



**ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO****Potencialidades e desafios da Política Nacional de Cuidados Paliativos**

Potential and challenges of the National Palliative Care Policy

Potencial y desafíos de la Política Nacional de Cuidados Paliativos

Caio Matos Santana<sup>1</sup> , Roberval Passos de Oliveira<sup>2</sup> 

1 - Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (PRMFC/SMS-SSA), Salvador, Bahia, Brasil

2 - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil

**RESUMO**

Em 2024, o governo brasileiro elaborou a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), que visa instituir um modelo de organização da assistência às pessoas com necessidades de Cuidados Paliativos. Diante desse contexto, o presente trabalho se propõe a analisar as potencialidades e os desafios da PNCP, com enfoque especial na Atenção Básica à Saúde. Para tanto, realizou-se uma pesquisa documental, utilizando-se, além do texto da PNCP, diversos documentos públicos, cujos conteúdos contribuiriam para a caracterização de parte do percurso histórico de elaboração da política. O ponto de partida para a análise da PNCP foram os contextos macro e micropolítico da sociedade brasileira, que precederam a elaboração da política. A seguir, são abordados os atores sociais envolvidos na construção da política, a exemplo do Governo Federal, dos conselhos de secretários de saúde, assim como dos movimentos sociais relacionados ao tema. Por fim, os elementos que compõem o texto da política são discutidos. Entende-se que a PNCP tem potencial para estabelecer um marco histórico no processo de produção de cuidados às pessoas em condições de saúde potencialmente ameaçadoras à vida. No entanto, sua implementação poderá ser desafiadora, visto que se desenvolve concomitantemente à reestruturação do setor da Saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** saúde pública; atenção básica à saúde; condições potencialmente ameaçadoras à vida.

**Histórico do Artigo**

Recebido 09 Dezembro 2025

Aprovado 27 Janeiro 2026

**Correspondência**

Caio Matos Santana  
Secretaria Municipal de Saúde de  
Salvador (SMS-SSA), Escola de Saúde  
Pública de Salvador (ESPS)  
Rua Miguel Calmon, 75 - Comércio  
Salvador - BA, CEP: 40301-155.  
E-mail: caiomfc25@gmail.com

**Como citar**

Santana CM, Oliveira RP. Potencialidades e desafios da Política Nacional de Cuidados Paliativos. Rev. Saúde Col. UEFS 2025; 15(4):e12416.

## INTRODUÇÃO

Em razão dos avanços técnico-científicos no setor da saúde<sup>1</sup>, as nações desenvolvidas e em desenvolvimento têm experimentado uma recente transição demográfica e epidemiológica, marcada pela tendência de crescimento da população idosa e pelo aumento das taxas de morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>2-4</sup>. Esse cenário implica em um crescente número de pessoas em sofrimento devido a doenças de curso prolongado que impõem limites significativos à qualidade de vida.

Estima-se a existência de 56,8 milhões de pessoas em todo o mundo com necessidade de Cuidados Paliativos (CP), dentre as quais, aproximadamente 25,7 milhões encontram-se no último ano da vida<sup>4</sup>. Esses dados reforçam a necessidade de construção e fortalecimento de ações e serviços destinados a promover cuidados em contextos de terminalidade ou de doenças avançadas, de modo interdisciplinar, multiprofissional e integral.

A partir do reconhecimento dessas questões, o conceito de CP vem sendo debatido no campo das Ciências da Saúde com o objetivo de propor um modo de cuidar das pessoas sem reduzi-las às doenças que as afligem<sup>1</sup>. Dessa maneira, os CP são compreendidos como um conjunto de atitudes e práticas que visam proporcionar conforto às pessoas que convivem com doenças ameaçadoras à vida<sup>4</sup>, incluindo ações orientadas, prioritariamente, à promoção do bem-estar, podendo ou não abarcar tratamentos curativos<sup>2</sup>.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os CP podem ser compreendidos como um conjunto de intervenções destinadas a qualificar a existência de pessoas que enfrentam problemas decorrentes de doenças potencialmente fatais em qualquer fase da vida<sup>4</sup>. Ainda de acordo com essa instituição, por meio da identificação precoce de tais pessoas no território assistido, pode-se desenvolver práticas tecnicamente eficientes, culturalmente adaptadas e economicamente viáveis para a prevenção e o alívio do sofrimento produzido por problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Conforme essa definição, os CP seriam uma estratégia de fomento a uma cultura de promoção de cuidados que está para além da busca da cura como objetivo restrito para todos os contextos<sup>1,2,5</sup>. Consequentemente, essa estratégia teria como exigência fundamental a adoção de um olhar ampliado acerca do processo saúde-doença-cuidado, tendo como imagem-objetivo o bem-estar das pessoas em sofrimento, sem se furtar à realização de um diálogo franco sobre questões concernentes à compreensão da finitude da vida e à experiência da enfermidade.

Embora não se limitem aos cuidados em terminalidade, os CP são aplicados em contextos nos quais as fragilidades da vida humana são expostas e a morte passa a ser percebida como possibilidade iminente<sup>2-4</sup>. Contudo, o momento de compreensão da finitude tende a ser adiado ou mesmo negado pelo modelo médico-assistencial hegemônico, que entende a morte como um fracasso e, portanto, algo a ser persistentemente combatido<sup>2,3,6,7</sup>.

Indo de encontro a esse pensamento, predominante na Medicina Ocidental, Floriani e Schramm<sup>2</sup> afirmam que os cuidados em saúde, especialmente no âmbito dos CP, também devem incluir ações que assegurem a dignidade humana no momento da morte, respeitando valores e crenças dos sujeitos em fim de vida. De acordo com esses autores, a intervenção profissional deve atravessar todo o processo, incluindo o acolhimento aos familiares durante o luto.

Nesse sentido, a rejeição à temática da morte, nos espaços destinados à produção de cuidados e na prática cotidiana, pode implicar na redução da capacidade dos sistemas e serviços de saúde de reconhecerem as pessoas com necessidades de CP, adiando o início do seguimento terapêutico<sup>8</sup>. Por conta disso, a OMS defende a concepção de que o acesso aos CP é um direito humano fundamental<sup>4</sup>, sendo, portanto, um marcador do desenvolvimento tecnológico, econômico e social das nações ao redor do globo<sup>5</sup>.

