

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 724, DE 10 DE OUTUBRO DE 2025.**

*Aprova o Plano Estadual de Cuidados  
Paliativos 2026-2027.*

**A Comissão Intergestores Bipartite**, no uso de suas atribuições, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria nº 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS;

A Resolução GM/MS nº 41, de outubro de 2018 que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

A Portaria GM/MS nº 3681, de 07 de maio de 2024 que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde; e,

A decisão da plenária da CIB-PB, na 8ª Reunião Ordinária, em 10 de outubro de 2025, realizada no auditório da Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba- ESPEP, em João Pessoa/PB.

***RESOLVE:***

**Art. 1º** Aprovar o Plano Estadual de Cuidados Paliativos 2026-2027.

**Art. 2º** Esta Resolução entrou em vigor na data de sua aprovação em CIB, devendo a mesma ser publicada em Diário Oficial do Estado - DOE.

**ARIMATHEUS SILVA REIS**

Secretário de Estado da Saúde da Paraíba  
Presidente da CIB/PB

**SORAYA GALDINO DE ARAÚJO LUCENA**

Presidente do COSEMS/PB  
Vice-Presidente da CIB



**ANEXO DA RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 724, DE 10 DE OUTUBRO DE 2025.**

**PLANO ESTADUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS  
2026-2027**

**Outubro/2025**

**João Azevêdo Lins**  
Governador do Estado

**Arimatheus Silva Reis**  
Secretário de Estado da Saúde

**Renata Valéria Nóbrega**  
Secretária Executiva de Estado da Saúde

**Patrick Áureo Lacerda de Almeida Pinto**  
Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

**Soraya Galdino de Araújo Lucena**  
Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba

**GERENTES**

Atenção à Saúde

**Maria Izabel Ferreira Sarmiento**

Atenção Especializada

**Ana Rita Ribeiro da Cunha**

Vigilância em Saúde

**Talita Tavares Alves de Almeida**

Regulação, Controle e Avaliação da Assistência

**Lidiane Nascimento Cassimiro**

Assistência Farmacêutica

**Wênia Brito Barreto Faheina**

Gestão e Supervisão de Contratos

**Maria da Conceição Charlliane de Medeiros Souza**

Tecnologia da Informação

**Kleyber Dantas Torres de Araújo**

Economia da Saúde

**Dayana Sampaio de Almeida**

Planejamento e Gestão

**Marcelo José Costa Mandu**

Finanças

**Wilton Fernandes de Lima**

Administração

**Anna Gabriella de Brito Campos Lopes**

Diretor da Escola de Saúde Pública

**Matheus Spricido**

### **Equipe de elaboração**

Ana Maria Fernandes da Silva  
Anna Katarina Lima Pinheiro de Galiza  
Claudio Emmanuel Gonçalves da Silva Filho  
Cylene Bezerra de Medeiros Nóbrega  
Débora Rangel Arruda  
Elaine Cristina Velêz Rodrigues  
Fernanda Lucia da Silva  
Gilanne da Silva Ferreira  
Gilberto Costa Teodozio  
Glenda Agra  
Izabelle Salviano de Vasconcelos  
Janayra Araújo Bento  
Kaline Viegas Cantalice  
Kamilla Helen Rodrigues Capistrano  
Karina de Medeiros Amorim  
Laís Paiva de Medeiros  
Lenira Gabriela Lima de Azevedo  
Lívia Thais Alves da Silva  
Lucas Lima Rocha  
Luciana Suassuna Dutra  
Luciana Torres Figueiredo  
Maria Francisca Claudino  
Max Fernando Silva de Lima  
Michely Almeida Maropo  
Nairmara Soares Pimentel Cunha  
Patrícia Silva Ferreira  
Rafaela Araújo Lins Pereira  
Rodrigo René de Oliveira Marques  
Saryane Danielly de Almeida Sá  
Thâmara Leite Carneiro  
Theo Borges  
Vanessa Oliveira Costa Silva

## SUMÁRIO

Apresentação	5
1. Cuidados paliativos: um panorama	6
1.1 Cuidados paliativos e o perfil de morbimortalidade	8
2. Objetivos	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivos específicos	9
3. Panorama da regionalização da saúde na paraíba	9
4. Operacionalização da política nacional de cuidados paliativos no território	10
4.1 Educação em saúde	11
4.2 Integração dos cuidados paliativos à rede de atenção à saúde	12
4.2.1 Atenção primária	15
4.2.2 Atenção domiciliar	15
4.2.3 Ambulatório de atenção especializada.....	17
4.2.4 Serviço de urgência	18
4.2.5 Atenção hospitalar	18
4.2.6 Unidades e hospitais especializados em cuidados prolongados	19
5. Ferramentas de identificação: SPICT-BR™ e PaPaS	21
6. Acesso a medicamentos	22
7. Estimativa de equipes matriciais e assistenciais em cuidados paliativos	28
7.1 Equipes matriciais de cuidados paliativos	28
7.2 Equipes assistenciais de cuidados paliativos	30
8. Ações previstas para o biênio 2026-2027	31
8.1 Estruturação do núcleo estadual de cuidados paliativos (NECP/PB)	31
8.2 Matriz de ações estratégicas para implementação do plano estadual de cuidados paliativos	33
9. Monitoramento e avaliação do plano de ação	36
9.1 Eixo educação e capacitação	36
9.2 Eixo integração e processos da rede	36
9.3 Eixo resultados e impacto assistencial	36
Referências	38
Apêndice A.....	41
Anexo A	48
Anexo B	49
Anexo C.	50

## APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba reforça seu compromisso com a saúde e o bem-estar da população paraibana ao apresentar o Plano Estadual de Cuidados Paliativos, uma importante ferramenta para a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos em nosso estado.

Os cuidados paliativos, segundo a Política Nacional, constituem um conjunto de ações e serviços de saúde voltados ao alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida. O objetivo é promover qualidade de vida, dignidade e bem-estar, independentemente do estágio da doença.

Este plano é resultado do trabalho desenvolvido pelo Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos da Paraíba, que conta com a participação da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, da organização social Instituto Paliativo, e de especialistas em cuidados paliativos de outras instituições. Sua finalidade é orientar e estruturar as ações voltadas aos cuidados paliativos no território.

O Plano Estadual de Cuidados Paliativos foi pensado como um instrumento dinâmico, sujeito a revisões e atualizações a cada dois anos, acompanhando os avanços científicos e as políticas públicas. Assim, buscamos fortalecer a cultura dos cuidados paliativos na nossa rede de atenção à saúde, assegurando que toda a população tenha acesso a uma assistência de qualidade, respeitosa e que valorize a dignidade de cada pessoa.

Esse produto reflete o compromisso do Estado com a melhoria contínua da assistência em saúde, promovendo uma atenção mais humana, acolhedora e efetiva para quem mais precisa.

## 1. CUIDADOS PALIATIVOS: UM PANORAMA

Os cuidados paliativos (CP) constituem uma abordagem assistencial centrada na pessoa, voltada à melhoria da qualidade de vida de indivíduos adultos e crianças que convivem com doenças graves, progressivas e ameaçadoras à vida, assim como de seus familiares e cuidadores. Essa abordagem baseia-se na prevenção e no alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, da avaliação contínua e do tratamento adequado da dor, bem como do manejo de outros sintomas físicos e de demandas de natureza emocional, social e espiritual (WHO, 2018; BRASIL, 2024).

No contexto da atenção à saúde, considera-se como condição ameaçadora à vida toda situação clínica — aguda ou crônica, isolada ou múltipla — que esteja associada a um alto risco de mortalidade e comprometimento progressivo da funcionalidade e da qualidade de vida. Os cuidados paliativos devem ser integrados de forma precoce às intervenções terapêuticas modificadoras de doença, sempre que estas forem clinicamente indicadas. Essa integração tem como objetivo promover uma abordagem integral, contínua, humanizada e centrada na pessoa, respeitando sua autonomia e valores ao longo da trajetória da doença. Com isso, busca-se otimizar os recursos assistenciais, minimizar o sofrimento evitável e garantir o cuidado digno em todas as fases do adoecimento, desde o diagnóstico até o processo de finitude da vida (BRASIL, 2023a)

A figura a seguir ilustra a sobreposição gradual entre as abordagens curativa e paliativa ao longo da trajetória da doença:

**Figura 1:** Modelo abrangente de cuidados, combinando a abordagem de cuidados curativos e cuidados paliativos para doenças crônicas progressivas.



**Fonte:** adaptado de *World Health Organization* (2007).

Os CP visam proporcionar assistência adequada e digna a pacientes com doenças ameaçadoras à vida, independentemente do potencial curativo. Segundo a literatura internacional (KAVALIERATOS, 2016), essa abordagem oferece benefícios como:

- Planejamento antecipado dos cuidados;
- Melhora na qualidade de vida;
- Redução de sintomas desagradáveis;
- Aumento da satisfação de pacientes e cuidadores;
- Uso mais eficiente dos recursos de saúde.

Todo e qualquer indivíduo doente merece ser assistido com qualidade, de acordo com suas necessidades, sendo amparado e tratado em seu sofrimento, bem como no de seus familiares. A qualidade de vida e a dignidade humana estão sempre no foco dos profissionais que atuam em CP (WHO, 2007).

O acesso aos CP está claramente apoiado por diretrizes e recomendações internacionais, que recomendam a introdução precoce dessa abordagem assim que se estabelece o diagnóstico de uma doença incurável (STOUT, et al., 2023). Essa orientação é corroborada por evidências robustas provenientes de estudos randomizados, como o estudo de Temel et al. (2010), que comparou pacientes com câncer de pulmão metastático submetidos à terapia oncológica padrão *versus* cuidados paliativos precoces. Os resultados revelaram que o grupo que recebeu cuidados paliativos apresentou melhor qualidade de vida, menor incidência de sintomas depressivos e redução do uso de tratamentos invasivos e de maior intensidade.

Estudos subsequentes, como o de Vanbutsele et al. (2020), consolidaram esses achados, demonstrando que a integração precoce dos cuidados paliativos promove melhorias sustentadas na qualidade de vida dos pacientes ao longo de todo o curso da doença. Tais evidências reforçam a necessidade de incorporar essa abordagem de forma precoce e sistemática na prática clínica, visando o cuidado centrado na pessoa e na sua dignidade.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que 56,8 milhões de pessoas no mundo necessitem de CP anualmente, das quais aproximadamente 25,7 milhões encontram-se no último ano de vida. Projeta-se que essa necessidade possa chegar ao dobro até o ano de 2060, impulsionada pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da carga de doenças crônicas (WHO, 2020).

Dentro desse panorama, chama atenção a situação das crianças e adolescentes. Estimativas apontam que mais de 21 milhões de crianças necessitam de cuidados paliativos a cada ano, sendo que mais de 8 milhões apresentam condições complexas que demandam serviços especializados em Cuidados Paliativos pediátricos (CPP). Apesar dessa magnitude, estudos recentes indicam que apenas



5 a 10% das crianças com necessidade real de CPP têm acesso a esse cuidado (CONNOR; DOWNING; MARSTON, 2017; WHO, 2018; CLELLAND et al., 2020).

## 1.1 CUIDADOS PALIATIVOS E O PERFIL DE MORBIMORTALIDADE

A necessidade de CP vem se destacando como um componente essencial da assistência à saúde em face do aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), do envelhecimento populacional e das mudanças no perfil epidemiológico global. Organizações internacionais, como a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), bem como associações especializadas em cuidados paliativos, têm enfatizado a importância de identificar e mensurar essa demanda para orientar políticas públicas e estratégias de atendimento, garantindo uma abordagem humanizada e integral.

