



ACESSO ABERTO

DESAFIOS PARA EFETIVAR A POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PEQUENOS MUNICÍPIOS DA BAHIA

Data de Recebimento:

30/07/2026

Data de Aceite:

13/08/2026

Data de Publicação:

18/08/2026

Daniela Souza de Oliveira^a^a Departamento de Ciências da Saúde, Faculdade Anhanguera. Endereço completo da instituição de afiliação. Av. J. S. Pinheiro, 1600 Bairro: Lomanto Júnior Cidade/UF: Itabuna - BA

RESUMO

Ao falar sobre Cuidados Paliativos (CP), um direito de saúde que deve ser garantido a todo cidadão brasileiro, o Estado da Bahia com seus 417 municípios, 9 Macrorregiões de Saúde, subdividido em 28 Microrregiões de Saúde (MRS), apresenta grande relevância na formulação de estratégias de atuação e Projetos de CP. Desenvolvidos pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Assim como, com a inauguração do primeiro Hospital Público de Cuidados Paliativos do Brasil no município de Salvador, entretanto apesar deste pioneirismo em pesquisa e projetos, a Bahia apresenta um elevado quantitativo de pequenos municípios do interior do Estado sem garantias a este direito, onde a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), continua sendo algo mal compreendida, e inacessível para uma população envelhecida com debilidades de saúde, longe dos grandes centros de saúde do Estado. Este Artigo tem como objetivo: Identificar as principais dificuldades para que a PNCP, seja implementada nestes pequenos municípios. Com base em uma pesquisa mista, com abordagem de relato de experiência profissional, e dados bibliográficos. Entre os resultados que podem reduzir essa desigualdade no direito a CP. estão: ações Educacionais com melhorias na qualidade do ensino nos cursos em saúde, ações da gestão com promoção de atualizações em saúde, formulação de Protocolos assistenciais que articulem a rede de Atenção à saúde município. Este artigo tem um grande potencial de alcance, por abordar um atual problema público de saúde e apresentar estratégias de resolução como o Protocolo municipal assistencial de cuidados Paliativos.¹

Palavras-chave: Educação; Saúde; integralidade; SUS; Direito.

ABSTRACT

When discussing Palliative Care (PC), a healthcare right that must be guaranteed to every Brazilian citizen, the State of Bahia—with its 417 municipalities, nine Health Macro-Regions, and 28 Health Micro-Regions (HMRs)—plays a crucial role in the development of strategies and Palliative Care projects implemented by the Bahia State Health Department (SESAB). Furthermore, Bahia became home to the first public Palliative Care hospital in Brazil, located in the city of Salvador. However, despite this pioneering role

***Autor correspondente:**

Daniela Souza de Oliveira,
Enfermeira especialista
em Oncologia e Cuidados
Paliativos, Professora de
Enfermagem. Contato: 35
99823-6398
E-mail: enfer.dannysouza@
gmail.com

Citação:

OLIVEIRA, D.S.; Desafios para
efetivar a política nacional de
cuidados paliativos em pequenos
municípios da Bahia.

Revista Multidisciplinar em
Saúde, v. 7, n. 3, 2026. <https://doi.org/10.51161/integrar/rem/4936>

DOI: 10.51161/integrar/
rem/4936

Editora Integrar© 2026.

Todos os direitos reservados.

in research and project development, the state still has a large number of small inland municipalities where access to this healthcare right remains limited. In these municipalities, the National Palliative Care Policy (PNCP) continues to be poorly understood and largely inaccessible to an aging population with complex health needs, living far from the state's major healthcare centers. This article aims to identify the main barriers to implementing the PNCP in these small municipalities. The study is based on a mixed-methods approach, combining a professional experience report with a bibliographic review. The findings suggest that several strategies may help reduce these inequalities in access to Palliative Care, including educational initiatives to improve the quality of health professional training, management actions that promote continuing health education, and the development of clinical care protocols capable of integrating the municipal Health Care Network. This article has significant potential to contribute to the field by addressing a current public health challenge and presenting practical implementation strategies, including the proposed, Municipal Palliative Care Assistance Protocol (Appendix 1).

Keywords: Education; Health; Integrality; SUS; Right.

INTRODUÇÃO

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988¹ afirma que a saúde é um direito de todos e dever do estado que deve ser garantido mediante Políticas Públicas que garantam a universalidade, integralidade e equidade da assistência. Entretanto mesmo tendo a integralidade como princípio fundamental do sistema único de saúde (SUS), o acompanhamento em Cuidados Paliativos, continua sendo um direito muito seletivo, disponibilizado principalmente a parcela da sociedade com melhor formação escolar e maior condição financeira.

