistência de pacientes com necessidade de cuidados paliativos, realizar ações de sensibilização, treinamento, orientação de fluxos e corresponsabilização entre os entes envolvidos⁷.

As EMCP devem estar vinculadas a um serviço de referência, ainda que atue em todo território de abrangência, com disponibilidade de infraestrutura, ferramentas de comunicação e, se necessário, transporte para o desenvolvimento das ações. Entre outras atividades prevista citam-se: oferta de teleconsultoria, interconsulta, regulação e encaminhamento de casos, apoio técnico em situações de intercorrências de maior complexidade, sessões, estratégias de orientação e educação permanente para equipes de saúde e para a população em geral⁷.

As EACP serão coordenadas sob a gestão de saúde municipal, para a realização da assistência no âmbito do serviço de saúde que esteja vinculada, como hospitais, unidades de urgência, ambulatorios de atenção especializada, unidades básicas de saúde ou serviços de atenção domiciliar. Como a distribuição destas equipes assistenciais estão na proporção de 1/para cada 400 leitos SUS de um território, eventualmente ainda poderão atuar em outros pontos da RAS no mesmo território de abrangência, para além dos serviços a que estão vinculados⁷.

Além destas equipes cadastradas à PNCP, é fundamental que todos os serviços de saúde que atendem pacientes com estas necessidades desenvolvam e capacitem seu corpo profissional para a oferta de ações em cuidados paliativos, pois as equipes de referência não poderão ser responsáveis por toda demanda assistencial, mas serão pontos de apoio para toda a RAS.

Considerando que os hospitais são os locais predominantes para a ocorrência do óbito, e que no último ano de vida do paciente as internações hospitalares se tornam mais frequente, há uma necessidade de desenvolver uma comunicação eficiente entre os pontos da RAS nos diferentes níveis de atenção, para prover a referência e contrarreferência e continuidade do cuidado sob as diretrizes dos cuidados paliativos, para os casos indicados^{1,13}.

As ações paliativas, em particular quando ofertadas precocemente no contexto domiciliar e comunitário, atuam na prevenção de complicações, incentivam a autonomia do paciente na escolha dos tratamentos oferecidos, apoiam o planejamento do cuidado junto à família e cuidadores e oferecem assistência para o manejo de sintomas. Em alguns casos, com equipe capacitada e disponibilidade de

medicamentos essenciais, é possível oferecer suporte inclusive para a ocorrência do óbito no domicílio com apoio adequado, quando as condições clínicas e familiares permitem^{3,13}.

Tanto a APS quanto os cuidados paliativos pressupõem diretrizes em comum, como o cuidado integral, promoção da participação familiar e comunitária, foco nas ações preventivas e adaptadas no contexto de vida do paciente^{1,13}. Assim, o desenvolvimento das competências técnicas relacionadas à oferta de cuidados paliativos pelas equipes de Saúde da Família e equipe multiprofissional são fundamentais para o êxito da implantação da PNCP. E as equipes vinculadas a esta política, necessitam atuar de forma ampla para integrar as ações da APS como os serviços de saúde da alta e média complexidade (hospitais, ambulatório de referência e centros especializados)⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da PNCP no Paraná apresenta grande potencial para reorganizar o cuidado paliativo no estado, promovendo maior equidade no acesso e qualidade da assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde. Podemos destacar como desafios importantes a limitada capacidade instalada e a necessidade de integração entre diferentes pontos de atenção das redes de saúde. O desenvolvimento de ações paliativas pelas diversas equipes que compõem a Rede de Atenção à Saúde aliado ao suporte matricial das EMCP e à assistência das EACP tem um grande potencial de promoção de um modelo mais eficiente e humanizado.

Além disso, é fundamental investir em capacitação profissional, planejamento intersetorial, e mecanismos que assegurem a continuidade do cuidado entre domicílio, hospital e outros serviços. Por fim, é importante acompanhar se a previsão de formação das equipes vai seguir o quantitativo possível previsto na PNCP, avaliar os indicadores propostos e analisar se os índices de população e leitos/SUS para a formação de equipes matriciais e assistenciais será suficiente para dar respostas às necessidades do sistema de saúde e da população.

REFERÊNCIAS

1. Marcucci F, Rodrigues L, Almeida M. A necessidade de fortalecer os cuidados paliativos na saúde pública do Paraná. Revista de Saúde Pública do Paraná [Internet]. jul. 2020;3(1): 18-30. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/372> Acesso em: 31 out. 2024.
2. ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil - 2022 [livro eletrônico]. Org.: Guirro UBP et al. 2023. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1r0DVSyo08-ArD-Pf7KjSpXB0ALjGEO9p/view> Acesso em: 31 out. 2024.
3. Matos TB, Campos TSP, Oliveira AA, et al. State Legislation on Palliative Care: Convergent and Divergent Points. Lat Am J Palliat Care 2023; 1:eLAPC20220011. Disponível em: <https://lapcjournal.org/ojs/index.php/lapcj/article/view/11/17>. Acesso em: 31 out. 2024. DOI: <https://doi.org/10.59679/LAPC20220011>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução no 41, de 31 de outubro de 2018 - Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html Acesso em: 31 out. 2024.
5. Paraná. Lei 20.091, de 19 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a instituição dos preceitos e fundamentos dos Cuidados Paliativos no Paraná. Curitiba: D.O.E, nº. 10588, 19 dez. 2019.
6. Paraná^b. Lei 21.997, de 4 de Junho de 2024. Altera a Lei nº 20.091 de 19 de dezembro de 2019, que dispõe sobre a instituição dos preceitos e fundamentos dos Cuidados Paliativos no Paraná. Curitiba: D.O.E, nº. 11672, 04 jun. 2024.
7. Brasil^b. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: D.O.U., Nº 98, seção 1, 22 maio 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html Acesso em: 29 out. 2024.
8. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 729, de 7 de dezembro de 2023. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). Brasília: D.O.U., Nº 10, seção 1, pag 46, 15 jan 2024.
9. Conselho Estadual de Saúde do Paraná. 13ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná – Relatório Final. Pinhais, 2023. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf>

- [-escriba-sesa@c06011a4-ba10-488a-a620-9d04ac418388&emPg=true](#) Acesso em: 29 out. 2024.
10. Brasil^c. Ministério da Saúde. DATASUS – Tabnet [Website]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/> Acesso em: 29 out. 2024.
 11. Paraná^c. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde do Paraná: 2024- 2027. Curitiba: SESA-PR, 2024. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@39d1a6cb-649f-464a-ae63-7f321c0ef332&emPg=true> Acesso em: 22 dez. 2024.
 12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: população e domicílios [site]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br> Acesso em: 01 abr. 2025.
 13. WHO. World Health Organization. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 30 mar. 2025.
 14. Rodrigues LF, Silva JF, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2022 Sep 23;38:e00130222.
 15. Silva LC, Coelho AR, Malta AMM, et al. Política Nacional de Cuidados Paliativos no Brasil: uma análise comparativa. Caderno Pedagógico, 2024; 21(6): e4871. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n6-098>

RECEBIDO: 03/01/2025
APROVADO: 21/05/2025