Estudos recentes<sup>1,5,8</sup> sugerem um crescimento do interesse pelo tema em questão no Brasil, mas alertam que isso, até então, não se reflete em aumento na oferta de serviços de modo proporcional à demanda. Nota-se que há um intervalo de pouco mais de meio século entre a introdução do debate sobre CP no país, algo ocorrido por volta da década de 1970<sup>1</sup>, e a construção de uma política pública específica. Para Rodrigues, Silva e Cabrera<sup>5</sup>, esse atraso resulta em uma significativa demanda oculta de sofrimento não aliviado.

Apenas no ano de 2024, o governo brasileiro elaborou a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), que visa instituir um modelo de organização da assistência às pessoas acometidas por condições de saúde potencialmente ameaçadoras à vida ou promotoras de sintomas limitantes ou incapacitantes<sup>9</sup>. Tal intervenção se alinha a concepções do campo científico que afirmam a importância de construir estratégias eficientes para atender ao cenário epidemiológico predominante nos dias de hoje<sup>1,4,5,7</sup>.

Atualmente, estima-se a existência de 625 mil pessoas com necessidade de CP no Brasil, dentre as quais 591.890 são adultos e 33.894, crianças<sup>10</sup>. Para atender a essa demanda, até o ano de 2022, conforme dados da Academia Nacional de Cuidados Paliativos<sup>8</sup>, o país contava com um total de 234 serviços de CP, com maior concentração na região Sudeste (41,8%), seguida pelo Nordeste (25,7%), Sul (17,1%), Centro-Oeste (12%) e Norte (3,4%).

Para além disso, o cenário atual dos CP em território brasileiro é marcado pela existência de serviços fragmentados, que limitam a produção de cuidados integrais e holísticos. Há também uma tendência à oferta dessa assistência, predominantemente, em ambientes hospitalares, onde as pessoas acometidas por doenças potencialmente ameaçadoras à vida são submetidas a tratamentos, por vezes, desnecessários e experimentam restrições ao convívio familiar, o que implica na possibilidade de aumento do sofrimento<sup>10</sup>.

Entretanto, a compreensão atual sobre CP incita a necessidade de oferta descentralizada, em qualquer nível da

Rede Assistencial à Saúde (RAS), com destaque especial para o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) nesse contexto<sup>5,6,7</sup>. Desde a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017<sup>11</sup>, a palição é entendida como uma competência a ser desenvolvida por profissionais desse nível da assistência.

Tal destaque parte do princípio de que a ABS é “a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”<sup>11</sup>. Dessa forma, entende-se que sua potencialidade se expressa, sobretudo, pela proximidade com os lugares onde as pessoas com necessidades de CP vivem, viabilizando o reconhecimento precoce das demandas e o tratamento em tempo oportuno<sup>6</sup>.

Em adição, a proximidade geográfica, decorrente de ser uma assistência de base territorial e comunitária, possibilita que os profissionais desse dispositivo da RAS desenvolvam um olhar sensível às questões de ordem sociocultural, espiritual, econômica e étnico-racial que determinam o processo saúde-doença-cuidado<sup>11</sup>. Por conta disso, as chances de produzir cuidados humanizados, com respeito à autonomia das pessoas em sofrimento e aos seus familiares aumentam<sup>1,3</sup>.

Nessa conjuntura, a construção da PNCP assume grande importância ao reafirmar o compromisso do Sistema Único de Saúde (SUS) com a prestação de uma assistência atenta às demandas expressas no território nacional, mantendo a ABS como ponto central da RAS<sup>9</sup>. Essa política reitera também a função social do sistema brasileiro de saúde pública, que consiste na valorização da vida, mas acrescenta a importância de trazer à tona a temática da morte como variável fundamental do processo de produção de cuidados.

Diante dessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo analisar potencialidades e desafios da PNCP, com enfoque especial na ABS. Entende-se que uma leitura crítica e atenta do documento, à luz de bases teóricas das Ciências Políticas, pode contribuir com as discussões acerca da PNCP para a integração de intervenções paliativas nos cuidados básicos à saúde.

## METODOLOGIA

O percurso metodológico trilhado no presente trabalho perpassou uma revisão de conceitos basilares para o campo das Ciências Políticas. O próprio processo sócio-histórico de estabelecimento desse campo científico foi impulsionado pela necessidade de analisar as respostas governamentais aos problemas sociais, definidas como políticas públicas<sup>12,13</sup>.

Para pesquisadores dessa área<sup>12,15</sup>, uma política pública é fruto de negociações e conflitos entre um conjunto diverso de atores sociais, individuais ou coletivos, que encenam uma trama complexa desde o seu planejamento e elaboração até a sua implementação, promovendo mudanças significativas em cada etapa. Por isso, Baptista e Mattos<sup>12</sup> defendem que a política é um produto dinâmico resultante de disputas de poderes, interesses e saberes que, embora possa refletir a

predominância de um dos discursos disputantes em seu texto oficial, não exclui os demais do cotidiano das práticas.

Assim, o método analítico a ser adotado não deve se ater exclusivamente ao texto da política, sem levar em conta a conjuntura social e o momento histórico em que se dá a sua elaboração, bem como as tensões entre os atores envolvidos no processo<sup>13</sup>. Nesse sentido, a compreensão do contexto de formulação de uma política pública é indicada como parte essencial do processo de análise<sup>12,13, 14</sup>.

Conforme essa perspectiva, um olhar restrito ao conteúdo dificulta o entendimento das questões relacionadas ao êxito ou fracasso de uma política pública, que se caracteriza como viva e mutável<sup>14</sup>. Diante disso, houve uma busca, no campo das Ciências Políticas, pela formulação de métodos de análise que abarcassem a complexidade do processo de construção e implementação de políticas<sup>12</sup>, o que levou a popularização de perspectivas que trabalham com a compreensão dos ciclos de políticas públicas<sup>15</sup>.

De acordo com esse prisma analítico, há momentos ou fases distintas no processo de construção de uma política pública que se interrelacionam, sem obrigatoriamente serem sequenciais. Trata-se, portanto, de um modelo didático que fragmenta o *continuum* desse processo para facilitar a observação minuciosa de cada uma das fases<sup>13, 15</sup>.