Em comunidades com maior exposição a vulnerabilidade socioeconômica, zonas rurais, favelas ou em pequenos municípios e distritos longe dos grandes centros de saúde do Estado da Bahia, este direito instituído pela Portaria GM/MS nº 3.681, de maio de 2024² permanece inacessível para a população.

De acordo com dados da Tábua da mortalidade 2024 do IBGE³, a população brasileira está vivendo mais, em média 76,6 anos, entretanto concomitantemente a este aumento na expectativa de vida está o aumento no número de casos de doenças crônicas não transmissíveis, doenças degenerativas do sistema nervoso, limitadoras de vida, que com sua evolução poderão tornar o paciente elegível a ser acompanhado por CP. Mesmo assim gestores públicos de saúde não compreendem a necessidade de articular a RAS para disponibilizar o acompanhamento em cuidados paliativos.

Esta pesquisa tem como objetivo: facilitar a compreensão sobre a importância do cuidado paliativo; importância da articulação da RAS, implementação de Protocolos assistenciais em cuidados paliativos que atendam a necessidade e fragilidades dos municípios; ratificar a importância de instituições de ensino superior (IES); cursos técnicos profissionalizantes abram espaço em sua grade de ensino para disciplina de Cuidados Paliativos. Para educar os futuros profissionais de saúde que estarão preparados para atender este montante de pacientes que necessitam do acompanhamento.

RELATO DE CASO / EXPERIÊNCIA

Como Profissional especialista na área, com atuação no SAD do Programa Melhor em Casa em um pequeno município da MRS Itabuna/Ilhéus, atuo intrinsecamente dentro da realidade de vida dos pacientes acamados, os quais muitas vezes sofrem constantemente com a dor física, emocional e o abandono social, por falta de efetividade nas aplicações de Políticas Públicas que deveriam garantir promoção, prevenção,

tratamento e reabilitação de saúde. Muitos pacientes em quadros graves de saúde ou já em fim de vida não recebem ao menos garantia de visitas dos profissionais de saúde da estratégia de Saúde da Família (ESF).

DISCUSSÃO

Apesar dos Cuidados Paliativos (CP), ser um direito instituído por lei, ainda hoje falar sobre cuidados paliativos em pequenos municípios do interior da Bahia, continua sendo um grande desafio, pelo reduzido número de publicações sobre o tema, o que demonstra o quanto o acompanhamento em cuidados paliativos continua sendo negligenciado por gestores públicos, profissionais de saúde, conselhos de saúde, pesquisadores, pela educação e comunidade em geral.

Entre os principais desafios para implementação efetiva do acompanhamento em cuidados paliativos estão:

01	Má compreensão de gestores públicos e profissionais de saúde sobre o acompanhamento em cuidados Paliativos;
02	Reduzido quantitativo de profissionais especialistas em Cuidados Paliativos;
03	Má formação profissional;
04	Falta de projetos de educação em saúde para reduzir o preconceito da população relacionada a Cuidado Paliativo e ao fim de vida;
05	Falta de estratégia de atuação em CP. nos municípios;
06	Falta de elaboração de Protocolos assistenciais que supram as necessidades e fragilidades do município;
07	Orçamento reduzido
08	Dificuldade para os pequenos municípios se adequarem as regras exigidas pela PNCP, para receberem financiamento, capacitação e vinculação Núcleo Estadual de Cuidados Paliativos.

Ainda hoje, para muitos profissionais atuantes no SUS, não compreendem do que se trata este cuidado, como poderiam atuar em seu setor promovendo um atendimento em cuidados paliativos, pois a definição de Cuidados Paliativos é muito vaga, onde comunidade e profissionais associam o cuidado paliativo a não se ter mais nada a fazer para salvar a vida do paciente, com base na definição anterior da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre cuidados paliativos que destacava sua relevância para pacientes que não respondiam a terapias curativas. Entretanto hoje a definição, diretrizes e objetivos estão mais alinhadas e compreensíveis.

“Considerando que os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e da avaliação e tratamento corretos da dor e outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais” (p. 1, grifo nosso)

Organização Mundial da Saúde 2014⁴

De acordo com o Art. 1º da PNCP - 2024⁵ Compreende-se como cuidados paliativos: ações e serviços de saúde para alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou outras condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida.