Cuidados paliativos são necessários para uma ampla gama de doenças. A maioria dos adultos que necessitam de cuidados paliativos têm doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Muitas outras condições podem exigir cuidados paliativos, incluindo insuficiência renal, doença hepática crônica, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatoide, síndrome da imunodeficiência adquirida, doenças neurológicas, demência, anomalias congênitas e tuberculose resistente a medicamentos (WHO, 2020).

O perfil epidemiológico de morbimortalidade é um processo dinâmico, considerado um indicador sensível às condições de vida e ao modelo de desenvolvimento de uma população, determinado pelo resultado da interação de variáveis interdependentes, como fatores de desenvolvimento econômico, ambientais, socioculturais, demográficos e históricos. No Brasil e na Paraíba as DCNT representaram 42% e 44% de todas as causas de óbitos em 2021. Desses óbitos por Doenças Crônicas, 41% e 38 % ocorreram precocemente em indivíduos entre 30 e 69 anos, no Brasil e na Paraíba respectivamente (PARAÍBA, 2023).

Ao analisar dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), evidencia-se que no ano de 2023, as cinco principais causas de morte no estado da Paraíba foram: Doenças do aparelho circulatório; Neoplasias; Doenças do aparelho respiratório; Causas externas de morbidade e mortalidade; e Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (BRASIL, 2023b).

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Implementar e fortalecer a integração dos Cuidados Paliativos na Rede de Atenção à Saúde, em consonância com a Política Nacional de Cuidados Paliativos e demais normativas vigentes.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Promover cuidados dignos e humanizados para pessoas com doenças graves e ameaçadoras à vida.
- Viabilizar ações de educação continuada em cuidados paliativos para profissionais de saúde.
- Promover divulgação sobre a temática de cuidados paliativos para a população.

## 3. PANORAMA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PARAÍBA

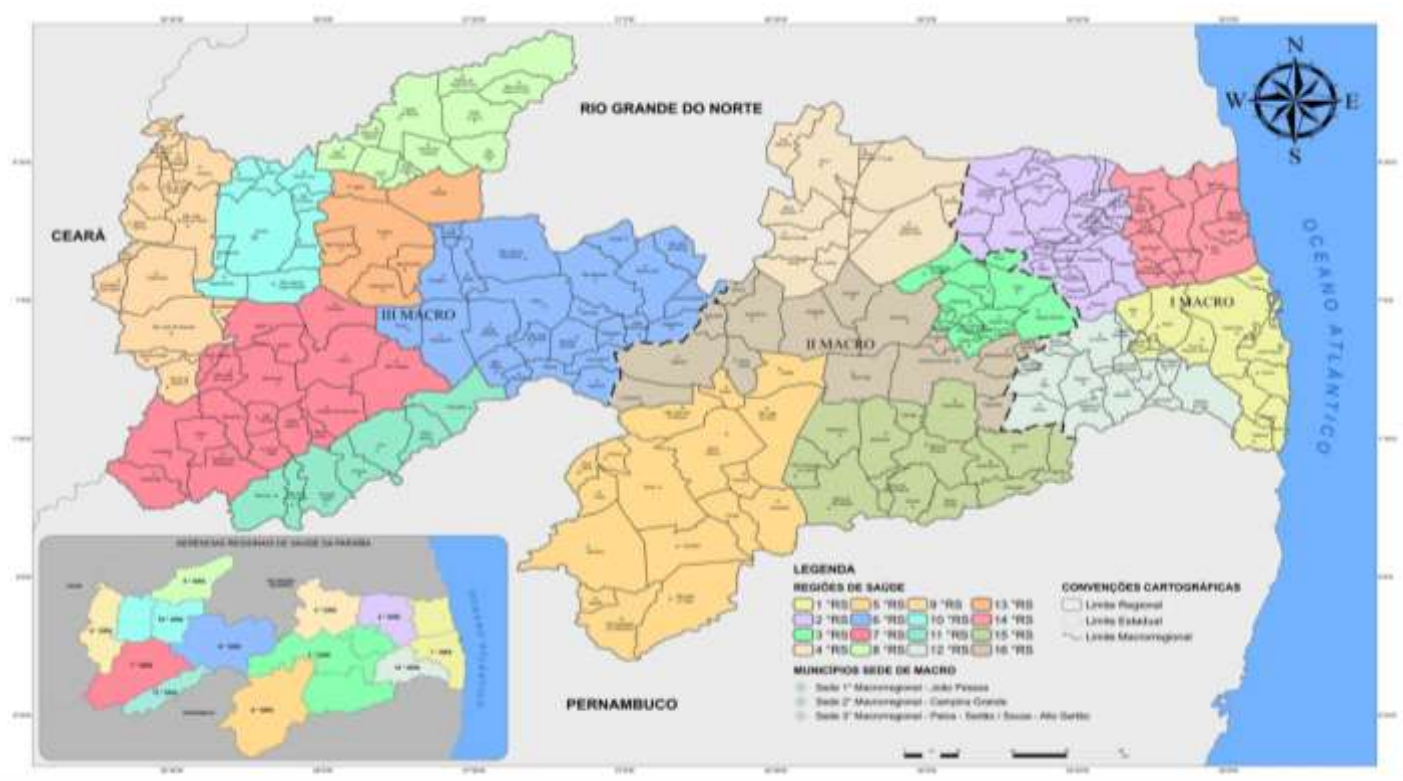
A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) pressupõe a definição clara do território, contemplando seus limites geográficos, a população residente e o conjunto de ações e serviços ofertados em cada região de saúde. A conformação dos pontos de atenção deve considerar abrangência populacional, acessibilidade, escala para organização da rede e pactuações entre estado e municípios, respeitando parâmetros de acesso e de referência interestadual, de forma a garantir a integralidade do cuidado.

O Decreto nº 7.508/2011 reafirmou a regionalização como princípio estruturante do SUS, definindo as Regiões de Saúde como territórios capazes de ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além da vigilância em saúde, compondo uma rede complementar para assegurar cuidado integral. De acordo com a **Resolução CIB nº 43/2018**, o estado da Paraíba possui 16 Regiões de Saúde, distribuídas em três macrorregiões. Essa é a configuração vigente, organizada da seguinte forma:

- **I Macrorregião:** quatro Regiões de Saúde, população estimada em 1.952.127 habitantes, sede em João Pessoa;
- **II Macrorregião:** cinco Regiões de Saúde, população de 1.127.117 habitantes, sede em Campina Grande;
- **III Macrorregião:** sete Regiões de Saúde, população de 946.314 habitantes, sedes em Patos (Região do Sertão) e Sousa (Região do Alto Sertão).

Esse processo histórico de regionalização fortaleceu a lógica de organização em redes, essencial para o planejamento e a implementação de políticas específicas, como a de Cuidados Paliativos, que requerem capilaridade, integração entre os pontos de atenção e equidade no acesso. A atual configuração territorial da saúde na Paraíba representa, portanto, a base estruturante para a organização da rede estadual de Cuidados Paliativos, garantindo que os serviços sejam planejados e ofertados de forma regionalizada, considerando as singularidades populacionais, epidemiológicas e geográficas de cada território.

**Figura 1** - Conformação das Macros e Regiões de Saúde do Estado da Paraíba



**Fonte:** Plano Estadual de Saúde 2024-2027.

#### 4. OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS NO TERRITÓRIO

Para operacionalizar a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) na Paraíba, baseamos-nos nos objetivos previstos em seu Art. 4º (BRASIL, 2024):

- "I - integrar os cuidados paliativos à RAS, com ênfase na atenção primária;
- II - melhorar a qualidade de vida das pessoas em cuidados paliativos, por meio de atenção segura e humanizada;

- III - ampliar a disponibilidade de medicamentos para controle seguro dos sintomas;
- IV - estimular a formação, educação continuada, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em cuidados paliativos no âmbito do SUS; e
- V - promover a conscientização e a educação sobre cuidados paliativos na sociedade."

A partir do exposto nos objetivos da PNCP e perante a realidade do estado da Paraíba, a SES-PB dá seguimento à operacionalização desta política por meio de dois eixos estruturantes: educação em saúde e integração dos cuidados paliativos à RAS.

#### **4.1 Educação em Saúde**

A educação permanente em saúde constitui um dos eixos estratégicos para a qualificação dos Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Paraíba, onde a necessidade de formação profissional foi identificada como ponto de partida para a implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). O conhecimento sobre a abordagem dos Cuidados Paliativos é um elemento central para que os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) possam prestar um cuidado de qualidade.

A Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB), em sua função de centro de desenvolvimento de pessoal e de produção de conhecimento, atua como parceira do Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos (GTCP/PB) na promoção das ações de educação em saúde. Nesse contexto, as iniciativas de formação devem ser planejadas para:

##### **1. Desenvolvimento de Cursos e Conteúdos Modulares Específicos:**

- Cursos técnicos: Abordar as competências essenciais e o manejo prático para profissionais de nível médio, como técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
- Especializações: Oferecer formação em nível de pós-graduação para profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais), aprofundando o conhecimento técnico e a abordagem multiprofissional.
- Conteúdos transversais: Integrar o tema de Cuidados Paliativos como módulo obrigatório em cursos de formação e capacitação já existentes na ESP-PB, assegurando que o assunto seja uma competência generalista em toda a rede.

##### **2. Interiorização da Capacitação:**

- Expandir o alcance das formações para as macrorregiões de saúde, superando as barreiras geográficas e garantindo que a qualificação dos profissionais da RAS não se restrinja à capital.
- Utilizar diferentes modalidades de ensino, como o Ensino a Distância (EaD), para ampliar o acesso e o número de participantes.
- Incluir ou expandir a temática de Cuidados Paliativos nos programas de residência médica e multiprofissional, promovendo a formação de futuros especialistas na área.

As formações da ESP-PB devem ser estruturadas com uma metodologia que priorize a relação entre teoria e prática, utilizando estudos de caso, simulações e discussões em grupo. Essa abordagem visa não apenas aprimorar o conhecimento, mas também permitir a aplicação imediata do aprendizado na rotina de trabalho. O resultado esperado é a qualificação da assistência, que se traduz em um cuidado mais humanizado, integral e focado no alívio do sofrimento de pacientes e seus familiares, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

#### **4.2 Integração dos Cuidados Paliativos à Rede de Atenção à Saúde**

Os cuidados paliativos, conforme estabelecido no Art. 21º da PNCP, devem ser integrados à Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma articulada com outras políticas de saúde e intersetoriais, a fim de viabilizar cuidado resolutivo e oportuno, qualidade, efetividade, sustentabilidade, continuidade e coordenação do cuidado, bem como o autocuidado apoiado, o diagnóstico precoce e o tratamento modificador de doença (BRASIL, 2024). No Apêndice A consta o consolidado dos serviços de saúde existentes por macrorregião no estado da Paraíba.

A prática dos cuidados paliativos não se restringe a um lugar ou modalidade de atendimento específicos. A necessidade de CP está presente em todos os níveis de atendimento: primário, secundário e serviços especializados. O local mais indicado vai depender das necessidades clínicas e dos objetivos de cuidado, embasados nas vontades e valores do paciente. A abordagem em CP pode ser prestada por todos os profissionais de saúde que sejam capacitados e qualificados por meio de treinamento apropriado (WHO, 2007; GAMONDI, LARKIN e PAYNE, 2013).

Ao refletir sobre os cuidados paliativos na RAS, é necessário destacar os programas e projetos desenvolvidos no território. Destacam-se o Programa Contra o Câncer e o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) de Cuidados Paliativos.

O Programa Paraíba Contra o Câncer trata-se de uma estratégia de operacionalização do Plano Estadual de Oncologia (Resolução CIB-PB nº 27, de 05 de março de 2024) que visa fortalecer a RAS



para a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento eficaz e cuidados paliativos em oncologia no estado da Paraíba.

O Programa Paraíba Contra o Câncer foi estruturado para identificar pacientes com suspeita ou confirmação da doença e garantir-lhes um fluxo assistencial ágil e resolutivo dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Seu escopo abrange todas as etapas do cuidado oncológico, desde o rastreamento, diagnóstico e início do tratamento até a oferta de cuidados paliativos assegurando que nenhum paciente se perca no percurso entre os diferentes pontos de atenção.

Para ampliar a resolutividade, o programa expandiu os serviços oncológicos no estado e estruturou equipes multiprofissionais compostas por oncologistas e enfermeiros navegadores. Estes últimos desempenham papel central na coordenação do acesso, acompanhando o usuário em cada etapa do itinerário terapêutico.

O acesso ao programa se inicia na Unidade Básica de Saúde (UBS), quando é identificado um caso suspeito de câncer. A equipe da UBS notifica a enfermeira navegadora, que agenda a teleconsulta integrando paciente, oncologista, médico da UBS e equipe do programa. Uma vez confirmado o diagnóstico, o paciente é inserido na fila única da Central Estadual de Regulação, garantindo o início oportuno do tratamento.

Durante todo o processo, o acompanhamento é contínuo — desde o primeiro atendimento até o tratamento especializado — e se estende também aos cuidados paliativos, quando necessários. Nessa fase, o programa conta com o suporte de médicos especialistas em cuidados paliativos, assegurando uma abordagem humanizada, voltada para o controle de sintomas, alívio do sofrimento e apoio integral ao paciente e sua família.

Destaca-se que, na oncologia, os cuidados paliativos representam uma dimensão fundamental da assistência. Eles não se restringem à fase final da vida, mas podem e devem ser introduzidos precocemente, em paralelo ao tratamento oncológico, de modo a melhorar a qualidade de vida, promover dignidade e oferecer suporte físico, emocional e social às pessoas que enfrentam o câncer.

Outro programa estratégico no Estado da Paraíba, no âmbito das condições crônicas, é o Programa Coração Paraibano que foi criado pelo Governo do Estado da Paraíba com o objetivo de estruturar uma rede de atenção integral às pessoas com doenças cardiovasculares, especialmente o infarto agudo do miocárdio, que ainda representa uma das principais causas de mortalidade no Estado e no Brasil.

A iniciativa busca garantir diagnóstico precoce, tratamento oportuno e acompanhamento qualificado, articulando os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O programa organiza o fluxo do paciente desde a identificação dos sinais e sintomas nas Unidades Básicas de

Saúde (UBS) ou serviços de urgência e emergência, até a regulação e encaminhamento para hospitais de referência habilitados a realizar procedimentos de alta complexidade.

Entre suas principais estratégias, destacam-se:

- Capacitação das equipes da Atenção Primária e da Urgência para identificação rápida dos casos suspeitos;
- Implantação do Protocolo de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), garantindo padronização do atendimento em todo o estado;
- Regulação em tempo oportuno, por meio da Central Estadual, assegurando que o paciente seja direcionado para o serviço de referência mais próximo;
- Ampliação da oferta de procedimentos de hemodinâmica e cirurgias cardiovasculares;
- Acompanhamento pós-evento, fortalecendo a reabilitação e o seguimento clínico para reduzir complicações e reinternações.

O programa também reforça a importância da integração entre atenção primária, hospitais de referência, serviços de urgência e equipes multiprofissionais, garantindo que o cuidado seja contínuo e centrado no paciente.

Nesse percurso, torna-se indispensável reconhecer que nem todos os pacientes com doenças cardiovasculares graves terão possibilidade de cura. Assim, o programa também incorpora a lógica dos cuidados paliativos, garantindo que essas pessoas recebam suporte integral, centrado no controle de sintomas, no alívio do sofrimento e na promoção da qualidade de vida. Ao articular ações de alta complexidade com práticas paliativas, o Coração Paraibano contribui para uma rede estadual mais humanizada, equânime e capaz de oferecer dignidade em todas as fases da vida.

Em 2024, o estado da Paraíba foi contemplado com o PROADI-SUS de cuidados paliativos, viabilizado pelo Ministério da Saúde, com a operacionalização do projeto pelo Hospital Sírio Libanês. Este programa tem a meta de disseminar a PNCP e a cultura dos CP em diversas macrorregiões do país, dentro da RAS. Ele atua em grupos de serviços de saúde compostos por hospitais, ambulatórios, serviços de atendimento domiciliar, UPAs e SAMUs.

As principais atividades desenvolvidas ao longo do projeto são: Implementação de ferramenta de identificação de demanda de cuidados paliativos respaldada em literatura (SPICT-BR™); Capacitação de profissionais de saúde do SUS em cuidados paliativos geral; Qualificação da assistência prestada a pacientes com doenças graves ameaçadoras à vida; Aumento da maturidade dos serviços em relação a cuidados paliativos e apoio na introdução da prática de matriciamento de casos.

A PNCP traz em seu escopo as competências e atribuições dos pontos de atenção da RAS, que são descritos nos tópicos a seguir, acrescidos de informações complementares relacionadas às especificidades destes pontos de atenção no estado da Paraíba.

#### 4.2.1 Atenção primária

Compete à atenção primária a oferta de ações de saúde em cuidados paliativos, no âmbito individual e coletivo, por meio dos diferentes tipos de equipe existentes, nas unidades básicas de saúde, domicílios e territórios, com fundamento na Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. A equipe de atenção primária poderá realizar os cuidados paliativos de forma integrada com os outros pontos de atenção da RAS, utilizando-se do mesmo plano de cuidado.

Na Paraíba, o percentual de cobertura da APS corresponde a 93,34%. Com relação à análise de cobertura da atenção básica por Macrorregião de Saúde, constata-se que: dos 64 municípios que compõem a 1ª Macrorregião, 78,12% apresentam cobertura de 100%; na 2ª Macrorregião, dos 70 municípios componentes, 84,28% possuem cobertura total; e na 3ª Macrorregião, dos 89 municípios, 74,15% apresentam cobertura de 100%. (PARAÍBA, 2023).

#### 4.2.2 Atenção domiciliar

A atenção domiciliar (AD) é indicada para pessoas que necessitam de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, ofertada por equipes da atenção primária ou de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) - Programa Melhor em Casa.

As equipes do SAD têm como principal objetivo a realização de desospitalizações, ou seja, o desmame do paciente do hospital para o domicílio de forma segura. Outra função importante é a articulação com a família e cuidadores, articulação com diversos pontos de atenção da RAS, de forma que o domicílio seja o principal local de cuidado, e que este cuidado seja sempre centrado no paciente e em suas necessidades. Outro ponto importante é a construção do plano de cuidados, ou seja, o Projeto Terapêutico Singular – PTS, que deve ser colocado explicitamente no prontuário domiciliar (BRASIL, 2024).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) apresenta como principais vias de acesso, a atenção primária e a rede hospitalar. Ao oferecer assistência domiciliar é possível evitar internações desnecessárias e/ou prolongadas, promover alta hospitalar segura e em tempo oportuno, diminuir a sobrecarga da rede hospitalar e aumentar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2011; BRASIL 2013).

A Portaria GM/MS nº 3.005, de 02 de janeiro de 2024, redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Domiciliar no SUS, reforçando a desospitalização segura, a continuidade assistencial e a articulação na Rede de Atenção à Saúde. A portaria orienta a organização dos serviços



pela Atenção Primária à Saúde e pelo SAD com o Programa Melhor em Casa, respaldando a oferta de internação domiciliar multiprofissional em modalidades de maior complexidade (tipo de atenção domiciliar 2 e 3).

A AD é indicada para pessoas que necessitam de cuidados em saúde, em fase de agudização ou complexa, associada geralmente à situação de restrição ao leito ou lar de maneira temporária ou definitiva. Nestes casos pode ser considerada a oferta mais oportuna para tratamento, promoção, palição, reabilitação e prevenção de agravos. A AD é classificada nas seguintes modalidades (BRASIL, 2023 c):

- AD1: usuário restrito ao leito ou lar com condição crônica estável e que necessite de cuidados com frequência espaçada e programada. É de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).
- AD2: usuário com necessidade de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, que apresentem condições clínicas agudas, crônicas agudizadas, cuidados paliativos para manejo de sintomas não controlados e prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou de procedimentos sequenciais. É de responsabilidade das equipes de SAD/Programa Melhor em Casa (PMeC).
- AD3: usuário portador de condição crônica complexa e progressiva, com necessidade de cuidados predominantemente multiprofissionais, frequentes, e/ou com uso de equipamentos ou procedimentos de maior complexidade. É de responsabilidade das equipes de SAD/PMeC.

A solicitação de acesso ao SAD pode ter origem em qualquer um dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde - RAS (hospitais, UPA, ambulatórios especializados, SAMU, UBS, centro de reabilitação), desde que seja realizada por um profissional de nível superior que esteja acompanhando o paciente e saiba de todas as condições clínicas do mesmo.

A admissão dos pacientes ao SAD dependerá das condições clínicas do paciente, a presença de cuidador será obrigatória nos casos de usuários em situações de vulnerabilidade ou dependentes funcionalmente para realização de atividades cotidianas básicas no ambiente domiciliar.

A equipe do Serviço de Atenção domiciliar, é composta por: EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção domiciliar, composta por: médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnicos de enfermagem) e EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio, composta por: nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, farmacêutico e dentista). A EMAD é responsável por avaliar e emitir o parecer admissional, nos casos de cumprimento dos critérios estabelecidos, elaborar

o Projeto Terapêutico Singular e proceder os encaminhamentos para assegurar os equipamentos e insumos necessários de forma ágil, uma vez que a maioria das solicitações envolverá alta hospitalar ou demanda de portas de urgência e emergência como as UPAs. Na admissão de paciente hospitalizado, é recomendável que a primeira visita, se possível, seja ainda no hospital, com a presença de médico ou de outro encaminhador para as devidas discussões e acertos no sequenciamento da assistência pelo SAD.

Dentro do rol de ações e serviços prestados no âmbito da atenção domiciliar, existe a internação domiciliar (popularmente conhecida como *Home Care*), que trata-se de um serviço complexo, contínuo, com aparato de equipe multiprofissional, equipamentos e insumos necessários para a qualidade de vida e segurança dos pacientes no processo de cuidado prestado em domicílio. Diante disto, a partir do ano de 2024, Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB) passou a ofertar o serviço de internação domiciliar multiprofissional - adulto e pediátrico – aos usuários elegíveis, que estejam classificados nas modalidades AD2 e AD3, para suporte terapêutico e garantia da continuidade do cuidado ao indivíduo na perspectiva da Política Nacional de Atenção Domiciliar.

O Núcleo de Atenção Domiciliar Estadual da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (NADE/SES/PB) faz a avaliação das solicitações de internação domiciliar e disponibiliza a equipe multiprofissional para prestar assistência no domicílio do paciente de acordo com suas necessidades.

O fluxo de acesso à internação domiciliar é realizado por meio de solicitação dos serviços hospitalares para o NADE/SES/PB no caso de pacientes internos e para os pacientes não internos em hospitais a solicitação é feita pelas unidades de atenção básica/equipes de saúde da família. Dessa forma, o fluxo de acesso busca garantir uma atenção contínua, integral e articulada entre os diversos níveis de cuidado.

#### **4.2.3 Ambulatórios de atenção especializada**

Os ambulatórios deverão ser estruturados para promover cuidado longitudinal conforme momento clínico da doença de base, podendo ser o ponto de atenção principal, auxiliando no controle de sintomas e na melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, de forma integrada aos demais dispositivos da RAS e desde que decidido em conjunto com a pessoa e/ou família.

Com o advento da Política Nacional de Atenção Especializada (BRASIL, 2023 d) o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da atenção Ambulatorial Especializada no âmbito do SUS, denominado Programa Mais Acesso a Especialistas (Portaria GM/MS nº 3.492, de 08 de abril de 2024). Em 2025, por meio da Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de

junho de 2025, este programa teve seu escopo de atuação ampliado e desde então passou a ser denominado Agora Tem Especialistas.

Todos os 223 municípios da Paraíba aderiram ao programa, que tem como objetivos ampliar o acesso a consultas, exames e procedimentos, reduzindo filas e tempos de espera; fortalecer a integralidade e a integração dos serviços; estimular o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; promover mudanças no modelo de gestão de filas e regulação, com foco na equidade, transparência e critérios clínicos; e incentivar a adoção de um novo modelo de financiamento para a atenção ambulatorial especializada.

#### **4.2.4 Serviço de Urgência**

O serviço de urgência é o ponto da RAS que prestará cuidados paliativos para alívio dos sintomas agudizados, garantindo o conforto e a dignidade da pessoa, assim como de seus familiares e cuidadores, nas suas diversas modalidades e considerando as particularidades de atendimentos da rede, conforme descrito na PNCP:

- a) disponibilização de transporte sanitário para garantir cuidado digno e deslocamento adequado, em tempo oportuno;
- b) atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 nos casos de remoção da pessoa de um ponto de atenção, domicílio ou via pública para outro ponto de atenção da RAS, considerando a regulação médica e com foco na promoção do conforto, desde que decidido em conjunto com a pessoa e/ou família;
- c) realização de atendimentos de intercorrências de agravamento de sintomas, processo ativo de morte e óbito domiciliar pelo SAMU 192 visando ao controle de sintomas, conforto da pessoa e apoio ao processo de morte e luto familiar, em especial no período noturno e finais de semana, garantindo a atestação do óbito em documentação regulamentada; e
- d) reconhecimento e tratamento de pessoas em situação de cuidados paliativos para alívio da dor e demais sintomas não controlados em domicílio ou ambulatório, pelas Unidades de Pronto Atendimento.

#### **4.2.5 Atenção Hospitalar**

A PNCP define o hospital como o ponto da RAS voltado a acolher e direcionar o planejamento do cuidado, incluindo controle de sintomas, construção e revisão do plano avançado de cuidados,

acompanhamento do processo ativo de morte, bem como acolhimento e orientações à família durante o processo da doença e luto.

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba vem fortalecendo os hospitais sob gestão estadual, com a implementação de comissões de cuidados paliativos (CCP). As CCP têm caráter multiprofissional e contam com especialistas em CP. Elas avaliam pacientes, elaboram planos de cuidados, discutem casos em conjunto com a equipe assistencial do setor/serviço, realizam reunião familiar e são ponto de apoio consultivo em CP para o serviço onde estão implantadas.

Atualmente os serviços que possuem Comissão de Cuidados Paliativos são: Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires; Hospital Edson Ramalho, Complexo de Doenças Infecto Contagiosas Clementino Fraga, Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e Hospital Infantil Arlinda Marques. É previsto que haja a implementação de CCP nos demais serviços estaduais distribuídos no território, alcançando a primeira e segunda macrorregião de saúde.

#### **4.2.6 Unidades e hospitais especializados em cuidados prolongados**

As Unidades e Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados devem realizar a abordagem em cuidados paliativos para as pessoas sob seus cuidados que atendam critérios de elegibilidade, conforme estabelecido na Portaria nº 2.809, Art. 16º, de 7 de dezembro de 2012:

“Poderá ser admitido no serviço de cuidados prolongados o paciente em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características: O usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características:

- I - recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico;
- II - necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou
- III - dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total

Além de apresentar pelo menos uma das características descritas anteriormente, o usuário elegível para ser admitido em unidades de cuidados prolongados deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas:

- I - usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica;

- II - usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos;
- III - usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico- funcional;
- IV - usuários em reabilitação motora por acidente vascular encefálico, neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico, Hematoma Sub-Aracnóide Traumático, Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo e Traumatismo Raquimedular;
- V - usuários traqueostomizados em fase de decanulação;
- VI - usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV;
- VII - usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparotomia;
- VIII - usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade;
- IX - usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou
- X - usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva”.

É necessário o entendimento de que o termo “fase terminal” supracitado, tem sido cada vez mais substituído por "terminalidade da vida" e/ou "cuidados paliativos". Isso ocorre porque "fase terminal" pode transmitir uma ideia de desesperança e abandono, enquanto os termos mais recentes enfatizam a importância do cuidado e do conforto do paciente, mesmo diante da iminência da morte. A reflexão sobre os termos utilizados é um movimento importante para promover uma abordagem mais humanizada e acolhedora diante da morte, focando no bem-estar do paciente e na importância de oferecer-lhe conforto e dignidade até o último momento.

Por conseguinte, ao analisar os critérios de elegibilidade para cuidados prolongados sob a perspectiva da abordagem de cuidados paliativos já descrita anteriormente neste plano, evidencia-se que parte considerável do público-alvo de um serviço de cuidados prolongados necessitará de cuidados paliativos.

O Hospital Padre Zé, localizado no município de João Pessoa, é habilitado em cuidados prolongados e possui convênio firmado com a SES-PB. Por isto, ao identificar a demanda de pacientes com critérios de elegibilidade aos cuidados prolongados e/ou paliativos, a Central Estadual de Regulação direciona-os para o Hospital Padre Zé.

O direcionamento ao hospital de cuidados prolongados também tem sido uma das ações decorrentes do programa Paraíba Contra o Câncer, que conta com a navegação do cuidado e o suporte de médicos paliativistas na condução dos casos que venham a necessitar da abordagem em CP. Por

isso, mediante a constatação da necessidade de cuidados prolongados para o paciente assistido pelo programa, ele será direcionado para o hospital especializado para tal.

## 5. FERRAMENTAS DE IDENTIFICAÇÃO: SPICT-BR™ E PaPaS

A identificação precoce dos pacientes que podem se beneficiar da abordagem de CP é um grande desafio em todos os níveis da atenção à saúde. Essa identificação é preconizada desde 2014 pela *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* para possibilitar que a integração entre CP e medidas modificadoras de doença ocorra no momento inicial das doenças ameaçadoras de vida. Sendo assim, a avaliação correta e identificação dessa demanda deve, inicialmente, ser realizada pelo profissional não especialista e, de acordo com a progressão da doença, associar e priorizar a abordagem da equipe multiprofissional em CP (WPOCH e WHO 2020; BRASIL, 2023a).

Diante desta necessidade, sugerimos a implementação e utilização do *Supportive & Palliative Care Indicators Tool – Brazilian version* (SPICT-BR™), uma ferramenta clínica utilizada para identificar adultos e idosos com saúde em declínio devido a doenças graves ou condições que comprometem seu bem-estar físico, mental, social ou espiritual, indicando a necessidade da abordagem em cuidados paliativos. Ele pode ser usado para identificar pacientes que podem se beneficiar de cuidados paliativos em diversos contextos assistenciais, como atenção primária, ambulatoriais, hospitais, domicílios e instituições de longa permanência. Trata-se de uma ferramenta breve, de fácil aplicação, que não tem finalidade prognóstica nem exige exames clínicos específicos (SPICT, 2024).

O SPICT-BR™ (Anexo A) auxilia os profissionais de saúde a identificar o momento certo para discutir a progressão da doença e as opções de tratamento disponíveis com os pacientes e suas famílias. Esse diálogo permite que os pacientes expressem suas preferências e necessidades, garantindo um planejamento de cuidados mais alinhado aos seus valores e expectativas (SPICT, 2024).

Não há um número mínimo de indicadores necessários para recomendar cuidados paliativos. Observa-se na aplicação prática que quanto mais indicadores gerais e clínicos positivos, maior é a necessidade de que a abordagem em cuidados paliativos seja implementada. O SPICT-BR™ é fruto da cooperação de especialistas do mundo inteiro com o apoio da *University of St Andrew*, que disponibiliza gratuitamente o instrumento em sua plataforma digital, inclusive com todas as versões traduzidas existentes.

Na Pediatria, protocolos de identificação precoce utilizam critérios específicos que consideram a faixa etária e a natureza das condições ameaçadoras de vida na infância. A OMS (2018)



classifica essas condições em 06 grupos (Anexo B). Além dessa classificação, recomenda-se para crianças de 1 a 17 anos a escala *Pediatric Palliative Screening* (PaPaS) (Anexo C), que avalia a trajetória da doença, efeitos do tratamento, controle dos sintomas, preferências da família e prognóstico. Os pontos de corte orientam a introdução do conceito em CPP ( $\geq 10$  pontos), a necessidade de acompanhamento especializado ( $\geq 15$  pontos) e a priorização integral da abordagem paliativa ( $\geq 25$  pontos) (SIMÕES; TAVARES; MACHADO, 2023).

Dessa forma, tanto na população adulta quanto na população pediátrica, o uso de instrumentos validados garante a identificação precoce, sistemática e equitativa dos pacientes, favorecendo uma assistência mais oportuna, integral e alinhada aos valores da família.

## 6. ACESSO A MEDICAMENTOS

A intervenção medicamentosa em cuidados paliativos deve ser executada de forma precisa e em tempo oportuno, priorizando o controle dos sintomas de modo a propiciar a melhor qualidade de vida possível ao paciente. Conforme previsto no art. 4º da PNCP, um dos objetivos estratégicos é a ampliação da disponibilidade de medicamentos que promovam o controle seguro dos sintomas, assegurando acesso oportuno e racional aos fármacos essenciais.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) constitui o documento norteador do Sistema Único de Saúde (SUS) para a garantia do acesso à assistência farmacêutica e para a promoção do uso racional de medicamentos. Neste contexto, apresenta-se a Tabela Rename de Cuidados Paliativos (tabela 1), disponibilizada pelo Ministério da Saúde por meio da Nota Técnica nº 36/2024-DAHU/SAES/MS, contendo os principais medicamentos indicados para esse público-alvo.

A adoção formal dessa relação visa otimizar a cadeia de abastecimento e garantir a efetividade do cuidado farmacológico em âmbito estadual e municipal, promovendo ações integradas e alinhadas às políticas de atenção à saúde.

**Tabela 1:** Tabela Rename de Cuidados Paliativos



Descrição do medicamento	Classe terapêutica	Componente	Onde encontrar o medicamento?	Orientações para o prescritor
Cloridrato de Metoclopramida	Antiemético, Procinético	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Cloridrato de Ondansetrona	Antiemético, Antagonista Seletivo do Receptor Serotonina	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Lactulose	Laxante	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Ibuprofeno	Analgésico, Antipirético; Anti-inflamatório não esteroidal	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Ácido acetilsalicílico	Analgésico, Antipirético; Inibidor da agregação plaquetária	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Cloridrato de Amitriptilina	Antidepressivo	Básico	Unidades de APS dos municípios	<b>LISTA C1: LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL</b> (Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)
Carbamazepina	Antiepiléticos	Básico	Unidades de APS dos municípios	<b>LISTA C1: LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL</b> (Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)
Cloridrato de Clorpromazina	Antipsicótico	Básico	Unidades de APS dos municípios	<b>LISTA C1: LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL</b> (Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)
Dexametasona	Glicocorticoide	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Diazepam	Benzodiazepínico	Básico	Unidades de APS dos municípios	<b>LISTA B1: LISTA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS</b> (Sujeitas a Notificação de Receita "B").
Dipirona	Anti-inflamatório esteroidal	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Cloridrato de Fluoxetina	Inibidores seletivos de	Básico	Unidades de APS dos municípios	<b>LISTA C1: LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE</b>





	recaptação de serotonina (ISRS)			ESPECIAL (Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)
Haloperidol	Antipsicótico	Básico	Unidades de APS dos municípios	<b>LISTA C1:</b> LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL (Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)
Midazolam	Benzodiazepínicos	Básico	Unidades de APS dos municípios	<b>LISTA B1:</b> LISTA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS (Sujeitas a Notificação de Receita "B").
Nortriptilina	Antidepressivo tricíclico	Básico	Unidades de APS dos municípios	<b>LISTA C1:</b> LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL (Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)
Óleo mineral	Laxante	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Valproato de Sódio	Anticonvulsivo	Básico	Unidades de APS dos municípios	<b>LISTA C1:</b> LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL (Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)
Plantago ( <i>plantagoovata</i> Forsk.)	Laxante	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Cáscara-sagrada ( <i>Rhamnus purshiana</i> DC.)	Laxante	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Paracetamol	Analgésico, antipirético	Básico	Unidades de APS dos municípios	Receituário simples. Verificar se há critério de dispensação ou especificidade local, como formulários, relatórios, pareceres, dentre outros.
Clobazam	Benzodiazepínicos	Especializado	Farmácias do Componente Especializado: Farmácia Especializada da Paraíba, Gerências Regionais de Saúde e Unidades Dispensadoras de Medicamentos.	<b>LISTA B1 :</b> LISTA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS (Sujeitas a Notificação de Receita "B") Medicamento é disponibilizado de acordo com os critérios estabelecidos no PCDT de Epilepsia. CIDs previstos no PCDT: <b>G40.0</b> Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal <b>G40.1</b> Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples <b>G40.2</b> Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas <b>G40.3</b> Epilepsia e síndromes epiléticas generalizadas idiopáticas <b>G40.4</b> Outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas



				<b>G40.5</b> Síndromes epiléticas especiais <b>G40.6</b> Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal) <b>G40.7</b> Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal <b>G40.8</b> Outras epilepsias
Fosfato de Codeína	Analgésico opioide	Especializado	Farmácias do Componente Especializado: Farmácia Especializada da Paraíba, Gerências Regionais de Saúde e Unidades Dispensadoras de Medicamentos.	<b>LISTA A2: LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES DE USO PERMITIDO SOMENTE EM CONCENTRAÇÕES ESPECIAIS</b> (Sujeitas a Notificação de Receita "A") Medicamento é disponibilizado de acordo com os critérios estabelecidos no PCDT de Dor Crônica CIDs previstos no PCDT: <b>R52.1</b> Dor crônica intratável <b>R52.2</b> Outra dor crônica
Gabapentina	Anticonvulsivante	Especializado	Farmácias do Componente Especializado: Farmácia Especializada da Paraíba, Gerências Regionais de Saúde e Unidades Dispensadoras de Medicamentos.	<b>LISTA – C1: LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL</b> (Sujeitas à Receita de Controle Especial em duas vias) Medicamento é disponibilizado de acordo com os critérios estabelecidos nos PCDTs de Epilepsia e de Dor Crônica CIDs previstos nos PCDTs: <b>R52.1</b> Dor crônica intratável <b>R52.2</b> Outra dor crônica <b>G40.0</b> Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal <b>G40.1</b> Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples <b>G40.2</b> Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas <b>G40.3</b> Epilepsia e síndromes epiléticas generalizadas idiopáticas <b>G40.4</b> Outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas <b>G40.5</b> Síndromes epiléticas especiais <b>G40.6</b> Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal) <b>G40.7</b> Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal <b>G40.8</b> Outras epilepsias
Lamotrigina	Antiepilético	Especializado	Farmácias do Componente Especializado: Farmácia Especializada da Paraíba, Gerências Regionais de Saúde e Unidades Dispensadoras de Medicamentos.	<b>LISTA – C1: LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL</b> (Sujeitas à Receita de Controle Especial em duas vias) O medicamento é disponibilizado de acordo com os critérios estabelecidos nos PCDTs de Epilepsia e do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I. CIDs previstos nos PCDTs: <b>G40.0</b> Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal G40.1 Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial)



				<p>com crises parciais simples</p> <p><b>G40.2</b> Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas</p> <p><b>G40.3</b> Epilepsia e síndromes epiléticas generalizadas idiopáticas</p> <p><b>G40.4</b> Outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas</p> <p><b>G40.5</b> Síndromes epiléticas especiais</p> <p><b>G40.6</b> Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)</p> <p><b>G40.7</b> Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal</p> <p><b>G40.8</b> Outras epilepsias</p> <p><b>F31.1</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos</p> <p><b>F31.2</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos</p> <p><b>F31.3</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado</p> <p><b>F31.4</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos</p> <p><b>F31.5</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos</p> <p><b>F31.6</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto</p> <p><b>F31.7</b> Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão</p>
Levetiracetam	Antiepilético	Especializado	Farmácias do Componente Especializado: Farmácia Especializada da Paraíba, Gerências Regionais de Saúde e Unidades Dispensadoras de Medicamentos.	<p><b>LISTA – C1: LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL</b> (Sujeitas à Receita de Controle Especial em duas vias)</p> <p>Medicamento é disponibilizado de acordo com os critérios estabelecidos nos PCDTs de Epilepsia. CIDs previstos no PCDT:</p> <p><b>G40.0</b> Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal</p> <p><b>G40.1</b> Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples</p> <p><b>G40.2</b> Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas</p> <p><b>G40.3</b> Epilepsia e síndromes epiléticas generalizadas idiopáticas</p> <p><b>G40.4</b> Outras epilepsias e síndromes epiléticas generalizadas</p> <p><b>G40.5</b> Síndromes epiléticas especiais</p> <p><b>G40.6</b> Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)</p> <p><b>G40.7</b> Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal</p> <p><b>G40.8</b> Outras epilepsias</p>
Cloridrato de Metadona	Analgésico opioide	Especializado	Farmácias do Componente Especializado: Farmácia Especializada da Paraíba, Gerências	<p><b>LISTA – A1: LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES</b> (Sujeitas à Notificação de Receita “A”)</p> <p>Medicamento é disponibilizado de acordo com os critérios estabelecidos no PCDT de Dor Crônica. CIDs previstos no PCDT:</p>



			Regionais de Saúde e Unidades Dispensadoras de Medicamentos.	<b>R52.1</b> Dor crônica intratável <b>R52.2</b> Outra dor crônica
Sulfato de Morfina	Analgésico opioide	Especializado	Farmácias do Componente Especializado: Farmácia Especializada da Paraíba, Gerências Regionais de Saúde e Unidades Dispensadoras de Medicamentos.	<b>LISTA – A1: LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES</b> (Sujeitas à Notificação de Receita “A”) Medicamento é disponibilizado de acordo com os critérios estabelecidos no PCDT de Dor Crônica. CIDs previstos no PCDT: <b>R52.1</b> Dor crônica intratável <b>R52.2</b> Outra dor crônica
Olanzapina	Antipsicótico	Especializado	Farmácias do Componente Especializado: Farmácia Especializada da Paraíba, Gerências Regionais de Saúde e Unidades Dispensadoras de Medicamentos.	<b>LISTA – C1: LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL</b> (Sujeitas à Receita de Controle Especial em duas vias) Medicamento é disponibilizado de acordo com os critérios estabelecidos no PCDT de Esquizofrenia, do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I e do Transtorno Esquizoafetivo. CIDs previstos nos PCDTs: <b>F20.0</b> Esquizofrenia paranóide <b>F20.1</b> Esquizofrenia hebefrênica <b>F20.2</b> Esquizofrenia catatônica <b>F20.3</b> Esquizofrenia indiferenciada <b>F20.4</b> Depressão pós-esquizofrênica <b>F20.5</b> Esquizofrenia residual <b>F20.6</b> Esquizofrenia simples <b>F20.8</b> Outras esquizofrenias <b>F31.1</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos <b>F31.2</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos <b>F31.3</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado <b>F31.4</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos <b>F31.5</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos <b>F31.6</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto <b>F31.7</b> Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão <b>F25.0</b> Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco <b>F25.1</b> Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo <b>F25.2</b> Transtorno esquizoafetivo do tipo misto
Hemifumarato de Quetiapina	Antipsicótico	Especializado	Farmácias do Componente Especializado: Farmácia Especializada da Paraíba, Gerências Regionais de Saúde e Unidades	<b>LISTA – C1: LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL</b> (Sujeitas à Receita de Controle Especial em duas vias) Medicamento é disponibilizado de acordo com os critérios estabelecidos no PCDT de Esquizofrenia, do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I e do Transtorno Esquizoafetivo. CIDs



			Dispensadoras de Medicamentos.	previstos nos PCDTs: <b>F20.0</b> Esquizofrenia paranóide <b>F20.1</b> Esquizofrenia hebefrênica <b>F20.2</b> Esquizofrenia catatônica <b>F20.3</b> Esquizofrenia indiferenciada <b>F20.4</b> Depressão pós-esquizofrênica <b>F20.5</b> Esquizofrenia residual <b>F20.6</b> Esquizofrenia simples <b>F20.8</b> Outras esquizofrenias <b>F31.1</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos <b>F31.2</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos <b>F31.3</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado <b>F31.4</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos <b>F31.5</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos <b>F31.6</b> Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto <b>F31.7</b> Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão <b>F25.0</b> Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco <b>F25.1</b> Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo <b>F25.2</b> Transtorno esquizoafetivo do tipo misto
--	--	--	--------------------------------	--

**Fonte:** Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 36/2024-DAHU/SAES/MS.

**7. ESTIMATIVA DE EQUIPES MATRICIAIS E ASSISTENCIAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**7.1 Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos - EMCP**

Conforme está posto na PNCP, as Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos (EMCPs) serão interdisciplinares, com composição mínima e carga horária semanal (CHS), conforme descrito no Quadro 1. Cada EMCP terá seu território de atuação definido por população de uma macrorregião de saúde e será 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.

**Quadro 1.** Composição mínima da EMCP.

Equipe Matricial de Cuidados Paliativos	Carga Horária Semanal
Profissionais Enfermeiros	30 horas

Profissionais Médicos	40 horas
Profissionais Psicólogos	30 horas
Profissionais Assistentes sociais	30 horas

**Fonte:**BRASIL, 2024.

Poderá, ainda, ser acrescido um médico pediatra, com CHS mínima de 20 horas. Outros profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, cirurgião-dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo e nutricionista poderão ser incorporados às EMCPs, de acordo com as necessidades e disponibilidade locais. É importante salientar que uma categoria profissional poderá ter mais de um profissional, desde que se atenda a carga horária semanal prevista em Portaria.

Seguindo a PNCP, as EMCPs poderão ser implementadas na proporção de 1 equipe para cada fração de 500.000 habitantes por macrorregião de saúde, estando vinculadas a um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do seu território de atuação, com recursos físicos e tecnológicos adequados. É importante ressaltar que as EMCPs são de gestão estadual, e a habilitação fica a cargo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2025).

Quanto às atribuições das equipes, de acordo com o Art. 12º da PNCP, as principais são:

- Telematriciamento, teleconsultoria, teleinterconsulta, telediagnóstico, telerregulação assistencial, segunda opinião formativa e teleeducação;
- Suporte técnico em Cuidados Paliativos para situações de intercorrências;
- Desenvolvimento de estratégias de educação permanente para profissionais de saúde e para a comunidade;
- Atuação integrada com as equipes dos pontos de atenção da RAS, colaborando em ações assistenciais mais complexas, de acordo com a realidade do território.

Considerando a regionalização do Estado da Paraíba, sendo constituído por 223 municípios, organizados em 3 macrorregiões de saúde e que sua população é de 4.030.961 habitantes (IBGE, 2022), e considerando a proporção de 1 equipe para cada fração de 500.000 habitantes, a Paraíba poderá estruturar **9 EMCPs**, distribuídas de acordo com o quantitativo populacional das macrorregiões, conforme quadro abaixo.