Na visão de Stephen J. Ball, discutida por Jesus<sup>16</sup>, um modo de superação de uma possível fragmentação imposta pela análise, a partir dos ciclos de políticas públicas, depende do entendimento de que as políticas são composições instáveis, em constante movimento e incertas quanto aos resultados. Diante disso, o processo de construção de uma política (as fases ou os ciclos) não deve ser enxergado como linear. Ainda conforme as ideias desse autor, influências (os atores e seus discursos), textos (documentos) e práticas integram todas as fases por meio do estabelecimento de contextos, que se interrelacionam de modo não sequencial ou hierarquizado.

Essa concepção se aproxima de outro modelo proposto por Walt e Gilson<sup>14</sup>, que defendem um método analítico que também visa superar a fragmentação imposta pelos ciclos de políticas públicas e não se limitar a estudar apenas o enunciado formal da política. As autoras apresentam quatro elementos essenciais para a análise de políticas públicas: o contexto (onde e em que momento sócio-histórico a política é formulada); o processo político (mais próximo da ideia de fases ou etapas, buscando entender o percurso trilhado); os atores (influências, posicionamentos e conflitos); e o conteúdo (enunciado do documento que conforma a política).

No presente estudo, as discussões apresentadas pelos modelos de Ball<sup>16</sup> e de Walt e Gilson<sup>14</sup> acerca da análise de políticas públicas influenciaram a elaboração de uma base teórica para o desenvolvimento de uma leitura crítica sobre a PNCP. Destarte, realizou-se uma pesquisa documental de caráter descritivo e analítico, buscando acessar fundamentos teóricos e decisões político-ideológicas adotadas na construção da PNCP.

Por se valer de um método que valoriza a linguagem como matéria-prima do processo de produção de conhecimento, esta pesquisa recorreu a diversos documentos públicos, cujos conteúdos contribuíram para a caracterização de parte do percurso histórico de elaboração da PNCP. Dessa forma, também foram analisados: os relatórios do Gabinete de Transição Governamental, das reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ocorridas entre os anos de 2023 e 2024, e da 17ª Conferência Nacional de Saúde (CNS); o discurso de posse da primeira Ministra da Saúde do atual governo, Nísia Trindade, transcrito e disponibilizado no site oficial do Ministério; bem como a conferência de apresentação da política, acessada no perfil do Ministério da Saúde (MS), no YouTube. Os dados apresentados nesses documentos foram organizados por meio de categorias analíticas produzidas a partir dos elementos essenciais para a análise de políticas públicas, propostos por Walt e Gilson<sup>14</sup>: contexto; processo político; atores; e conteúdo.

Utilizou-se como estratégia analítica para a leitura dos textos selecionados a abordagem hermenêutica-dialética, cuja *práxis* científica se destina à compreensão e à crítica de uma dada realidade, reconhecida através da linguagem utilizada por algum comunicante<sup>17</sup>. Segundo esse referencial, o pesquisador deve adotar uma postura, ao mesmo tempo, crítica e respeitosa em relação aos textos que se dispõe a compreender, evitando a parcialidade e a seletividade em sua leitura. Em contrapartida, Minayo<sup>18</sup>, reconhecendo a inexistência de investigação sem pré-juízos ou preconceitos, alerta que, ao invés de excluir, esse método inclui o pesquisador no mundo da vida e na sociedade, entendendo-o como dotado de valores e crenças prévias, por vezes divergentes daquelas que circulam entre as pessoas ou no grupo que se destina a compreender. A possibilidade do conflito, do encontro entre opostos, enriquece a produção do conhecimento por viabilizar o exercício dialético. Dessa forma, a hermenêutica-dialética presume a possibilidade do entendimento e da intersubjetividade<sup>17</sup>.

A leitura crítica dos discursos imanentes em cada texto analisado serviu de matéria-prima para a elaboração de projeções acerca dos desafios e potencialidades do processo de implementação da PNCP. Em torno da construção de uma determinada política pública, orbitam dilemas e conflitos sociais inerentes ao momento sócio-histórico em que se dá o seu desenvolvimento, cujas influências moldam desde o enunciado da própria política (objetivos, ações previstas etc.) até a forma como será recepcionada no campo prático<sup>13</sup> – embora esse último momento não seja analisado no presente trabalho.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ponto de partida para a análise da PNCP foram os contextos macro e micropolíticos da sociedade brasileira, que precederam a elaboração da política. Nessa perspectiva, abordaram-se: os desdobramentos da doutrina neoliberal nos governos brasileiros; o advento da pandemia de COVID-19; o processo de transição do governo do presidente Jair Bolsonaro

para o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva; assim como a construção do Plano Nacional de Saúde (PNS) para o quadriênio de 2024-2027.

No âmbito macropolítico, pode-se destacar, especialmente a partir do início dos anos 2000, o avanço do pensamento neoliberal sobre a gestão pública, o que resultou em perdas significativas no campo das políticas sociais e dos direitos humanos<sup>1,19</sup>. Conforme defendido por alguns autores<sup>1,20</sup>, a implementação da Emenda Constitucional nº 95, em 2016 (EC 95/2016), durante o governo do presidente Michel Temer, pode ser caracterizada como o principal marco histórico dessa conjuntura, pois resultou na adoção de rigorosa política de austeridade fiscal, com o congelamento das despesas da União por 20 anos.

Notadamente, as consequências da EC 95/2016 se ampliaram durante o governo seguinte, chefiado pelo presidente Jair Bolsonaro, que se configurou como território fértil para a reverberação de um projeto político-ideológico que fragilizava as instituições do Estado em prol de uma maior concentração de privilégios nas mãos de uma minoria que já detinha a maior parte das riquezas produzidas pela sociedade brasileira<sup>22</sup>. Como resultado desse cenário, houve o agravamento de mazelas sociais devido à baixa capacidade do governo de investir em políticas de reparação de desigualdades, levando ao empobrecimento da população e ao retorno da fome em território nacional, dentre outros retrocessos em setores sociais estratégicos<sup>20</sup>. Em especial, para o ano de 2023, o setor da saúde apresentava previsão de corte de investimento de 10,47 bilhões, com impactos diretos no custeio de programas essenciais ao funcionamento do SUS, especialmente os relacionados à assistência farmacêutica e especializada<sup>23</sup>.

Ao direcionar o olhar sobre o microcontexto do setor saúde, Malta *et al.*<sup>21</sup> destacam os efeitos deletérios das políticas de austeridade fiscal sobre os determinantes sociais, levando a uma conseqüente piora dos indicadores acerca das DCNT. Para essas autoras, o empobrecimento expressivo da população e a incapacidade do Estado de promover ações de proteção social, ao longo dos últimos anos, conformam-se enquanto agressões à função social do SUS de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e acolhedora para os seus integrantes.