Durante pesquisas realizadas em pequenos municípios da MRS. Itabuna/Ilhéus e MRS Jequié, foi observado que o atendimento em Cuidados Paliativos no SUS. na maioria dos municípios não são ofertados a população e que em alguns municípios ocorrem de forma fragmentada em alguns pontos da rede, hospitais ou UBS, mas não de forma integral com articulação da RAS. Com equipe assistencial

de Cuidados Paliativos trabalhando de forma integrada com a Atenção Primária a Saúde (APS), SAD, Hospitais, Urgência e Emergência e Ambulatórios.

Entre os principais desafios listados anteriormente, serão apresentados também possíveis soluções:

I - Má compreensão de gestores públicos e profissionais de saúde sobre o acompanhamento em cuidados Paliativos;

Os conselhos de saúde municipais precisam realizar projetos educativos sobre Cuidados Paliativos, solicitar avaliação da situação de saúde de cada território do município, enumerar necessidades da população e benefício que esses pacientes e suas familiares terão com a implementação da PNCP.

II - Reduzido quantitativo de profissionais especialistas em Cuidados Paliativos;

Um maior quantitativo de cursos de especialização em cuidados paliativos com carga horária teórico-prática que preparem profissionais com qualidade para atuar em Cuidados Paliativos. Em 27 de janeiro de 2026 o Conselho Regional de Enfermagem (COREN – BA)⁶, lançou o edital para o curso de especialização em Cuidados Paliativos para Técnicos de Enfermagem, tendo como objetivo capacitar centenas de profissionais técnicos para atuar neste serviço.

III - Má formação profissional;

Ainda no setor educacional, é necessário um maior espaço na grade acadêmica para que os alunos compreendam sobre Cuidados Paliativos, e sua influência para garantirmos um cuidado integral aos pacientes.

IV - Falta Projetos de Educação em saúde para reduzir o preconceito da população relacionada a Cuidado Paliativo e ao fim de vida;

Falar sobre CP. É necessário, através de comunicações pelas redes sociais, imprensa, salas de espera nos postos de saúde, para aumentar a compreensão da população sobre o que se trata cuidados paliativos, como ocorre esse acompanhamento e que a morte é inevitável ao ser humano, entretanto é preciso reduzir ou evitar o sofrimento no fim de vida ao paciente e sua família.

V - ‘Falta de estratégia de atuação em CP. nos municípios;

Elaborar estratégia de avaliação de pacientes elegíveis com utilização de instrumentos como o NECPAL, buscar iniciar este acompanhamento o mais precoce possível, organizar a RAS. Para que os profissionais compreendam a referência e contrarreferência desse paciente.

VI - Falta de elaboração de Protocolos assistenciais que supram as necessidades e fragilidades do município;

A criação de Protocolos assistenciais que orientem como e quando cada setor e membro da equipe multiprofissional deverá atuar (modelo em anexo ao artigo).

VII - Orçamento reduzido.

Buscar com gestores públicos Estaduais e Federal, recursos que se disponibilizados sejam utilizados para implementar Programas Municipais de Cuidados Paliativos com base na PNCP- 2024.

VIII - Dificuldade para os pequenos municípios se adequarem as regras exigidas pela PNCP, para receberem financiamento, capacitação e vinculação Núcleo Estadual de Cuidados Paliativos.

Onde de acordo com a PNCP5:

EACPArt. 14. A EACP se constituirá como uma equipe interdisciplinar, de gestão municipal e atuação multiprofissional, responsável por realizar ações de cuidados paliativos no âmbito do estabelecimento a que

estiver vinculada e, conforme o caso, em outros pontos de atenção da RAS no território de abrangência, para adultos e/ou crianças, acompanhando-os integralmente até o óbito e apoiando a família no pós-óbito.

§ 1º As EACP poderão estar vinculadas a hospitais, unidades de urgência, ambulatorios de atenção especializada ou serviços de atenção domiciliar, devendo atuar de forma integrada com as equipes dos serviços.

§ 2º As EACP terão território de atuação na proporção de uma equipe para cada 400 (quatrocentos) leitos SUS habilitados.

§ 3º As EACP deverão ser implementadas por meio de formação e habilitação específicas, visando garantir acesso de qualidade e humanizado aos cuidados paliativos no âmbito da RAS, de forma integrada com a atenção primária.