**Quadro 2.** Proposta de distribuição das EMCPs por Macrorregião de Saúde – Paraíba (2025).



Macrorregião de Saúde	População*	Nº de EMCPs propostas
1ª Macrorregião	2.015.749	4
2ª Macrorregião	1.111.455	3
3ª Macrorregião	903.757	2
<b>Total</b>	<b>4.030.961</b>	<b>9</b>

Fonte: IBGE, 2022.

## 7.2 Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos

As Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos (EACPs) são estruturas interdisciplinares, sob gestão municipal e de atuação multiprofissional, responsáveis pela prestação de cuidados paliativos nos serviços de saúde aos quais estão vinculadas e, quando necessário, em outros pontos da RAS do território. Sua função abrange o acompanhamento integral de adultos e crianças com necessidade da abordagem de cuidados paliativos, incluindo apoio à família no período do luto (BRASIL, 2024).

Conforme posto na PNCP, as EACP podem ser alocadas em hospitais, unidades de urgência, ambulatorios de atenção especializada ou Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), atuando de forma integrada às equipes dos respectivos serviços. O dimensionamento do número de equipes é estabelecido na proporção de uma equipe para cada 400 leitos SUS habilitados. No quadro 2, consta a composição mínima de uma EACP. É importante salientar que uma categoria profissional pode ter mais de um profissional, desde que se atenda a carga horária semanal prevista em Portaria.

### Quadro 2. Composição mínima da EACP.

Equipes Assistencial de Cuidados Paliativos	Carga Horária Semanal
Profissionais Enfermeiros	30 horas
Profissionais Médicos	20 horas
Profissionais Psicólogos	30 horas

Profissionais Assistentes sociais	30 horas
Profissionais Técnicos de enfermagem	90 horas

**Fonte:** BRASIL, 2024.

Outros profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, cirurgião dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista e profissional destinado à assistência espiritual poderão ser incluídos nas EACP, conforme necessidade e disponibilidade local.

## **8. AÇÕES PREVISTAS PARA O BIÊNIO 2026-2027.**

As ações previstas para o biênio 2026-2027 visam atender aos eixos estruturantes pensados para este PECP: educação em saúde e integração dos cuidados paliativos à RAS. Considerando a complexidade da implementação de uma nova linha de cuidado em uma rede de saúde com desafios estruturais e escassez de profissionais especialistas, opta-se por uma estratégia de implementação faseada e monitorada. Para o biênio **2026-2027**, a ação prioritária será a estruturação do Núcleo Estadual de Cuidados Paliativos (NECP) e a execução de um projeto-piloto para 1ª Macrorregião de Saúde, no município de João Pessoa, que concentra grande densidade populacional e serviços de referência.

Esta abordagem permitirá testar fluxos, validar ferramentas, capacitar equipes e gerar evidências locais para subsidiar a expansão do PECP para as demais macrorregiões do estado de forma mais segura e eficiente.

### **8.1 Estruturação do Núcleo Estadual de Cuidados Paliativos (NECP/PB)**

A efetividade do Plano Estadual depende de uma governança centralizada e de uma retaguarda técnica permanente. Para tal, será instituído o Núcleo Estadual de Cuidados Paliativos (NECP/PB), vinculado à Secretaria Executiva de Gestão de Redes de Saúde. O NECP/PB terá caráter multiprofissional e atuará como o principal articulador e suporte técnico-assistencial da política no estado.

Objetivos do NECP/PB:



- **Governança e Articulação:** Coordenar a implementação do PECP, articulando-se com os diversos pontos da RAS, a Central Estadual de Regulação e as gestões municipais.
- **Educação Permanente:** Desenvolver, em parceria com a ESP-PB, a política de formação e capacitação contínua para os profissionais da rede, garantindo a sustentabilidade do conhecimento.
- **Suporte Técnico e Matriciamento:** Oferecer suporte técnico especializado às equipes da rede, prioritariamente às da 1ª Macrorregião durante o projeto-piloto. Isso se dará por meio de matriciamento presencial e à distância (telepaliativos), com discussão de casos clínicos, orientação de manejo de sintomas complexos e apoio em decisões bioéticas.
- **Desenvolvimento de Protocolos:** Elaborar e disseminar protocolos clínicos e fluxos assistenciais para os Cuidados Paliativos, incluindo diretrizes para o uso seguro de medicamentos e para a implementação da ferramenta SPICT-BR™.
- **Monitoramento e Avaliação:** Definir e acompanhar os indicadores de desempenho do PECP, analisando o impacto das ações e propondo ajustes estratégicos.

## 8.2 Matriz de ações Estratégicas para implementação do Plano Estadual de Cuidados Paliativos

As ações de implementação terão início a partir de um projeto-piloto, que funcionará como experiência prática e orientadora da aplicação dos eixos estruturantes do PECP. Esse piloto será realizado na 1ª Macrorregião de Saúde, no município de João Pessoa, sob coordenação direta do NECP/PB, com expansão programada e gradual para as demais regiões do estado, conforme avaliação e consolidação dos resultados obtidos.

**Quadro 3:** Matriz de Ações Estratégicas de Cuidados Paliativos (2026-2027).

AÇÃO	JUSTIFICATIVA	RESPONSÁVEL	PERÍODO	OPERACIONALIZAÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS
Realizar mapeamento analítico das unidades e pontos de atenção da RAS com foco na oferta de cuidados paliativos.	O mapeamento busca compreender a estrutura de serviços, a capacidade tecnológica, os recursos humanos, as demandas em cuidados paliativos e os protocolos adotados.	SES-PB	1º quadrimestre de 2026	Visitas in loco, reuniões presenciais e online, consulta às bases de dados (CNES, Tabnet, Tabwin, SIAH-SUS).	Identificar potencialidades e limitações para a oferta de cuidados paliativos na RAS; entregar o "Mapa de Ativos em cuidados paliativos da 1ª Macrorregião".
Promover capacitação Teórico Prático-Focal com ênfase na PNCP e no PECP.	Devido a necessidade de qualificação dos profissionais da saúde sobre cuidados paliativos.	SES-PB e gestor municipal.	2026-2027	Execução de curso de formação de 180h voltado à capacitação teórico-prática de profissionais da saúde identificados como público-alvo no mapeamento analítico, assim como a realização de oficinas sobre o uso do SPICT-BR™.	Capacitar 80% do público-alvo definido a partir do mapeamento analítico da 1ª Macrorregião até o final de 2027.



Desenvolver e implementar estratégias multicanais de comunicação e sensibilização voltadas à população, profissionais de saúde, gestores e tomadores de decisão.	Promover maior compreensão sobre cuidados paliativos, reduzir estigmas, fortalecer a adesão de profissionais e gestores, e ampliar a visibilidade da política pública.	SES-PB e gestor municipal.	2026-2027	Elaboração de materiais técnicos e educativos como cartilhas, vídeos, infográficos; Realização de campanhas de sensibilização e divulgação de boas práticas. Utilização das plataformas de comunicação institucional da SES-PB.	Entrega de pelo menos 3 materiais educativos por ano; Realização de um evento anual em alusão ao dia mundial de cuidados paliativos, celebrado no mês de outubro.
Implementar Suporte Especializado via Telepaliativos	Devido a necessidade de apoiar o manejo de casos complexos, o ajuste de medicações, o planejamento de cuidados e o suporte à tomada de decisão no próprio território do paciente.	NECP/PB	2026-2027	Implantar, via NECP/PB, serviço de teleatendimento em cuidados paliativos, com consultas trianguladas entre especialista, equipe da Atenção Primária e paciente/família, para apoiar manejo de casos complexos, ajuste de medicações, planejamento de cuidados e decisões no território.	Estruturar o serviço de telepaliativos e realizar no mínimo 50 teleconsultas trianguladas até o final de 2027, com pelo menos 30% das equipes de APS da macrorregião utilizando o serviço.
Implementar a identificação precoce de pessoas com necessidades em cuidados paliativos	Identificar pessoas com necessidade de cuidados paliativos precocemente, para assim promover mais qualidade de vida e ofertar a assistência oportuna e proporcional às necessidades do indivíduo.	NECP-PB e Gestor municipal.	2026-2027	Implementar o uso rotineiro do SPICT-BR™ nas UBS e SADs.	Implantar a identificação precoce por meio do SPICT-BR™ em 50% das UBS e SADs até o final de 2027.

Implementar fluxo de acesso para pessoas identificadas com necessidade de cuidados paliativos.	Viabilizar acesso oportuno, organizado e equânime aos serviços da RAS, fortalecendo a coordenação e a continuidade do cuidado.	NECP-PB, gestão municipal e centrais de regulação.	2026-2027	Estruturar, junto às Centrais de Regulação, um fluxo prioritário para pacientes identificados, garantindo o encaminhamento para o serviço mais adequado (SAD, ambulatório, internação hospitalar).	Viabilizar acesso em tempo hábil e oportuno para 100% das solicitações que estiverem de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos no protocolo de acesso para cuidados paliativos, que forem encaminhadas às centrais de regulação, a partir do 3º quadrimestre de 2026.
Prestar assistência em cuidados paliativos para pacientes internados em hospitais gerais e especializados por meio das comissões hospitalares de cuidados paliativos existentes.	Promover assistência digna e proporcional para as necessidades do paciente em cuidados paliativos.	Comissões hospitalares de cuidados paliativos.	2026-2027	Realizar planejamento do cuidado e pareceres clínicos para pacientes atendidos pelas comissões de cuidados paliativos. Realizar reuniões familiares e com equipe multidisciplinar do hospital para discussão do plano de cuidados.	Assistir pacientes com necessidades em cuidados paliativos internos em unidades hospitalares, com o apoio das comissões hospitalares, em todos os serviços com perfil para assistência em cuidados paliativos identificados no mapeamento analítico, a partir do 3º quadrimestre de 2026.
Monitorar e Avaliar o Plano Piloto	Acompanhar as ações desenvolvidas a partir deste plano.	NECP/PB e gestão municipal.	2026-2027	Analisar a execução deste plano mensalmente por meio dos indicadores-chave do projeto.	Apresentar um relatório de avaliação semestral do projeto-piloto ao final de cada período, com recomendações para ajustes e para o plano de expansão estadual.

**Elaboração:** SES-PB.

## 9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Para garantir a efetividade, a transparência e o aprimoramento contínuo das ações propostas, o Plano Estadual de Cuidados Paliativos será submetido a um processo de monitoramento e avaliação sistemático. Este processo permitirá a análise crítica dos resultados alcançados, a identificação de desafios operacionais e a tomada de decisão baseada em evidências, em consonância com o caráter dinâmico do plano, que prevê revisões e atualizações bienais.

O Núcleo Estadual de Cuidados Paliativos (NECP/PB) será a instância responsável por coordenar a coleta, a análise e a divulgação dos dados, utilizando informações de sistemas oficiais de saúde e relatórios específicos do projeto-piloto.

Serão acompanhados os seguintes Indicadores-Chave de Performance (*Key Performance Indicator - KPI*), organizados por eixos estratégicos:

### 9.1 Eixo Educação e Capacitação

- Número de profissionais de saúde capacitados: Acompanhamento quantitativo dos profissionais que concluíram as formações em cuidados paliativos (cursos de longa e curta duração).
- Percentual de satisfação dos profissionais com a capacitação: Avaliação qualitativa da relevância e aplicabilidade do conteúdo ministrado.

### 9.2 Eixo Integração e Processos da Rede

- Taxa de utilização do SPICT-BR™: Percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e serviços hospitalares do território selecionado para o plano-piloto que utilizam a ferramenta para identificação de pacientes com necessidades de cuidados paliativos.
- Número de teleconsultas e matriciamentos: Quantitativo de atendimentos de suporte especializado (telepaliativos) realizados pelo NECP/PB para as equipes da rede.

### 9.3 Eixo Resultados e Impacto Assistencial

- Redução do tempo de internação hospitalar de pacientes em fim de vida: Análise da média de permanência em hospitais de pacientes com perfil de cuidados paliativos (com SPICT™ positivo) nos últimos 30 dias de vida, buscando uma redução que indique melhor planejamento de cuidados e prevenção de internações desnecessárias.

- Proporção de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos com acesso à atenção domiciliar: Análise da razão entre o número de pacientes atendidos pelos serviços de atenção domiciliar e o número de pacientes com SPICT™ dentro da população-alvo.
- Quantitativo de óbitos ocorridos no domicílio: Análise do número de óbitos ocorridos no domicílio com suporte da Atenção Domiciliar (AD) para a população-alvo, analisando se este paciente possui alguma diretiva antecipada ou planejamento terapêutico estabelecido, como indicador do respeito à preferência do paciente por morrer em casa.
- Número de pareceres, planos de cuidados, reuniões familiares e reuniões com equipe assistencial multidisciplinar realizados por cada comissão hospitalar de cuidados paliativos. Este indicador permite acompanhar as ações realizadas pelas comissões, as demandas atendidas e o impacto assistencial proporcionado no serviço.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital Sírio-Libanês. Manual de cuidados paliativos. Maria Perez Soares D'Alessandro (org.) [et al.]. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2023d. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604\\_20\\_10\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html). Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 87, p. 123, 8 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.102, de 12 de setembro de 2025. Altera dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, 3, 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, relativos à habilitação e homologação de habilitações de estabelecimentos e equipes de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 176, seção 1, p. 245, 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011: organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809\\_07\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Domiciliar e de Urgência. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Nota técnica nº 10/2023-CGADOM/DAHU/SAES/MS. Instrumento de avaliação da elegibilidade e complexidade da atenção domiciliar (IAEC-AD). Brasília, DF, 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-10-2023-cgadom-dahu-saes-ms.pdf/@download/file>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): Mortalidade - Brasil: Óbitos por Residência por Capítulo CID-10 e Unidade da Federação - Paraíba, 2023b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 12 ago. 2025.



CONNOR, S.R.; DOWNING, J; MARSTON, J. Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A cross-sectional Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, v.53, n.2, p.171-177, 2017.

CLELLAND, D. et al. Global development of children's palliative care: international and multi-professional perspectives. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v.10, n.2, p. 123-129, 2020.

GAMONDI, C.; LARKIN, P. J.; PAYNE, S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education: part 2. *European Journal of Palliative Care*, v. 20, n. 2, p. 86-91, 2013.

KAVALIERATOS, D. et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet], v. 316, n. 20, p. 2104-2114, 2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2585979>. Acesso em: 11 ago. 2025.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde da Paraíba 2024-2027. João Pessoa: SES/PB, 2023. Disponível em: [https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/plano-estadual-de-saude-2024-2027\\_compressed.pdf](https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/plano-estadual-de-saude-2024-2027_compressed.pdf). Acesso em: 12 ago. 2025.

SIMÕES, M. J. P.; TAVARES, F.; MACHADO, M. do C. Validation of the European Portuguese Version of a Pediatric Palliative Needs Assessment Tool: The Pediatric Palliative Screening Scale. *Acta Médica Portuguesa*, v. 36, n. 5, p. 326-335, 2023. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/18071>. Acesso em: 24 set. 2025.

STOUT, M. et al. Early integration of palliative care for patients receiving systemic immunotherapy for renal cell carcinoma. *Journal of Cancer Immunology*, v. 5, n. 1, p. 5-12, 2023.

SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL (SPICT) 2024. SPICT-BR. University of St Andrews. Disponível em: <https://medicine.st-andrews.ac.uk/spict/the-spict/brazil/>. Acesso em: 21 ago. 2025.

TEMEL, J. S. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 8, p. 733-742, 2010. DOI: 10.1056/NEJMoa1000678.

VANBUTSELE, G. et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *European Journal of Cancer*, v. 124, p. 186-193, 2020. DOI: 10.1016/j.ejca.2019.11.009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Palliative Care. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345\\_eng.pdf?jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf?jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514460>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health-care planners, implementers and managers. 2018. Disponível



em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/857809a8-453d-43e6-b0fe-1f22d73a608c/content>.  
Acesso em: 24 set. 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Palliative care [Internet]. 2020. Disponível em:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 12 ago. 2025.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global atlas of palliative care [Internet]. London: WPCA e WHO, 2020. 120 p. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca\\_global\\_atlas\\_p5\\_digital\\_final.pdf?sfvrsn=1b54423a\\_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3). Acesso em: 17 ago. 2023.

APÊNDICE A - SERVIÇOS DE SAÚDE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

I MACRORREGIÃO DE SAÚDE - 1ª, 2ª, 12ª, 14ª																							
REGIÃO DE SAÚDE/SEDE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	ATENÇÃO PRIMÁRIA							REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA									UNIDADES HOSPITALARES				
			ACS	EMS	ESF	ESB	ECR	EABP	EAP	UNIDADE MISTA	PRONTO ATENDIMENTO	SAMU 192			UPA 24 HS			SAD			HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	HOSPITAIS ESTADUAIS	HOSPITAIS MUNICIPAIS
												MOTO	USB	USA	PORTE I	PORTE II	PORTE III	EMAD I	EMAD II	EMAP			
1ª JOÃO PESSOA	Alhandra	21.730	50	1	9	8	-	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Bayeux	82.742	219	1	29	27	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-
	Caaporã	21.193	55	1	9	9	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	1
	Cabedelo	66.519	125	4	22	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1
	Conde	23.654	58	-	11	11	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
	Cruz do Espírito Santo	17.095	38	1	8	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	João Pessoa *	833.932	1354	18	206	191	6	5	3	-	-	10	4	7	-	4	-	7	-	3	2	6	6
	Lucena	12.560	33	1	6	6	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mari	21.512	55	2	11	11	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Pitimbu	16.751	45	1	9	8	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Riachão do Poço	2.957	11	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Santa Rita	149.910	251	4	41	31	1	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	1	1	-	1	2
	Sapé	51.306	124	2	19	16	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	1
Sobrado	8.236	18	1	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2ª GUARABIRA	Alagoinha	13.725	36	1	7	7	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Araçagi	16.646	45	-	9	9	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Araruna	17.189	36	1	8	8	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Bananeiras	23.134	53	1	11	9	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1
	Belém	16.401	44	1	8	8	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
	Borborema	4.214	13	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Cacimba de Dentro	16.064	42	2	7	7	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
	Caiçara	6.602	19	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	



	Casserengue	6.889	19	-	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12ª ITABAIANA	Cuitegi	6.730	18	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Dona Inês	10.380	25	1	5	5	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Duas Estradas	3.327	9	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Guarabira**	57.484	130	4	20	20	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	-	-	1	-	-	-
	Lagoa de Dentro	7.819	19	1	4	4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Logradouro	4.797	11	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mulungu	8.791	24	1	5	5	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pilões	6.815	19	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pilõezinhos	5.329	14	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pirpirituba	9.340	26	1	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Riachão	2.927	9	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Serra da Raiz	3.094	8	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Serraria	4.885	20	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sertãozinho	5.054	11	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Solânea	26.774	75	-	11	10	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-
	Tacima	8.010	27	-	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12ª ITABAIANA	Caldas Brandão	5.753	14	1	3	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gurinhém	13.766	35	2	7	7	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ingá	17.692	45	1	9	9	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	1	-	-
	Itabaiana**	23.182	63	1	10	10	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-
	Itatuba	10.499	26	-	6	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juarez Távora	7.796	20	1	4	4	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juripiranga	10.012	27	1	5	5	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	Mogeirol	13.889	33	1	7	7	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pedras de Fogo	29.662	71	1	13	13	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-
	Pilar	12.311	30	1	6	6	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
	Riachão do Bacamarte	4.690	10	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Salgado de São Félix	11.505	30	1	6	6	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São José dos Ramos	5.891	15	1	3	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São Miguel de Taipu	7.066	19	1	4	4	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Baía da Traição	9.224	23	1	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Capim	6.970	11	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Cuité de Mamanguape	6.251	16	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



14ª MAMANGUAPE	Curral de Cima	5.254	14	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Itapororoca	18.382	43	-	7	7	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	Jacaraú	14.477	36	1	7	7	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mamanguape	44.599	106	3	19	18	-	1	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	1
	Marcação	8.999	17	1	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mataraca	8.244	22	1	4	4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pedro Regis	5.766	15	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Rio Tinto	24.581	58	1	9	9	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

II MACRORREGIÃO DE SAÚDE - 3ª, 4ª, 5ª, 15ª, 16ª

3ª CAMPINA GRANDE	Alagoa Grande	26.062	71	-	14	9	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
	Alagoa Nova	21.013	52	2	9	9	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-
	Algodão de Jandaíra	2.953	6	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Arara	12.212	32	1	6	6	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Areia	22.633	53	1	11	10	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	1
	Areial	7.128	15	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Esperança	31.231	78	2	14	12	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	1
	Lagoa Seca	27.730	66	2	13	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
	Matinhas	4.571	11	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Montadas	5.812	14	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Remígio	17.885	45	1	9	9	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São Sebastião de lagoa de Roça	11.040	27	-	5	5	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4ª CUIITÉ	Baraúna	4.762	9	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Barra de Santa Rosa	12.904	39	2	8	8	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Cubati	7.580	21	2	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Cuité**	19.719	48	1	10	10	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	1
	Damião	4.982	13	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Frei Martinho	2.848	7	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Nova Floresta	9.724	26	-	5	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Nova Palmeira	4.259	13	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pedra Lavrada	6.859	20	1	3	3	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	Picuí	18.333	43	2	9	9	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-
	São Vicente do Seridó	10.291	27	1	5	5	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-



	Sossêgo	3.345	9	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5ª MONTEIRO	Amparo	2.234	6	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Camalaú	6.085	15	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Caraúbas	3.944	10	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Congo	4.933	12	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Coxixola	1.824	5	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gurjão	3.242	9	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Monteiro*	32.277	76	2	14	14	-	-	-	-	-	2	2	1	-	1	-	-	1	1	-	11
	Ouro velho	2.918	8	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Parari	1.720	4	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Prata	3.915	11	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	São João do Cariri	4.226	12	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São João do Tigre	4.263	12	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São José dos Cordeiros	3.411	10	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São Sebastião do Umbuzeiro	3.279	7	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15ª QUEIMADAS	Serra Branca	13.614	35	-	5	5	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sumé	17.041	40	-	6	6	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Zabelê	2.228	6	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Alcantil	5.578	14	1	3	3	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-
	Aroeiras	18.705	48	2	10	10	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
	Barra de Santana	8.059	21	1	4	4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Barra de São Miguel	5.906	15	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
	Boqueirão	17.598	42	2	9	8	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	1
	Cabaceiras	5.335	14	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-
	Caturité	5.254	12	1	3	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-
	Gado Bravo	8.179	21	1	4	4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Natuba	8.945	26	1	5	5	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Queimadas*	47.658	106	1	18	18	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	-	-
	Riacho de Santo Antônio	1.955	5	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-
16ª	Santa Cecília	7.670	18	-	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São Domingos do Cariri	2.585	7	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-
	Umbuzeiro	9.124	25	1	5	5	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	Assunção	4.152	10	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Boa Vista	6.377	17	1	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Campina Grande*	419.379	567	20	203	124	2	3	5	-	-	5	7	3	-	1	1	3	-	1	-	5







	Teixeira	14.631	36	2	8	6	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
	Várzea	2.668	7	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Vista Serrana	3.641	10	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7ª PIANCÓ	Aguiar	5.003	14	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	Boa Ventura	5.207	17	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
	Conceição	18.260	48	2	9	9	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	1
	Coremas	14.683	39	1	8	8	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	1	-
	Curral Velho	2.292	6	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Diamante	6.299	17	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ibiara	5.648	16	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Igaracy	5.631	15	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Itaporanga	23.940	62	1	10	10	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	1	-
	Nova Olinda	5.787	15	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Olho D'Água	6.060	18	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Pedra Branca	3.739	10	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Piancó**	16.441	40	1	8	8	-	1	-	-	-	2	3	2	-	1	-	-	1	1	-	1	1
	Santa Inês	3.227	9	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Santana de Mangueira	5.010	14	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Santana dos Garrotes	6.569	20	1	4	4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São José de Caiana	5.034	16	2	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Serra Grande	2.942	8	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8ª CATOLÉ DO ROCHA	Belém do Brejo do Cruz	6.268	18	1	4	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Bom Sucesso	4.661	13	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Brejo do Cruz	13.613	33	2	6	6	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1
	Brejo dos Santos	5.742	16	2	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
	Catolé do Rocha**	30.661	70	-	12	11	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
	Jericó	7.516	20	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Mato Grosso	2.543	7	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Riacho dos Cavalos	8.493	20	-	3	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São Bento	32.235	76	2	15	15	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	São José do brejo do Cruz	1.699	4	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9ª CAJAZEIRAS	Bernardino Batista	3.504	8	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Bom Jesus	2.286	6	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Bonito de Santa Fé	10.252	27	1	5	5	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1
	Cachoeira dos Índios	9.151	26	1	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Cajazeiras**	63.239	132	1	31	29	-	-	3	-	-	1	3	1	1	-	-	1	-	1	-	1	1



	Carrapateira	2.312	7	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Joca Claudino	4.338	5	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Monte Horebe	3.830	12	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Poço Dantas	4.006	11	1	2	2	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Poço de José de Moura	5.865	11	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Santa Helena	2.539	15	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São João do Rio do Peixe	17.964	46	2	9	9	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	1
	São José de Piranhas	19.067	47	1	10	10	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Triunfo	9.892	24	1	5	5	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Uiraúna	14.930	38	1	8	8	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	1
10ª SOUSA	Aparecida	7.960	21	1	4	4	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-
	Lastro	3.162	8	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	Marizópolis	6.705	16	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Nazarezinho	7.203	18	1	4	4	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Santa Cruz	5.947	17	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São Francisco	3.137	8	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São José da Lagoa Tapada	7.126	19	1	4	4	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Sousa**	67.259	157	6	35	31	-	-	-	-	-	-	4	2	-	1	-	3	-	1	-	2
	Vicirópolis	4.864	13	1	3	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11ª PRINCESA ISABEL	Água Branca	9.335	26	3	5	5	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-
	Imaculada	10.392	29	-	6	6	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juru	9.234	25	1	5	5	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Manaíra	10.434	26	-	5	4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Princesa Isabel**	21.114	57	2	12	11	-	-	-	2	-	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-
	São José de Princesa	3.416	12	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
	Tavares	14.101	37	1	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1
13ª CAJAZEIRINHAS	Cajazeirinhas	2.740	8	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	Lagoa	4.415	12	1	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Paulista	11.834	27	1	6	6	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Pombal	32.473	83	3	15	15	-	1	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	1	1	-	1
	São Bentinho	4.327	9	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São Domingos	2.595	8	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, 2025.



## ANEXO A DO PLANO – SPICT-BR™



## Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR)

O SPICT é utilizado para ajudar a identificar pessoas cuja saúde está deteriorando. Avalie quanto às necessidades de suporte e cuidados paliativos não atendidas. Plano de cuidados.

### Procure por indicadores gerais de saúde em deterioração.

- Internação(ões) hospitalar(es) não programada(s).
- Declínio funcional progressivo com limitada reversibilidade. (Ex.: A pessoa permanece na cama ou numa cadeira mais da metade do tempo).
- A pessoa depende de outros para cuidados pessoais devido ao aumento de problemas físicos e/ou de saúde mental. O cuidador necessita de mais ajuda e suporte.
- Perda de peso progressiva; permanece abaixo do peso; baixa massa muscular.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado da(s) condição(ões) de base.
- A pessoa (ou a família) solicita cuidados paliativos; opta por reduzir, parar ou não fazer o tratamento; ou deseja focar na qualidade de vida.

### Procure por indicadores clínicos de uma ou mais condições de saúde que limitam a vida.

#### Câncer

Capacidade funcional em declínio devido à progressão do câncer.

Muito debilitado(a) para o tratamento do câncer ou o tratamento tem finalidade de controle dos sintomas.

#### Demência/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.

Comendo e bebendo menos; dificuldade com a deglutição.

Incontinência urinária e fecal.

Incapaz de se comunicar através da fala; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura de fêmur.

Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

#### Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.

Problema de fala com dificuldade crescente de comunicação e/ou dificuldade progressiva de deglutição.

Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

Paralisia persistente após acidente vascular cerebral com perda significativa da funcionalidade e incapacidade contínua.

#### Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa, refratárias ao tratamento otimizado; com falta de ar ou dor no peito em repouso ou ao mínimo esforço.

Doença vascular periférica grave, inoperável.

#### Doença respiratória

Doença pulmonar crônica grave; com falta de ar em repouso ou ao mínimo esforço entre as exacerbações.

Hipóxia persistente que necessita de oxigenioterapia contínua.

Já precisou de ventilação invasiva para insuficiência respiratória ou a intubação orotraqueal é contraindicada.

#### Outras condições

Deterioração com outras condições, múltiplas condições e/ou complicações irreversíveis; o melhor tratamento disponível resulta em um desfecho desfavorável.

#### Doença renal

Estágios 4 ou 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com deterioração da saúde.

Insuficiência renal como fator complicador para outras condições limitantes ou tratamentos.

Parar ou não iniciar diálise.

#### Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- Ascite refratária a diuréticos;
- Encefalopatia hepática;
- Síndrome hepatorenal;
- Peritonite bacteriana;
- Sangramentos recorrentes de varizes decorrentes de hipertensão portal.

Transplante de fígado não é possível.

### Revisar o cuidado atual e o plano de cuidados.

- Revise o tratamento e os medicamentos atuais para garantir que a pessoa receba o cuidado otimizado; diminuir a polifarmácia.
- Considere o encaminhamento para avaliação para uma equipe de Cuidados Paliativos se os sintomas ou problemas forem complexos e difíceis de manejar.
- Elaborar um plano de cuidados para o momento atual e para o futuro com a pessoa e seus familiares/pessoas próximas. Apoiar os cuidadores.
- Planejar com antecedência caso seja provável a perda da capacidade de tomada de decisão.
- Registrar, compartilhar e revisar os planos de cuidados.

## ANEXO B DO PLANO – CRITÉRIOS DA OMS PARA CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

GRUPOS	POPULAÇÃO	EXEMPLOS
Grupo 1	Crianças com condições agudas de risco de vida, das quais a recuperação pode ou não ser possível	Qualquer doença ou lesão crítica, desnutrição grave
Grupo 2	Crianças com doenças crônicas potencialmente fatais que podem ser curadas ou controlado por um longo período, mas que também pode causar a morte	Malignidades, tuberculose multirresistente, VIH/SIDA
Grupo 3	Crianças com condições progressivas de risco de vida para as quais o tratamento curativo não está disponível	Atrofia muscular espinhal, doença muscular de Duchenne distrofia
Grupo 4	Crianças com condições neurológicas graves que não são progressivas, mas pode causar deterioração e morte	Encefalopatia estática, tetraplegia espástica, espinha bífida
Grupo 5	Recém-nascidos gravemente prematuros ou com lesões congênitas graves, anomalias	Prematuridade grave, anencefalia, hérnia diafragmática congênita, trissomia 13 ou 18
Grupo 6	Membros da família de um feto ou criança que morre inesperadamente	Morte fetal, encefalopatia hipóxico-isquêmica, sepse avassaladora em uma criança previamente saudável, trauma por acidente automobilístico, queimaduras e outros.

Fonte: OMS, 2018.



## ANEXO C DO PLANO – PaPaS

Escala PaPaS			
Número:			
Domínios e Números de Itens	Item	Característica	Pontuação
<b>Domínio 1</b>	<b>Trajetória da doença e impacto nas atividades de vida diária da criança</b>		
1.1	Trajetória da doença e influência nas atividades diárias da criança (comparação com a atividade de base própria da criança nas últimas 4 semanas)	-Estável. -Deterioração lenta sem influência nas atividades diárias. -Instável e com influência nas atividades diárias e restrição das mesmas. -Deterioração significativa com restrição grave das atividades diárias.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1.2	Aumento do nº de internamentos hospitalares (>50% em 3 meses, comparado com períodos anteriores)	Não Sim	0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<b>Domínio 2</b>	<b>Resultado esperado do tratamento da doença e efeitos secundários associados</b>		
2.1	Tratamento da doença (não significa tratamento de complicações relacionadas com a doença: ex dor, dispneia ou fadiga)	-Curativo. -Controla a doença e prolonga a vida com boa QDV. -Não cura nem controla a doença, mas tem um efeito positivo na QDV. -Não controla a doença e não tem efeito na QDV.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
2.2	Efeitos secundários do tratamento (incluindo influência na família e no doente, por ex: internamentos na perspectiva do doente ou família)	-Nenhum ou ligeiros -Ligeiros -Moderados -Graves	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
<b>Domínio 3</b>	<b>Sintomas e problemas</b>		
3.1	Intensidade de sintomas e/ou dificuldade no controlo destes (últimas 4 semanas)	-Assintomático -O(s) sintoma(s) é(são) ligeiros e fáceis de controlar -Qualquer sintoma é moderado e controlável -Qualquer sintoma é grave ou difícil de controlar (hospitalização não planeada ou visitas em ambulatório, sintomas em crise)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
3.2	Distúrbios psicológicos (stress) do doente relacionados com os sintomas	-Ausente -Ligeiro -Moderado -Significativo (grave)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
3.3	Distúrbios psicológicos (stress) dos pais ou família relacionados com os sintomas e sofrimento da criança	-Ausente -Ligeiro -Moderado -Significativo (grave)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
<b>Domínio 4</b>	<b>Preferências/necessidades do doente ou pais</b>		
4.1	O doente/Os pais deseja(m) receber cuidados paliativos ou expressa(m) necessidades equivalentes aos cuidados paliativos	-Não -Sim	0 <input type="checkbox"/> por favor, responder a 4.2 4 <input type="checkbox"/> não responder a 4.2
4.2	Você ou a sua equipa sente(m) que este doente beneficiaria dos cuidados paliativos	-Não -Sim	0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
<b>Domínio 5</b>	<b>Esperança de vida</b>		
5.1	Estimativa da esperança de vida	-Vários anos -Entre meses a 1-2 anos -Entre semanas e meses -Entre dias e semanas	0 <input type="checkbox"/> por favor, responder a 5.2 1 <input type="checkbox"/> por favor, responder a 5.2 3 <input type="checkbox"/> não responder a 5.2 4 <input type="checkbox"/> não responder a 5.2
5.2	"Ficaria surpreendido se esta criança morresse repentinamente no prazo de 6 meses?"	-Sim -Não	0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		Pontuação total:	

Fonte: SIMÕES; TAVARES; MACHADO, 2023.

**ARIMATHEUS SILVA REIS**Secretário de Estado da Saúde da Paraíba  
Presidente da CIB/PB**SORAYA GALDINO DE ARAÚJO LUCENA**Presidente do COSEMS/PB  
Vice-Presidente do CIB