De modo complementar, Moraes e Teixeira<sup>19</sup> sugerem que o subfinanciamento da saúde é um problema crônico, que se aprofunda nesse momento histórico de contingenciamento. Em comparação com Portugal, Espanha, Itália, França e Reino Unido, ao longo do período entre 2000 e 2014, o Brasil foi o país com menor investimento público em saúde e, em contrapartida, maior destinação de uma porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB) para gastos privados no mesmo setor.

Essa conjuntura favoreceu a compreensão da existência de um projeto político-ideológico alinhado ao neoliberalismo, que visava o desfinanciamento do sistema público de saúde, reduzindo, assim, suas capacidades de ofertar assistência equânime, universal e qualificada às necessidades de saúde da

população, em particular da parcela mais vulnerabilizada<sup>19</sup>. Os efeitos desse desmonte do aparato estatal brasileiro puderam ser sentidos, de maneira ainda mais profunda, durante a pandemia da COVID-19<sup>23</sup>. Ao longo do período pandêmico, que se estendeu de março de 2020 até maio de 2023, o Brasil enfrentou uma crise sanitária e humanitária sem precedentes, que expôs os limites e as potencialidades do trabalho no âmbito do SUS<sup>25</sup>.

Essa crise, no Brasil, foi potencializada em decorrência de atuações descoordenadas e negligentes por parte de autoridades governamentais, o que resultou em mais de 700 mil óbitos ocasionados pela doença em todo o território nacional<sup>22,26</sup>. Na contramão dos princípios e das diretrizes que fundamentam a organização da RAS, as iniciativas para o enfrentamento da doença primaram pelo cuidado individualizado e pela centralidade do processo de trabalho em hospitais e outros estabelecimentos de média e alta complexidade<sup>24,25,26</sup>.

Sem a articulação com o trabalho na ABS, a resposta à crise foi ineficaz, sobretudo na interrupção da cadeia de transmissão<sup>24,25,26</sup>. A predileção pelo modelo médico-hegemônico e hospitalocêntrico pode ter dificultado a resposta a questões-chave presentes na dinâmica social dessa pandemia<sup>24</sup>. Houve um grande investimento de capital financeiro e humano em ações de reabilitação e cura, e uma escassez de recursos destinados à promoção da saúde e à prevenção da disseminação da COVID-19<sup>24,25</sup>, assim como uma desatenção a ações de CP para pessoas que apresentavam estágios mais graves da doença<sup>27,28</sup>.

A despeito da existência da Resolução nº 41 da CIT, publicada em 2018, que delimitou diretrizes para a organização da assistência em CP no SUS – sendo, portanto, um embrião da PNCP –, a oferta de intervenções paliativas no contexto pandêmico foi insuficiente para abarcar a demanda emergente. Entre os principais desafios observados durante o período de emergência sanitária, destacam-se a escassez de profissionais qualificados para a prestação de CP e a estratégia de gestão de recursos e de oferta de serviços, que negligenciaram a promoção do bem-estar, baseando-se, majoritariamente, em práticas curativistas<sup>28</sup>.

Diante disso, o contexto pós-pandêmico se apresentava repleto de ambiguidades e incertezas, o que conferiu maior dramaticidade ao processo de transição de governo entre o final de 2022 e o início de 2023, logo após as eleições presidenciais<sup>22,25,26</sup>. Por outro lado, o número expressivo de óbitos no período pandêmico, atrelado a uma preocupação incipiente com o alívio do sofrimento das pessoas com manifestações graves da COVID-19, aqueceu o debate sobre CP, ao passo que expôs limites significativos para os cuidados prestados no âmbito do SUS às pessoas com doenças potencialmente ameaçadoras à vida e promotoras de sintomas desconfortáveis<sup>5</sup>.

Ao final do ano de 2022, logo após o projeto político-ideológico defendido pelo grupo liderado por Luíz Inácio Lula da Silva e Geraldo Alckmin sair vitorioso das eleições ao governo federal, um Gabinete de Transição Governamental

foi instituído através da criação de 32 Grupos Temáticos (GT), contando com ampla participação social. O relatório produzido ao longo desse processo apresentou um diagnóstico situacional acerca do Estado Brasileiro e propôs soluções para a denominada “maior crise do sistema federativo desde a redemocratização”<sup>22</sup>.

Ao se posicionar em relação a esse desafio, em seu discurso de posse, a então ministra da saúde do atual governo, Nísia Trindade, defendeu a relação entre democracia e saúde como uma aliança indissociável entre a defesa dos direitos humanos, a expressão da cidadania e o combate às desigualdades sociais<sup>29</sup>. A própria escolha de uma mulher, a primeira a estar à frente do MS desde a sua criação, sanitarista e com ampla atuação na militância pró-SUS, sugeria, naquele momento, que o contexto das influências era favorável a gestão participativa/inclusiva<sup>15,16</sup>.

Essa perspectiva estava em sintonia com o modo de elaboração do PNS para o quadriênio de 2024-2027, que ocorreu a partir de um processo democrático, incluindo proposições do Conselho Nacional de Saúde e de outros atores individuais e coletivos, a fim de viabilizar o planejamento de programas e políticas no âmbito do SUS, por meio da adequada gestão de recursos. Esse instrumento deveria fundamentar ações governamentais em todos os níveis – da esfera federal aos municípios<sup>30</sup>.

Por servir de base para construção das políticas públicas, o PNS foi construído de modo compatível com a realidade epidemiológica e socioambiental da população brasileira, partindo, portanto, de uma análise situacional<sup>30</sup>. Ressalta-se que os debates ocorridos na 17ª CNS foram fundamentais para o amadurecimento dessa análise da situação de saúde da população brasileira, fornecendo elementos relevantes para construção das diretrizes da PNS. Algumas delas, inclusive, podem ter sido importantes para o fomento da PNCP, tais como aquelas que versavam sobre a ampliação da ABS, da Atenção Especializada e da Assistência Farmacêutica<sup>29</sup>.

Embora o texto do PNS cite diretamente os CP em apenas três momentos, quando se refere à Atenção Domiciliar, com destaque para o Programa Melhor em Casa e a ABS, à Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, seus objetivos e metas contemplavam elementos fundamentais para a PNCP. Pode-se destacar a preocupação expressa no documento com: a) a ampliação das Equipes Multiprofissionais (E-Multi); b) a retomada dos programas de provimento de profissionais médicos em território nacional, em especial o Programa Mais Médicos (PMM); c) a intensificação da vigilância e a qualificação dos cuidados às pessoas vivendo com DNCT, com destaque para o rastreamento de risco cardiovascular e de neoplasias na ABS; d) o aumento da cobertura da Atenção Domiciliar; e) a facilitação de acesso a procedimentos de média e alta complexidade; f) a ampliação do Programa Farmácia Popular do Brasil e outras estratégias de facilitação de acesso a fármacos e insumos<sup>30</sup>.

Em resumo, a retomada de uma gestão atenta às necessidades de saúde da população brasileira e, portanto, comprometida com o fortalecimento do SUS pode ter sido um fator contextual determinante para a viabilização da construção da PNCP, que, possivelmente, se beneficiará também do fomento a programas e ações destinados à melhoria da qualidade de vida e à promoção do bem-estar. Embora a inserção dos CP em sistemas nacionais de saúde se mostre desafiadora, devido à dificuldade dos governos em priorizar o tema na agenda de intervenções<sup>2</sup>, o cenário atual parece estabelecer uma janela de oportunidade para o desenvolvimento dessas ações.

Nesse contexto, em 23 de maio de 2024, o MS realizou a conferência de apresentação da PNCP, destacando que a política havia sido construída e pactuada por diversos atores sociais, a exemplo do Governo Federal, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS), contando com as contribuições dos seis hospitais integrantes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI), a ANCP e a Frente Paliativista do Brasil, um movimento social que se constitui a partir da luta pela concretização dos CP no país.

Fripp *et al.*<sup>39</sup> destacam a importância dos movimentos sociais ao darem visibilidade às necessidades da população, chamando a atenção dos formuladores de políticas públicas para elas. Nesse sentido, afirmam a importância de coletivos organizados, como a Frente Paliativista, na defesa do acesso aos CP no SUS e, conseqüentemente, da construção de uma política pública que atenda de modo satisfatório a tal demanda. Ainda de acordo com esses autores, o movimento Frente Paliativista é composto por trabalhadores, gestores e usuários do SUS de todas as regiões do país e participou ativamente da construção da PNCP, disseminando ideias sobre o tema CP em redes sociais e se organizando de forma estratégica para participar dos principais espaços decisórios relacionados à gestão em saúde, com destaque para a 17ª CNS.

Mostra-se importante destacar, também, a participação de universidades, em especial a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que vinha sendo protagonista no processo de construção dos cursos para qualificação profissional em CP ofertados pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS)<sup>31</sup>.

A proposta da PNCP foi apresentada e pactuada nas reuniões da CIT, nos meses de novembro e dezembro de 2023, como pode ser verificado nos resumos executivos<sup>32</sup>. Nesses documentos, destacam-se falas sobre o caráter inovador da política, reiterando o desafio de articular os diversos dispositivos da RAS para a sua execução. Uma dessas inovações pode ser observada no enunciado da política, que destaca, como um dos seus princípios, a valorização da vida, mas pressupõe a morte como processo natural e reconhece-a como etapa decisiva da assistência às pessoas com necessidades de CP. Tal concepção corrobora o pensamento predominante no campo dos CP, cujo fundamento ético consiste na produção

de cuidados centrados na pessoa, acolhendo seus desejos e assistindo-a, inclusive, no momento da morte<sup>2</sup>.

O texto da política apresenta uma definição de CP que compreende um conjunto de ações e serviços destinados ao alívio de sintomas e de outras formas de sofrimento em pessoas com “condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida”<sup>9</sup>. Esse conceito se aproxima do que é proposto pela OMS<sup>27</sup>, inclusive, com previsão da extensão de tais intervenções a familiares e cuidadores. Isso amplia as possibilidades de cuidado e pode ajudar na superação da visão de senso comum a respeito das pessoas em terminalidade, que costumam ser referidas como aquelas para as quais “não há mais nada a ser feito”<sup>33</sup>. Nesse sentido, a proximidade da morte não deve justificar a minimização ou mesmo a interrupção dos cuidados; pelo contrário, é no processo de terminalidade que os cuidados precisam ser intensificados através do alívio de sintomas, da oferta de suporte psicossocial e espiritual e do acolhimento a familiares e cuidadores<sup>33</sup>.

Importante salientar que, no âmbito dos CP, não há cisão entre intervenções modificadoras de doença, definidas como práticas curativas ou de reabilitação, e aquelas destinadas ao alívio de sintomas<sup>27</sup>. Em consonância com esse entendimento, a PNCP apresenta como princípio a necessidade de que ações curativas, quando possíveis, ocorram em paralelo aos CP e de modo complementar. A política, ao propor uma abordagem das necessidades de saúde sensível à vivência da terminalidade, reforça a importância de oferecer dignidade às pessoas no fim da vida, sem abreviá-la ou mesmo prolongá-la com intervenções desnecessárias, quando a morte for inevitável. Para que isso se cumpra, um dos objetivos da política é estimular a qualificação da força de trabalho no âmbito do SUS a fim de tornar possível o reconhecimento precoce das pessoas com necessidades de CP e promover ações alinhadas aos fundamentos éticos desse campo da saúde.

Ribeiro e Poles<sup>1</sup> afirmam que há um *déficit* na formação médica no que diz respeito ao debate sobre o conceito ampliado de saúde, para o qual a noção de sucesso terapêutico estaria vinculada à promoção do bem-estar, independentemente de ser possível ou não restabelecer a condição anterior ao adoecimento. Essas autoras acreditam que isso resulta em uma dificuldade significativa, por parte dos profissionais médicos, em desenvolver intervenções em CP.

A formação de profissionais de saúde, visando à adequada atuação em CP, parece ser um ponto determinante para o cumprimento dos objetivos e metas da política em discussão, visto que o tema tem sido negligenciado nos cursos de graduação, o que produz dificuldades técnicas para a realização dos CP ou, até mesmo, preconceitos<sup>34</sup>. Entende-se que esse será um dos principais desafios a serem enfrentados no processo de implementação da PNCP. Isso porque tal lacuna formativa parece reforçar a perpetuação de práticas que desrespeitam a autonomia das pessoas em sofrimento, desencadeando conflitos que dificultam a construção de um processo de cuidado compartilhado e eficiente. Desse cenário,

emerge um dilema ético, caracterizado pelo desejo dos profissionais, treinados para combaterem a morte a todo custo, e das pessoas com necessidades de CP, que, por vezes, buscam cuidados distintos daqueles que a racionalidade médica hegemônica considera mais adequados para a situação<sup>35</sup>.

Diante disso, além de propor a intensificação de ações de educação sobre CP, a política sugere a adoção de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) como ferramentas de respeito à autonomia e de garantia da dignidade humana nos cuidados em fim de vida. As DAV sintetizam os desejos da pessoa com necessidade de CP a respeito do próprio plano terapêutico e devem ser respeitadas pelos profissionais assistentes, evitando, assim, constrangimentos e/ou exposições a riscos desnecessários. Contudo, é válido destacar que, em situações de ameaça iminente de morte, as decisões dos profissionais ainda podem predominar durante o processo de cuidado<sup>35</sup>.

A PNCP não estabelece critérios específicos para a adoção das DAV, mas as define da seguinte forma: “compreende o testamento vital ou outro documento em que haja registro expresso das preferências da pessoa com relação a tratamentos ou outras medidas de cuidado quando em condições de saúde irreversíveis e potencialmente terminais”<sup>39</sup>. Em adição, a política estabelece como dever das equipes assistenciais a atuação em observância a essas ferramentas.

Todavia, Bastos *et al.*<sup>36</sup> destacam as dificuldades de adoção de práticas assistenciais centradas na pessoa em sofrimento, fundamentadas no respeito à autonomia e na construção de planos de cuidado compartilhados entre a própria pessoa, seus familiares e cuidadores, além do profissional assistente. No entendimento dessas autoras, tal dificuldade é resultado tanto do precário conhecimento acerca das DAV quanto da falta de leis que abordem o tema de maneira aprofundada.

Destarte, com a intenção de elaborar estratégias de enfrentamento dessa e de outras questões que possam se contrapor ao processo de implementação da PNCP, o MS criou três grupos de trabalho: 1) CP no SUS – acesso e atuação das equipes de CP; 2) Medicamentos – ampliação do acesso e diretrizes de utilização; 3) Educação – para profissionais e para a sociedade<sup>10</sup>. Cada grupo deverá se responsabilizar por dimensões da política<sup>9</sup> relacionadas a ações e serviços previstos, como o estímulo à educação em CP para profissionais e usuários do SUS, a ampliação do acesso a medicamentos para o alívio de sintomas e a conformação das Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos (EMCP) e das Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos (EACP). Estima-se que o impacto financeiro da PNCP será de 887 milhões, com expectativa de implantação gradual de 1.321 equipes – 485 EMCP e 836 EACP<sup>10</sup>. O monitoramento de cada equipe será baseado em critérios de produtividade, que incluem o número de pessoas assistidas, a quantidade de procedimentos ou ações mensais, dentre outros<sup>9</sup>.

Embora haja a definição de equipes específicas de CP, a política não restringe o lócus de realização desses cuidados,

incluindo diversos pontos da RAS, com destaque para a ABS. Nesse sentido, um dos principais determinantes do processo de implementação da política parece ser o projeto de fortalecimento da ABS, que desponta como uma diretriz da PNCP<sup>9</sup>. Isso se deve ao fato de que a superação da lógica hegemônica de prestação de serviços em CP vigente atualmente – serviços fragmentados e, essencialmente, hospitalocêntricos – perpassa a tessitura de uma rede assistencial articulada e coordenada pela ABS<sup>37</sup>.

De acordo com Paraizo-Horvath *et al.*<sup>3</sup>, o reconhecimento precoce das condições de saúde limitantes ou ameaçadoras à vida amplia as chances de êxito na promoção dos CP. Segundo essas autoras, a ABS é fundamental para que o início da palição ocorra em tempo oportuno, pelo fato de ser, tradicionalmente, o primeiro contato das pessoas com a RAS. Em razão disso, outro objetivo da PNCP é a integração dos CP à RAS, mantendo a ABS como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado. Na seção em que define as competências e atribuições de cada ponto da RAS, a política destaca a importância de as equipes atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) construírem planos terapêuticos compartilhados com outros segmentos da arquitetura assistencial, o que pode evitar rupturas no processo de cuidado e aumentar o potencial resolutivo.

Contudo, as mudanças promovidas na PNAB, a partir de 2017, fragilizaram os mecanismos de planejamento e gestão da assistência ao negligenciarem ferramentas essenciais para a ABS, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF, idealizados para o cumprimento eficiente dos princípios e diretrizes do SUS<sup>38</sup>. Nesse contexto, o processo de implementação da PNCP demandará, sobretudo, o resgate desse centro articulador da RAS, fortalecendo suas capacidades resolutivas, o que poderá resultar na diminuição das internações por problemas de saúde sensíveis à ABS e na promoção de intervenções baseadas na equidade e nas demandas emergentes a partir do território de abrangência.

Adicionalmente, há que se planejar estratégias eficientes para o cumprimento de um dos objetivos mais importantes da política: “ampliar a disponibilidade de medicamentos que promovam o controle seguro dos sintomas da pessoa em cuidados paliativos”<sup>9</sup>. A OMS classifica como medida necessária ao desenvolvimento dos CP a oferta de assistência farmacêutica adequada, com facilitação de acesso a opioides, antirretrovirais para o tratamento de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outros fármacos destinados ao controle de sintomas limitantes ou incapacitantes<sup>27</sup>.

Contudo, como já foi mencionado, programas como o Farmácia Popular foram intensamente atingidos pelas políticas de austeridade adotadas nos últimos governos, o que acarretou restrições na oferta de medicamentos no SUS<sup>23</sup>. Para lidar com essa conjuntura, a PNCP prevê a adequação das relações nacionais e municipais de medicamentos essenciais, documentos que apresentam as responsabilidades dos entes federativos no financiamento da assistência farmacêutica,

além da construção de documentos normativos, como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, que embasam as intervenções profissionais no que diz respeito à terapêutica farmacológica. Essas medidas também se alinham ao PNS 2024-2027, que estabelece metas para a ampliação da oferta de medicamentos e insumos no SUS<sup>30</sup>.

## CONCLUSÃO

Entende-se que a sistematização do trabalho em CP no âmbito do SUS, por meio de uma política pública, é um passo importante em direção ao fortalecimento do compromisso do Estado brasileiro com a promoção do bem-estar de sua população. Nesse sentido, a PNCP tem potencial para estabelecer um marco histórico no processo de produção de cuidados às pessoas em sofrimento em decorrência de condições de saúde potencialmente ameaçadoras à vida.

No entanto, sua implementação poderá ser desafiadora, na medida em que se desenvolve concomitantemente à reestruturação político-ideológica do setor Saúde no Brasil. Na atual conjuntura, a execução das ações previstas na PNCP depende de um planejamento estratégico voltado à superação das fragilidades impostas à RAS em função da austeridade fiscal ainda vigente. Assim, as discussões sobre financiamento da Saúde tendem a ser primordiais para o sucesso ou fracasso dessa política, haja vista que a escassez de recursos inviabiliza o incentivo necessário à construção e qualificação dos estabelecimentos prestadores de serviços, além da formação e captação de profissionais aptos a atuar em CP.

Entretanto, conforme sugere Salvador<sup>40</sup>, a política fiscal adotada pela equipe do terceiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva pouco difere das estratégias neoliberais de controle rigoroso dos gastos públicos. De acordo com esse autor, o objetivo central do denominado “Novo Arcabouço Fiscal” (NAF), instituído por meio da Lei Complementar nº 200/2023, é consolidar uma conjuntura financeira na qual as despesas primárias do Estado brasileiro vêm se mantendo estáveis (ou estagnadas) a despeito do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) do país. Para Cunha<sup>41</sup>, o NAF pode perpetuar “a insuficiente e inadequada defesa de um mínimo existencial para a população, justificada por uma escalada de retrocessos que inviabilizam a universalidade, integralidade e equidade do direito constitucional à saúde”. Dessa forma, apesar do aparente clima político de renovação, o processo de implementação da PNCP ainda terá como obstáculo a permanência de estratégias econômicas neoliberais.

A formação profissional em saúde constitui também um dos processos centrais para a qualificação da assistência às pessoas com necessidades de CP. Embora a palição já tenha se consolidado como especialidade médica e o seu ensino seja obrigatório nos cursos de graduação em Medicina desde 2022, ainda há lacunas de formação técnica e ética, que implicam no distanciamento dos profissionais dessa categoria em relação à prática dos CP. A superação desse problema será fundamental

para o sucesso da PNCP, pois incide diretamente sobre uma das dimensões analíticas propostas por Walt e Gilson<sup>14</sup>: os atores responsáveis pela implementação das ações da política. Em complementaridade a esse pensamento, Meneguim e Ribeiro<sup>6</sup> reiteram que, além da qualificação profissional, faz-se necessário reestruturar o processo de trabalho na ESF, de modo a oferecer aos trabalhadores e trabalhadoras desse nível da assistência condições dignas de trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família [Internet]. Rev. Bras. Educ. Med. 2019 [citado em 2025 jan 11];43(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>
2. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2007 [citado em 2025 jan 20];9(23):2072-2080. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900015>
3. Paraizo-Horvath CMS, Fernandes DS, Russo TMS, Souza AC, Silveira RCCP, Galvão CM, et al. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa [Internet]. Ciênc Saúde Coletiva. 2022 [citado em 2025 jan 14];27(9):3547-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202279.01152022>
4. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care [Internet]. 2020 [citado em 2025 jan 26]. 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)
5. Rodrigues LF, Silva JFM, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil [Internet]. Cad. Saúde Pública. 2022 [citado em 2025 jan 5];38(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222>
6. Saito DYT, Zoboli ELCP. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review [Internet]. Rev. Bioét. 2015 [citado em 2025 jan 18];23(3):593-607. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233096>
7. Souza HL, Zoboli ELCP, Paz CRP, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas [Internet]. Rev. Bioét. 2015 [citado em 2025 jan 29];23(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232074>
8. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil [Internet]. São Paulo: ANCP; 2022 [citado em 2024 dez 10]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1r0DVSyo08-ArD-Pf7KjspXB0ALjGEO9p/view>

9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. 2024 [citado em 2024 jul 07]. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. 2024 [citado em 2024 ago 13]. Disponível em: [www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-lanca-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos/apresentacao-cuidados-paliativos.pdf](http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-lanca-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos/apresentacao-cuidados-paliativos.pdf)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2017 [citado em 2024 ago 13]. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
12. Baptista TWF, Mattos RA. Sobre Política – ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas. In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2011 [citado em 2024 dez 12];83-129.
13. Lyra TM, Araújo Júnior JLAC. Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 [citado em 2025 jan 25];19(9):3819-3828. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.15862013>
14. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis [Internet]. *Health Policy and Planning*. 1994 [citado em 2025 jan 27];9(4):353-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>
15. Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2011 [citado em 2024 dez 12];138-172.
16. Jesus RB. Políticas públicas e o ciclo de políticas: uma análise da política de mato grosso [Internet]. *Revista Científica Eletrônica de Pedagogia*. 2014 [citado em 2025 jan 19]; (24): 1-17. Disponível em: [https://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/uAn890zrR7yA164\\_2014-11-7-18-43-38.pdf](https://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/uAn890zrR7yA164_2014-11-7-18-43-38.pdf)
17. Stein E. Dialética e Hermenêutica: Uma controvérsia sobre o método em filosofia [Internet]. *Síntese*. 1988 [citado em 2025 jan 26];10(29):21-48. Disponível em: <https://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/sintese/article/view/2087/2381>
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
19. Moraes AS, Teixeira CF. Posicionamento dos representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde da Bahia diante do agravamento do subfinanciamento do SUS em 2016-2018 [Internet]. *Saúde e Sociedade*. 2021 [citado em 2025 jan 12];30(1):e200479. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200479>
20. Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES). Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo [Internet]. 2018 [citado em 2025 jan 16]. Disponível em: <https://cebes.org.br/politica-social-e-austeridade-fiscal-como-as-politicas-sociais-sao-afetadas-pelo-austericidio-da-agenda-neoliberal-no-brasil-e-no-mundo/19837/>
21. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, Katikireddi SV, Souza FM, Silva AG, et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018 [citado em 2025 jan 29];23(10):3115-3122. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>
22. Mercadante A. Relatório final do Gabinete de Transição da Presidência da República [Internet]. Brasília; 2022 [citado em 2023 jan 10]. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2022/12/Relatorio-final-da-transicao-de-Lula.pdf>
23. Chioro A, Costa AM. A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia [Internet]. *Saúde em Debate*. 2023 [citado em 2025 jan 18];47(136):05–10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313600>
24. Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos TBE. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19 [Internet]. *Interfaces*. 2021 [citado em 2025 jan 19]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>
25. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, Espiridião MA. A saúde dos profissionais da saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19 [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 [citado em 2025 jan 28];25(9):3465-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
26. Giovanella L, Martufi V, Mendonza DCR, Mendonça MHM, Bousquat AEM, Pereira RAG, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19 [Internet]. *Saúde em Debate*. 2020 [citado em 2025 jan 20]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqJq9WY9wcs5L49TqJ7d/?format=pdf&lang=pt>
27. Rossi R, Selbach MD, Westphal E. Cuidados paliativos na pandemia: ser humano diante de sua finitude [Internet]. *Rev*

- Bioét. 2023 [citado em 2025 jan 16];31:e3300PT. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1943-803420233300PT>
28. Tritany ÉF, Filho BABS, Mendonça PEX. Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. *Interface*. 2021 [citado em 2025 jan 28]; 25:e200397. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200397>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Discurso da Ministra da Saúde, Nísia Trindade, durante a cerimônia de posse [Internet]. Brasília; 2023 [citado em 26 jan 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/confira-o-discurso-da-ministra-da-saude-nisia-trindade-durante-a-cerimonia-de-posse>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Lançamento da Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2024 [citado em 2025 jan 26]. Disponível em: [https://www.youtube.com/live/ku5x3Krdm9U?si=D4mNWXCr\\_GOUTjzm](https://www.youtube.com/live/ku5x3Krdm9U?si=D4mNWXCr_GOUTjzm)
31. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2024-2027 [Internet]. 2024 [citado em 2025 jan 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/view>
32. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 11ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite [Internet].2023 [citado em 2024 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/novembro/resumo-executivo-da-11a-reuniao-ordinaria-da-comissao-intergestores-tripartite-2023/view>
33. Lucena PLC, Alves AMPM, Batista PSS, Agra G, Lordão AV, Costa SFG. Cuidados no final de vida e luto: estudo com familiares de vítimas da COVID-19 [Internet]. *Ciênc Saúde Colet*. 2024 [citado em 2025 fev 04];29(7):e02602024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02602024>
34. Santos LFAB, Costa MER, Santos MEBA, Melo NTS, Ferreira AGC. Atitudes diante da morte e espiritualidade em estudantes de Medicina: um ensaio educacional [Internet]. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2024 [citado em 2025 jan 8]; 48(2):e044. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.2-2023-0137>
35. Andrade GSA, Alves GP, Melo TA, Santos VA, Oliveira AHM. Raciocínio ético nas decisões médicas: dilema médico-paciente [Internet]. *Rev Bioét*. 2024 [citado em 2024 dez 10];32:e3658PT. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/3658](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3658)
36. Bastos TR, Macedo LF, Silva YCB, Braga TLGP, Salgado RS. Diretivas antecipadas de vontade como temática da educação médica [Internet]. *Rev. Bioét*. 2024 [citado em 2024 dez 15];32:e3696PT. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420243696PT>
37. Chaves LA, Andrade EIG, Santos AF. Configuração das Redes de Atenção à Saúde no SUS: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar [Internet]. *Ciênc Saúde Colet*. 2024 [citado em 2025 jan 18];29(6):e18392022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.18392022>
38. Rodrigues EC, Eberhardt LD. Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul [Internet]. *Saúde em Debate*. 2024 [citado em 2025 jan 15]; 48(140):e8385. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8385>
39. Fripp JC, Salman MSM, Salman AA, Salman BCS, Azeredo NSG, Bagnati F, et. al. Participação Social na Construção da Política Nacional de Cuidados Paliativos no Brasil: o movimento da frente paliativistas. *Rev Bras Cancerol*. 2025 [citado em 2025 maio 8]; 71(2):1-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2025v71n2.5225>.
40. Salvador E. O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais [Internet]. *Argumentum*. 2024 [citado em 2025 jan 25];16(1):6-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47456/argumentum.v16i1.44218>.
41. Cunha JRA. Quais as consequências da aprovação do novo arcabouço fiscal para o SUS? [Internet] *Cad Ibero-Am Dir Sanit*. 2023 [citado em 2025 jan 25]; 12(2): 09-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/pa4tx545>.

---

**ABSTRACT**

In 2024, the Brazilian government developed the National Palliative Care Policy (NPCP), which aims to establish a model for organizing care for people with palliative care needs. Therefore, this paper aims to analyze the potential and challenges of the NPCP, with a special focus on Primary Health Care. A documentary research was conducted, using the NPCP text and several public documents whose contents contributed to the characterization of part of the historical trajectory of the policy's development. The starting point for analyzing the NPCP was the macro and micro political contexts of Brazilian society that preceded its development. Next, the social actors involved in the policy's development are addressed, such as the Federal Government, the councils of health secretaries, and social movements related to the topic. Finally, the elements that comprise the policy's text are discussed. The NPCP has the potential to establish a historic milestone in the process of providing care to people with potentially life-threatening health conditions. However, its implementation may be challenging as it develops concurrently with the restructuring of the health sector in Brazil.

**Keywords:** Public health; primary health care; potentially life-threatening conditions.

**RESUMEN**

En 2024, el gobierno brasileño desarrolló la Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), cuyo objetivo es establecer un modelo para organizar la atención a las personas con necesidades de cuidados paliativos. Por lo tanto, este estudio propone analizar el potencial y los desafíos de la PNCP, con especial atención a la Atención Primaria de Salud. Para ello, se realizó una investigación documental, utilizando, además del texto de la PNCP, diversos documentos públicos cuyo contenido contribuyó a caracterizar parte de la trayectoria histórica del desarrollo de la política. El punto de partida para el análisis de la PNCP fueron los contextos macro y micropolíticos de la sociedad brasileña que precedieron a su elaboración. A continuación, se abordan los actores sociales involucrados en la construcción de la política, como el Gobierno Federal, los consejos de secretarías de salud y los movimientos sociales relacionados con el tema. Finalmente, se discuten los elementos que conforman el texto de la política. Se entiende que la PNCP tiene el potencial de marcar un hito histórico en el proceso de atención a las personas en condiciones de salud potencialmente mortales. Sin embargo, su implementación puede ser compleja, ya que se desarrolla simultáneamente con la reestructuración del sector salud en Brasil.

**Palabras clave:** Salud pública; atención primaria de salud; enfermedades potencialmente mortales.