Art. 27. Os valores mensais de custeio para as equipes de cuidados paliativos serão:

I - EMCP: R\$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais);

II - EMCP com pediatra: R\$ 78.000,00 (setenta e oito mil reais);

e III - EACP: R\$ 44.200,00 (quarenta e quatro mil e duzentos reais). Parágrafo único. Para os municípios e estados localizados na região da Amazônia Legal, será acrescido 30% (trinta por cento) ao valor correspondente, para cada equipe habilitada.

Evidenciando assim que a política Nacional de Cuidados Paliativos não foi pensada para a real necessidade de pequenos municípios.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa procurou compreender tanto os desafios para implementar a PNCP em pequenos municípios do interior da Bahia, quanto apresentou sugestões de resolução destes desafios; na conclusão deste trabalho ratifica que o problema de pesquisa poderá ser solucionado com ações educacionais e a gestão em saúde dos municípios. Este trabalho tem um potencial de grande alcance pois aborda uma iminente crise de saúde que temos vivido, onde para o mais pobre a morte é mais dolorosa, podendo subsidiar futuramente gestores na compreensão das necessidades de saúde de sua população, assim como pesquisadores podem se aprofundar em conhecer a situação de saúde em cada MRS.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2026.

2- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 30 jul. 2026.

3- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Expectativa de vida chega a 76,6 anos em 2024. **Agência IBGE Notícias**, Rio de Janeiro, 28 nov. 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/45275-expectativa-de-vida-chega-a-76-6-anos-em-2024>. Acesso em: 30 jul. 2026.

4- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. Geneva: World Health Organization, 2014. (Sixty-seventh World Health Assembly, WHA67.19). Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf. Acesso em: 30 jul. 2026.

5- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 30 jul. 2026.

6- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis. **Edital n.º 002/2026: processo de seleção de discentes para o 1º Curso de Especialização em Cuidados Paliativos – Nível Técnico**. Salvador: SESAB/ESPBA, 2026. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2026/01/EDITAL-CURSO-CP_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2026.

ANEXO-1

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Altora: Oliveira, D.S. 2025

Base Legal

- Constituição Federal de 1988;
- Lei nº 8.080/1990;
- Portaria GM/MS nº 3.681, de 07 de maio de 2024 (Política Nacional de Cuidados Paliativos);
- Diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Princípios Bioéticos (Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça). (Biblioteca Virtual em Saúde)

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para identificação, avaliação, acompanhamento e assistência integral às pessoas elegíveis para Cuidados Paliativos no município, garantindo atendimento humanizado, contínuo, interdisciplinar e articulado entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a:

- Atenção Primária à Saúde (USF)
- Hospital Municipal
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Programa Melhor em Casa (quando existente)
- Policlínica Municipal
- Ambulatório Especializado
- Assistência Farmacêutica
- Assistência Social (CRAS/CREAS)
- Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos

3. POPULAÇÃO ELEGÍVEL

Pacientes com doenças que ameaçam ou limitam a continuidade da vida:

- Câncer avançado
- Insuficiência cardíaca avançada
- DPOC grave
- Doença renal terminal
- Cirrose avançada
- Demências
- Doenças neurológicas degenerativas
- ELA
- Parkinson avançado
- AVC incapacitante
- Crianças com doenças limitantes da vida
- Síndromes de fragilidade
- Pacientes com múltiplas internações

4. CRITÉRIOS DE IDENTIFICAÇÃO

Utilizar ferramentas reconhecidas:

- Pergunta Surpresa

"Eu me surpreenderia se este paciente morresse nos próximos 12 meses?"

Se a resposta for NÃO, iniciar avaliação paliativa.

Associar:

- SPICT
- PPS (Palliative Performance Scale)
- ECOG
- Karnofsky
- NECPAL (quando disponível)

5. FLUXO ASSISTENCIAL

Entrada

Paciente pode ser identificado por:

- USF
- SAD
- Hospital
- SAMU
- Ambulatório
- Especialistas
- Internação
- Família

↓

Avaliação Multiprofissional

↓

Estratificação da Complexidade

↓

Plano Individual de Cuidados (PIC)

↓

Acompanhamento compartilhado

↓

Reavaliações periódicas

↓

Cuidados de fim de vida

↓

Luto familiar

6. CLASSIFICAÇÃO DA COMPLEXIDADE

Nível I

Baixa complexidade

Acompanhamento pela APS

Nível II

Complexidade moderada

APS + equipe matricial

Nível III

Alta complexidade

Equipe especializada em Cuidados Paliativos

Hospital

Internação

Assistência Domiciliar

7. AVALIAÇÃO INICIAL

Realizar:

Avaliação Clínica

- Diagnóstico
- Prognóstico
- Comorbidades
- Funcionalidade

Avaliação Física

- Dor
- Dispneia
- Náuseas
- Vômitos
- Constipação
- Fadiga
- Delirium
- Úlceras por pressão
- Nutrição
- Hidratação

Avaliação Psicológica

- Ansiedade
- Depressão
- Medos
- Sofrimento emocional

Avaliação Social

- Rede de apoio
- Condições financeiras
- Cuidador principal
- Benefícios sociais

Avaliação Espiritual

- Crenças
- Valores
- Necessidades espirituais
- Desejos da família

A PNCP prevê atenção às dimensões física, psicológica, social e espiritual, respeitando os valores e a autonomia da pessoa cuidada. (BVSMS)

8. PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS (PIC)

Deverá conter:

Objetivos terapêuticos

Controle de sintomas

Preferências do paciente

Diretivas antecipadas de vontade

Local preferido para cuidados

Condutas em urgências

Medicamentos

Contato da equipe

Cronograma de visitas

9. CONTROLE DE SINTOMAS

Protocolos específicos para:

Dor

Dispneia

Delirium

Agitação

Ansiedade

Depressão

Náuseas

Constipação

Feridas

Secreções respiratórias

Caquexia

Fadiga

Insônia

Prurido

Soluços

Convulsões

Hemorragias

10. VISITAS DOMICILIARES

Classificação:

Alta complexidade

1–2 vezes por semana

Média complexidade

Quinzenal

Baixa complexidade

Mensal

Sempre que houver intercorrência clínica.

11. CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO

Dor refratária

Dispneia grave

Delirium grave

Hemorragias

Convulsões

Fraturas

Desidratação grave

Falta de cuidador

Sintomas sem controle domiciliar

12. CUIDADOS DE FIM DE VIDA

Reconhecimento da terminalidade.

Priorizar:

Conforto

Controle rigoroso de sintomas

Suspensão de medidas fúteis

Comunicação contínua com a família

Apoio espiritual

Respeito às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)

A PNCP enfatiza o respeito à autonomia, às preferências da pessoa e às diretivas antecipadas quando existentes. (BVSMS)

13. ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA

Educação do cuidador

Treinamento

Prevenção da sobrecarga

Apoio psicológico

Orientações para óbito domiciliar

Acompanhamento do luto

14. INDICADORES DE QUALIDADE

Número de pacientes identificados

Número de pacientes cadastrados

Tempo entre identificação e inclusão

Controle adequado da dor

Número de internações evitáveis

Número de visitas domiciliares

Óbitos no local de preferência do paciente

Satisfação familiar

Tempo de resposta às intercorrências

Capacitação das equipes

15. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Médico: diagnóstico, prognóstico, prescrição e definição de objetivos terapêuticos.

Enfermeiro: avaliação integral, Processo de Enfermagem, controle de sintomas, educação do cuidador e coordenação do cuidado.

Psicólogo: suporte emocional, comunicação de notícias difíceis e apoio ao luto.

Assistente Social: articulação da rede de apoio e garantia de direitos sociais.

Fisioterapeuta: manejo da funcionalidade, mobilidade e dispneia.

Nutricionista: avaliação nutricional e adequação alimentar conforme objetivos de cuidado.

Farmacêutico: conciliação medicamentosa e orientação sobre uso seguro dos medicamentos.

Fonoaudiólogo: avaliação da deglutição e estratégias de comunicação.

Terapeuta Ocupacional: adaptação funcional e promoção da autonomia.

Capelania ou assistência espiritual: atendimento conforme a vontade da pessoa e da família.

16. REFERÊNCIAS

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. (Biblioteca Virtual em Saúde)

• Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos.

• Organização Mundial da Saúde (OMS). Palliative Care.

• Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Informativo sobre a implementação da PNCP. (Conass)

Esse modelo pode ser expandido para um Manual Técnico de aproximadamente 80 a 120 páginas, semelhante aos protocolos oficiais do Ministério da Saúde, incluindo fluxogramas, formulários padronizados (admissão, evolução, alta, óbito, visitas domiciliares), escalas validadas (ESAS, PPS,

ECOG, Karnofsky, SPICT, NECPAL), protocolos completos de controle de sintomas, indicadores de qualidade e um plano de implantação específico para municípios como Ubatã-BA. Isso resultaria em um documento pronto para submissão e aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde.