

Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review

Eveline Treméa Justino^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-3141-835X>

Maristel Kasper^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-3978-0342>

Karen da Silva Santos^{3,5}

 <https://orcid.org/0000-0001-5829-5882>

Rita de Cassia Quaglio⁶

 <https://orcid.org/0000-0002-4522-1881>

Cinira Magali Fortuna³

 <https://orcid.org/0000-0003-2808-6806>

Objetivo: mapear as evidências disponíveis sobre os principais temas investigados em cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Método:** estudo do tipo scoping review realizado em cinco bases de dados, sendo incluídos artigos originais, a partir dos descritores cuidados paliativos, cuidados paliativos na terminalidade da vida, assistência terminal, estado terminal, atenção primária à saúde e seus respectivos acrônimos e sinônimos, totalizando 18 publicações. A extração dos dados dos estudos primários foi realizada por meio de instrumento produzido pelas autoras e que permitiu construir as categorias apresentadas. **Resultados:** foram incluídas 18 publicações nesta revisão. Dentre os temas mais estudados estão as dificuldades das equipes quanto à continuidade de cuidados na rede de saúde; a importância da educação em serviço da equipe multiprofissional; o despreparo profissional; a bioética; a validação e aplicação de escalas para prognóstico e cuidados voltados para algumas patologias como câncer e diabetes; dentre outros. **Conclusão:** evidenciou-se que os cuidados paliativos na atenção primária à saúde vêm sendo gradativamente desenvolvidos, mas há que se considerar o modo de organização da atenção primária à saúde e as políticas sociais que as sustentam ou enfraquecem, sendo considerado um desafio complexo.

Descritores: Cuidados Paliativos; Assistência Terminal; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Estado Terminal; Atenção Primária à Saúde; Revisão.

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Curso de Enfermagem, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

² Bolsista da Fundação Araucária, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁵ Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

⁶ Universidade de São Paulo, Hospital da Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Equipe Gestora de Neurologia e Equipe de Interconsulta de Cuidados Paliativos, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Justino ET, Kasper M, Santos KS, Quaglio RC, Fortuna CM. Palliative care in primary health care: scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3324. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>.
mês dia ano URL

Introdução

A mais recente definição de Cuidado Paliativo (CP) foi publicada em 2018 e desenvolvida após um amplo projeto envolvendo mais de 400 membros de 88 países da *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC), associação que mantém estreito vínculo e relações oficiais com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾. Atualmente, os cuidados paliativos são definidos como "cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo do CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores"⁽¹⁾.

Assim, ofertar cuidados paliativos a pessoas com doenças graves leva em consideração não apenas a pessoa, mas todos os envolvidos no cuidado. Como definição, a doença grave é compreendida como "qualquer doença aguda ou crônica e/ou condição que cause deficiência significativa e que possa levar à condição de deficiência e/ou de debilidade por um longo período, ou até à morte"⁽²⁾.

No Brasil, são encontradas, desde a década de 70, discussões e iniciativas isoladas em CP. Ressalta-se, porém, que foi nos anos 90 que os primeiros serviços organizados começaram a surgir⁽³⁾. Destaca-se que, na década de 80, a expectativa de vida do brasileiro era de 62,5 anos⁽⁴⁾. Atualmente, a realidade é outra, os números aumentaram, tanto a expectativa de vida subiu para 76 anos⁽⁴⁾ quanto o número de serviços que disponibilizam cuidados paliativos no país. Esse aumento de expectativa de vida é resultado de investimentos em políticas públicas pelo Estado e, inclusive, implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Até agosto de 2018, após levantamento realizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), foram identificados 177 serviços de cuidados paliativos distribuídos nas cinco regiões do Brasil. Destes, 58% (103 serviços) concentram-se na região Sudeste, 20% (36 serviços), na região Nordeste, 14% (25 serviços), na região Sul, 5% (oito serviços), na região Centro-Oeste, enquanto apenas 3% (cinco serviços) estão localizados na região Norte do país⁽⁵⁾.

Resultante do crescimento da expectativa de vida da população, evidencia-se o aumento da ocorrência das Doenças Crônico-degenerativas Não Transmissíveis (DCNT), que tornam a demanda por CP um problema contemporâneo de saúde pública.

Uma revisão integrativa⁽⁶⁾ sobre atenção primária à saúde (APS) e CP, realizada em 2014, objetivou compreender os papéis dos profissionais da APS em cuidados paliativos e apontou que a APS pode fazer diferença aos pacientes e seus familiares por ter acesso fácil aos mesmos, próximo ao lar, poder realizar manejo constante dos sintomas e pela sensibilidade às realidades da comunidade: "os profissionais acompanham o envelhecimento e a fragilização de seus pacientes, os esforços das famílias para acomodarem as novas necessidades de cuidado de seus membros, os medos, a insegurança financeira e, por isso, não podem se esquivar nesse momento: é exatamente em situações assim que toda a potencialidade das ações da APS e da Estratégia Saúde da Família (ESF) fica mais evidente. Nenhum outro serviço de saúde pode colocar-se lado a lado com essas famílias com tanta propriedade e enfrentar o caminho da palição com presença constante, orientação e acolhimento"⁽⁶⁾.

Uma revisão sistemática⁽⁷⁾, realizada em 2015, sobre cuidados paliativos e APS, objetivou identificar, na visão dos profissionais de saúde, os problemas éticos decorrentes da prática nesse contexto. Os problemas éticos detectados foram a escassez de recursos, o desconhecimento sobre CP, a falta de habilidades comunicacionais, a dificuldade de estabelecer limites na relação clínica, a sobrecarga de trabalho e a falta de apoio dos serviços de referência. Os autores concluíram que, para se incorporar os CP na APS, são necessárias normatizações e formação específicas, além da cultura do cuidado compartilhado e corresponsável⁽⁷⁾.

Para tanto, a fim de conhecer o atual panorama do CP na APS e por não existirem estudos como este, que sintetizem evidências científicas em relação ao tema, justificando este estudo e sua importância, apresenta-se como objetivo: mapear as evidências disponíveis sobre os principais temas investigados em CP na APS.

Método

Trata-se de um estudo de revisão, do tipo *scoping review*, realizado a partir de um conjunto de técnicas a fim de mapear o conhecimento sobre determinados temas de um campo de investigação. Diferencia-se da revisão sistemática porque visa a focar temas mais amplos e incluir estudos com desenhos diferentes⁽⁸⁾. A elaboração do *scoping review* seguiu um processo constituído de cinco etapas: a) Identificar as questões de pesquisa; b) Identificar os estudos relevantes válidos para a investigação; c) Seleção dos estudos da revisão; d) Mapeamento dos dados dos estudos

incluídos na revisão; e) Confrontar, resumir e relatar os resultados⁽⁸⁾.

Para tanto, utilizou-se a estratégia PICO, acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” ou desfechos, para a definição da seguinte questão norteadora: “Quais as evidências disponíveis sobre os cuidados paliativos na atenção primária à saúde?”. Para a construção da questão supracitada e para a realização da busca, a estratégia PICO foi estipulada como: P de População, Paciente ou Problema (quais as evidências disponíveis); I de Interesse (cuidados paliativos) e CO de Contexto (atenção primária à saúde).

Esta revisão foi realizada nas bases de dados *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online* (PubMed/MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Web of Science*, Scopus e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL). Para isso, utilizaram-se os descritores controlados e indexados para cada uma das bases de dados desta revisão. Para a combinação destes, foram utilizados os operadores *booleanos OR* e *AND*.

A partir da questão de pesquisa, foram selecionados termos no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e termos no *Medical Subject Headings* (MeSH) contendo os descritores adequados para a busca nas bases de dados. Os descritores controlados utilizados foram os seguintes: a) PubMed/MEDLINE: *palliative care* (sinônimo: *palliative treatment*), *hospice care* (sinônimo: *hospice program*), *terminal care*, *critical illness*, *primary health care* (MeSH); b) LILACS: cuidados paliativos (sinônimos: assistência paliativa, tratamento paliativo), cuidados paliativos na terminalidade da vida (sinônimos: cuidados a doentes terminais, cuidado paliativo a doentes terminais, cuidados de conforto, programa de cuidados intermitentes, programa de cuidados paliativos), assistência terminal (sinônimo: cuidado terminal), cuidado terminal (sinônimo: doença terminal), atenção primária à saúde (sinônimos: atenção primária, atenção primária em saúde, atenção primária de saúde, atenção básica, atenção básica à saúde, atenção básica de saúde, atendimento básico, atendimento primário, cuidados de saúde primários, cuidados primários, cuidados primários à saúde e cuidados primários de saúde (DeCS)); c) *Web of Science*; d) Scopus; e) CINAHL: *palliative care* (sinônimo: *palliative treatment*), *hospice care*

(sinônimo: *hospice program*), *terminal care*, *critical illness*, *primary health care* (MeSH).

Para a seleção dos estudos, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: a) artigos originais de pesquisa; b) disponibilizados na versão completa; c) publicados no período 2009 a 2019, últimos dez anos; d) idiomas português, francês, espanhol e inglês.

Definiram-se como critérios de exclusão: a) trabalhos cujo tema CP seja apresentado como uma “recomendação” nos resultados e conclusões, não se configurando como objeto central do estudo; b) dissertações, teses, políticas públicas e vídeos. A busca de trabalhos para a pesquisa primária ocorreu no dia 27 de abril de 2019 via formulário avançado.

Após a identificação, realizou-se a seleção dos estudos primários, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Essa etapa foi realizada por duas revisoras de forma independente. O instrumento, elaborado com a finalidade de extrair e analisar os dados dos estudos incluídos, era composto dos seguintes itens: 1- identificação do artigo; 2- objeto e/ou questão e/ou objetivos do estudo; 3- tipo de estudo/desenho; 4- instrumentos e/ou técnicas de produção de dados; 5- ano; 6- revista; 7- participantes e/ou amostra; 8- principais resultados; 9- área; 10- país. As etapas de seleção dos estudos compreenderam a identificação, triagem, elegibilidade e inclusão.

A categorização foi a forma adotada para a análise dos resultados na qual se extraiu como vem sendo realizado o CP na APS. O trabalho de análise dos estudos consistiu em uma tarefa cuidadosa. Interessou-se em conhecer e caracterizar o panorama dos estudos de acordo com o seu objeto investigado. Para a apresentação dos dados, optou-se por construir figuras sequenciais que procuraram mostrar como o tema CP na APS foi estudado pelos diferentes autores.

Resultados

Na pesquisa, foi encontrado um total de 154 estudos, sendo 25 na LILACS, 112 na *Web of Science*, cinco na PubMed/MEDLINE, três na CINAHL, um na Scopus e três foram identificados por busca manual. Após proceder aos critérios de inclusão e exclusão, duas sucessivas avaliações e desconsiderar os artigos duplicados, 18 publicações⁽⁹⁻²⁶⁾ foram de relevância para esta revisão, uma vez que atenderam à questão do estudo e aos critérios pré-estabelecidos, conforme o fluxograma de análise (Figura 1).

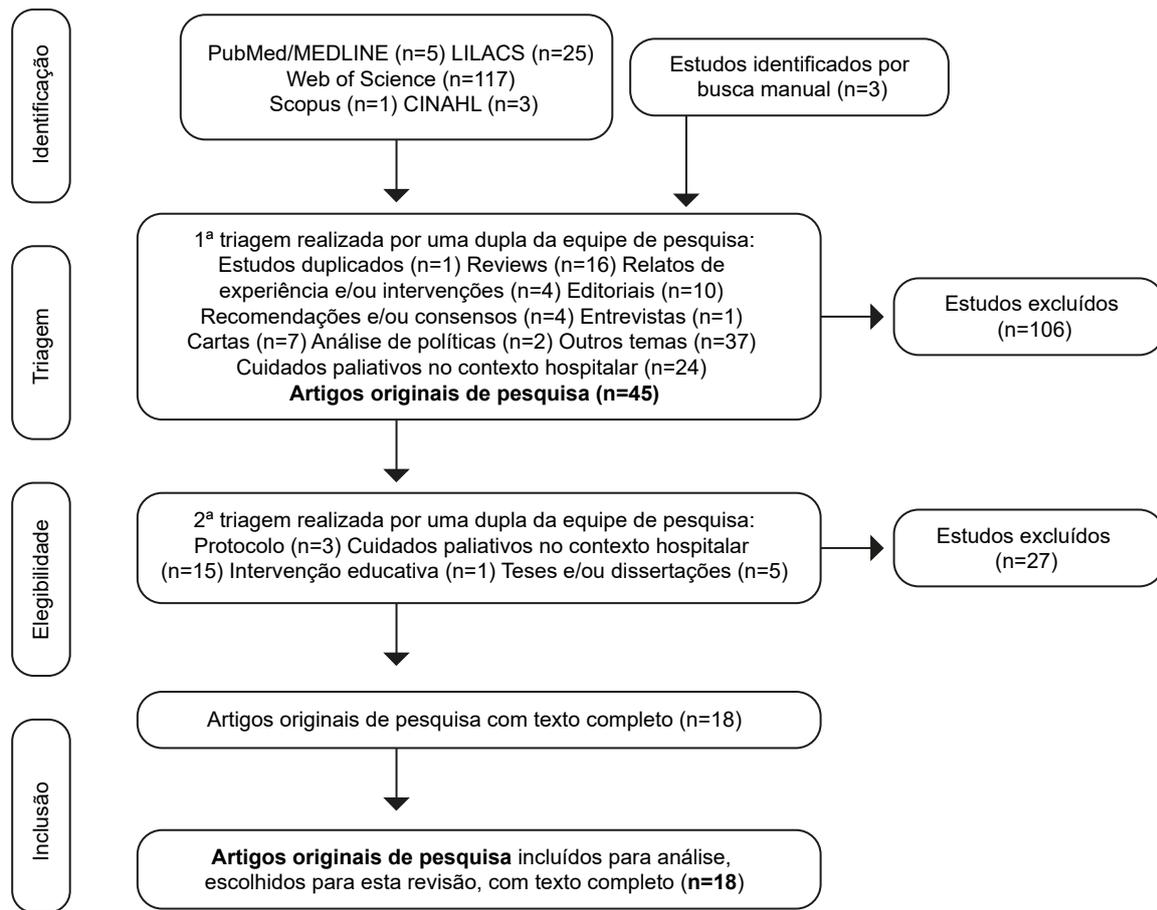


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão de escopo adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019

No que se refere ao idioma, onze estudos analisados foram publicados em língua portuguesa^(9-11,18-21,23-26) e oriundos de autores brasileiros, cinco foram publicados em espanhol^(12-13,15-17) e três em inglês^(14,16,22). Dos estudos incluídos, oito^(9-11,17-21) utilizaram a abordagem qualitativa e dez, a quantitativa^(12-16,22-26). Quanto aos instrumentos/técnicas para a coleta/produção de dados,

foram utilizados questionários, entrevistas, observação, grupos de discussão e aplicação de escalas. Entre os participantes dos estudos, identificaram-se: profissionais da saúde; cuidadores formais e informais; pacientes elegíveis aos cuidados paliativos. Dois estudos, também, tiveram como amostra prontuários de pacientes, de acordo com a Figura 2.

Artigo	Revista/País	Desenho do estudo	Participantes e/ou amostra
Sendo cuidado por um familiar: sentimentos existenciais de pacientes oncológicos ⁽⁹⁾	Texto & Contexto Enfermagem/ Brasil	- Qualitativo - Entrevistas	20 pacientes
Significado de ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição ⁽¹⁰⁾		- Qualitativo - Entrevistas	17 cuidadores familiares
Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária ⁽¹¹⁾		- Qualitativo - Entrevistas	25 profissionais de unidades de saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF*)
Diagnóstico de astenia tumoral na Atenção Básica. Proposta de correlação entre duas escalas ⁽¹²⁾	Medicina Paliativa/ Espanha	- Estudo observacional, descritivo - História clínica informatizada (DIRAYA [†]) durante as consultas e visitas domiciliares	67 pacientes
Validação de um modelo prognóstico de sobrevivência baseado em parâmetros biológicos para pacientes com câncer terminal atendidos em domicílio ⁽¹³⁾		- Quantitativo - Estudo analítico, observacional e prospectivo - História clínica procedente da visita domiciliar	80 pacientes
Identificação e características de pacientes com necessidades de cuidados paliativos na atenção primária brasileira ⁽¹⁴⁾	BMC Palliative Care/ Austrália	- Quantitativo - Estudo transversal - Questionário	238 pacientes
Prevalência de dor como motivo de consulta e sua influência no sono: experiência em um centro de atenção primária ⁽¹⁵⁾	Atención Primaria/ Espanha	- Descritivo transversal - Questionário - Aplicação da escala de dor - Entrevista clínica	206 pacientes

(a Figura 2 continua na próxima página)

Uma nova medida da dignidade dos pacientes em atendimento domiciliar no final da vida: a Escala de Dignidade dos Pacientes Paliativos (PPDS) ⁽¹⁶⁾	<i>Palliative and Supportive Care/ Espanha</i>	- Quantitativo - Questionário	80 participantes, incluindo pacientes, cuidadores familiares e profissionais
Pessoas doentes no final da vida: vivências na acessibilidade a recursos socio-sanitários ⁽¹⁷⁾	<i>Enfermería Universitaria/ Espanha</i>	- Qualitativo - Grupos de discussão - Entrevistas	41 cuidadores
(Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção primária à saúde ⁽¹⁸⁾	O Mundo da Saúde/ Brasil	- Qualitativo - Entrevistas	11 profissionais da saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF ⁺)
Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde ⁽¹⁹⁾	Ciência & Saúde Coletiva/Brasil	- Qualitativo - Entrevistas	Sete familiares; três profissionais da ESF ⁺ ; dois profissionais do Programa de Assistência Domiciliar
Cuidados paliativos na atenção domiciliar: a perspectiva de terapeutas ocupacionais ⁽²⁰⁾	Cadernos de Terapia Ocupacional / Brasil	- Qualitativo - Entrevistas	Oito terapeutas ocupacionais
Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas ⁽²¹⁾	Revista Bioética/ Brasil	- Qualitativo - Estudo de caso - Entrevistas - Análise de prontuários - Visita domiciliar	Sete equipes da ESF ⁺ Dois pacientes em cuidados paliativos
Novas demandas para a atenção primária à saúde no Brasil: os cuidados paliativos ⁽²²⁾	<i>Investigación e educación en enfermería/ Colômbia</i>	- Quantitativo - Descritivo - Aplicação da Escala de Performance de Karnofsky (KPS [§])	160 prontuários
Conforto de cuidadores formais e informais de pacientes em cuidados paliativos na atenção primária à saúde ⁽²³⁾	Revista Rene/ Brasil	- Quantitativo - Estudo transversal - Questionário	50 cuidadores de pacientes em cuidados paliativos
Perspectivas para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: estudo descritivo ⁽²⁴⁾	<i>Online Brazil Journal of Nursing/Brasil</i>	- Documental - Descritivo - Aplicação da KPS [§]	2715 prontuários
Interface entre apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos ⁽²⁵⁾	Revista da Escola de Enfermagem da USP/ Brasil	- Quantitativo - Transversal - Correlacional - Entrevistas - Aplicação da KPS [§]	687 pacientes
Identificando pacientes para cuidados paliativos na atenção primária no Brasil: experiência do Projeto Estar ao Seu Lado ⁽²⁶⁾	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade/ Brasil	- Quantitativo - Aplicação do <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT^{**})</i>	38 pacientes

*NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família; *DIRAYA = Histórico clínico informatizado; †ESF = Equipes de Saúde da Família; §KPS = Escala de Performance de Karnofsky; ¶PPDS = Escala de Dignidade dos Pacientes Paliativos; **SPICT = *Supportive and Palliative Care Indicators Tool*

Figura 2 - Síntese dos artigos com os autores, revistas e países, tipo de estudo, instrumentos e/ou técnicas de produção de dados, participantes e/ou amostra dos artigos analisados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019

O contexto dos estudos foi variável. Encontraram-se experiências diversas como: no cotidiano e cuidado do paciente em domicílio^(9,19); significado de ser cuidador e sobre os cuidados paliativos^(10,11) para profissionais de saúde; avaliação de astenia tumoral⁽¹²⁾; validação e aplicação de ferramenta para prognóstico⁽¹³⁾; identificação e caracterização de pacientes em CP e dos serviços^(14,22,24,26);

avaliação da dor⁽¹⁵⁾; avaliação da dignidade no final da vida⁽¹⁶⁾; dificuldades de acesso aos cuidados paliativos⁽¹⁷⁾; o processo de trabalho na APS⁽¹⁸⁾; perspectivas dos terapeutas ocupacionais em CP na APS⁽²⁰⁾; problemas éticos⁽²¹⁾; conforto de cuidadores de pacientes em CP⁽²³⁾; relação entre apoio social, qualidade de vida e depressão em pacientes em CP na APS⁽²⁵⁾ (Figura 3).

Objetivos	Principais resultados
Compreender o cotidiano de pacientes com câncer em cuidados paliativos ao vivenciar o cuidado de sua família no domicílio ⁽⁹⁾ .	Pacientes que receberam, de seus familiares, um cuidado autêntico, refletem o impacto que tiveram, mesmo frente aos percalços cresceram e transcenderam. O cuidado domiciliar, aliado ao cuidado paliativo, é capaz de dar "asas" àqueles que visualizaram suas vidas ameaçadas.
Compreender o significado de ser-cuidador de um familiar com câncer e com alta dependência para as atividades diárias ⁽¹⁰⁾ .	Significou, para o ser-cuidador, apavorar-se com o diagnóstico, com o tratamento, com os cuidados paliativos e ser-com-o-outro na doença. Mostrou-se ocupado sem deixar de estar preocupado e solícito. O cuidado paliativo deve permear o trabalho do enfermeiro para que este seja um verdadeiro ser-do-cuidado.
Compreender os significados atribuídos por profissionais de saúde à assistência em cuidados paliativos na atenção primária à saúde ⁽¹¹⁾ .	Os profissionais reconheceram a necessidade do outro no cuidado paliativo na atenção primária. Os significados envolveram a necessidade de um sistema organizado em rede que favoreça as relações sociais, o enfrentamento do modelo hospitalocêntrico curativista e a inclusão e conscientização da família.
Detectar astenia tumoral na Atenção Básica, possibilidades de avaliação e sua graduação com duas escalas propostas, a classificação CID-10 (CID-10) adaptada e o índice de Karnofsky graduado (IK [†]) ⁽¹²⁾ .	O estudo confirmou a existência de uma correlação negativa ou relação inversa entre os graus de astenia tumoral, de acordo com os critérios diagnósticos da CID-10, para astenia tumoral contra o IK [†] . Ferramenta fácil e acessível em qualquer ambiente de assistência, incluindo cuidados primários e paliativos, não apenas um indicador funcional, mas também pode avaliar e graduar a astenia tumoral.
Comprovar a validade e a aplicação de uma ferramenta prognóstica projetada em ambiente hospitalar com parâmetros biológicos para sua aplicação em domicílio ⁽¹³⁾ .	No domicílio, o uso rotineiro de parâmetros biológicos do sangue periférico para fins prognósticos tem pouca utilidade. A utilização de variáveis de fácil registro (sintomatologia clínica, situação funcional e aspectos relacionados ao tratamento) pode ser um instrumento mais adequado para estimar a sobrevivência neste ambiente.

(a Figura 3 continua na próxima página)

Identificar quantos pacientes no programa brasileiro de ESF ⁺ precisam de CP ^s ; Descrever as condições de saúde e o status sociodemográfico dos pacientes no programa ESF ⁺ que necessitam de CP ^s ; Descrever o apoio profissional e social recebido pelos pacientes do programa ESF ⁺ com necessidades de CP ^s (14).	Pacientes com necessidades de CP ^s estão acessando o programa ESF ⁺ , independentemente de não haver suporte específico para CP ^s . Dos 238 pacientes identificados, 73 foram identificados como necessitados de CP ^s , e a idade média foi de 77,18. A maioria dos pacientes recebeu medicação e apoio profissional por meio das unidades de atenção primária, mas foram identificadas limitações de serviços, como falta de visitas domiciliares e abordagens multiprofissionais limitadas. Políticas de CP ^s e treinamento profissional devem ser implementados para melhorar esta área.
Determinar a frequência de dor como motivo de visita em uma consulta de atenção primária e conhecer sua influência no sono(15).	Idade média de 50 anos, 56% de mulheres. A intensidade da dor com a escala EVA ⁺ foi de 4,9. 45% dos pacientes que preencheram os critérios de "bom sono". Em homens, a dor aguda e sua intensidade apareceram como fatores independentes do mau sono.
Desenvolver um novo e breve instrumento a ser empregado para mensuração da dignidade, baseado nas percepções de pacientes, familiares e profissionais sobre dignidade(16).	Foi apresentado um questionário de oito itens para validação. A nova escala mostrou validade fatorial apropriada e confiabilidade. O novo PPDS ⁺ possui propriedades psicométricas apropriadas que, juntamente com sua brevidade, incentivam sua aplicabilidade na avaliação da dignidade no final da vida.
Identificar quais tem sido as principais limitações e dificuldades de acesso aos recursos sociosanitários que tem vivido as pessoas no final de vida, através das vivências e das percepções dos cuidadores destes pacientes(17).	Categorias: sofrimento nos serviços de emergência, necessidade de privacidade, sensação de solidão e experiência em casa. Obstáculos: protocolos de cuidados que não levaram em conta o processo de adoecimento do familiar e a necessidade de um quarto individualizado na internação hospitalar. Em casa, sentem-se protegidos por profissionais da atenção básica, mas apresentam dificuldades no acesso às unidades de apoio psicológico e de cuidados paliativos.
Analisar o processo de trabalho de profissionais da saúde que atuam na Saúde da Família/ Atenção Primária e já cuidaram de pessoas em processo de morte a fim de traçar possíveis contribuições para a área de Saúde Pública no que se refere à implantação dos cuidados paliativos na atenção primária(18).	O planejamento das ações em saúde é orientado pelo Projeto Terapêutico Singular, com ênfase para o diagnóstico social e a necessidade do vínculo para pactuação. Entende-se que a finalidade dessa atividade do profissional da saúde seja promover a dignidade e a qualidade de vida no processo de morte, entretanto, defende-se que o cuidado integral deve incluir, além do cuidado da pessoa e sua família, a defesa do pleno desenvolvimento humano.
Refletir sobre os cuidados às pessoas com doenças em fase terminal na atenção primária à saúde (APS ⁺)(19).	Categorias: cuidados no final da vida na percepção dos familiares e na dos profissionais de saúde. Apesar do discurso de humanização, houve descontinuidade do cuidado. Para além dos grandes centros, pouco se logra de melhoria na qualidade de vida de quem morre no domicílio.
Conhecer e refletir sobre as perspectivas de terapeutas ocupacionais em relação à implementação dos cuidados paliativos na atenção domiciliar(20).	Atuação profissional em cuidados paliativos concentrado nos níveis especializados, mas com potência na atenção básica e domiciliar. Entraves: complexidade do "estar no domicílio", demandas de alto custo, falta de infraestrutura e a não implementação de políticas públicas. Formação profissional e produção científica insuficientes.
Identificar casos de usuários a fim de inventariar os problemas éticos que a equipe vivencia(21).	A formação de recursos humanos com competência técnica e a continuidade da assistência na transição do tratamento curativo para o paliativo favorecem a integralidade e a obtenção de respostas mais adequadas aos desafios éticos. Preocupa-se com a identificação dos valores subjacentes às necessidades específicas do final de vida e com abordagem multiprofissional.
Avaliar a necessidade de incorporação de cuidados paliativos nos cuidados primários de saúde por meio da caracterização de usuários elegíveis para esse tipo de cuidado, inscritos em um programa de distribuição de dispositivos(22).	141 dos 160 prontuários selecionados possuíam informações do KPS ⁺ . A maioria dos casos apresentou desempenho abaixo de 70% e, portanto, os pacientes foram elegíveis para cuidados paliativos. As patologias mais frequentes são as doenças degenerativas crônicas.
Analisar o conforto de cuidadores formais e informais de pacientes em cuidados paliativos, identificando as variáveis associadas às dificuldades de cuidado no domicílio(23).	A maioria dos cuidadores era mulher, idade média 52 anos, com companheiros e praticantes de alguma religião. O nível de conforto dos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos foi relativamente bom e esteve associado às dificuldades de cuidado no domicílio.
Identificar pacientes elegíveis para cuidados paliativos e caracterizar os serviços envolvidos na atenção primária à saúde(24).	Informa-se que 2715 são elegíveis, o que representa 3,59% da população cadastrada; doenças cardiovasculares, diabetes e câncer; 17,2% requereram cuidados paliativos precoce; 9,7%, exclusivos. Necessidade de estruturação da APS ⁺ para cuidados paliativos precoce, foco ao idoso.
Analisar a relação entre apoio social, qualidade de vida e depressão em pacientes elegíveis para cuidados paliativos atendidos na APS ⁺ de um município no interior de Minas Gerais, Brasil(25).	Maiores níveis de apoio social estão relacionados a pacientes com melhor qualidade de vida global e funcional. Por outro lado, menores níveis de qualidade de vida devido à presença de sintomas físicos estão relacionados a piores níveis de apoio social, bem como uma pior qualidade de vida global está relacionada a maiores níveis de sintomas de depressão.
Apresentar o processo de identificação de pacientes em cuidados paliativos em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família no Brasil(26).	Identificaram-se 38 pessoas com necessidades paliativas de uma população de 3.000; 58% são mulheres; 63% estão acima de 65 anos. Há multimorbidade maior acima de 65 anos. Doenças cardiovasculares, respiratórias, psiquiátricas, câncer e Diabetes Mellitus são prevalentes.

*CID = Classificação Internacional de Doenças; ⁺IK = Índice Karnofsky; ⁺ESF = Equipes de Saúde da Família; ⁺CP = Cuidados Paliativos; ⁺EVA = Escala Visual Analógica; ⁺PPDS = Escala de Dignidade dos Pacientes Paliativos; ⁺APS = atenção primária à saúde; ⁺KPS = Escala de Performance de Karnofsky

Figura 3 - Síntese com objeto e/ou questão e/ou objetivos dos estudos e principais resultados encontrados nos artigos analisados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019

Discussão

A análise da produção científica mostrou que, embora, nos últimos anos, tenham havido avanços, as práticas de cuidados paliativos na APS ainda têm sido realizadas de forma incipiente e, quando ocorrem, apresentam limites, conforme descrevem os resultados na Figura 3, como a descontinuidade do cuidado(13,21), a complexidade e/ou dificuldades nos cuidados paliativos no domicílio(19-20,23), as peculiaridades dos cuidados paliativos com demandas de alto custo - infraestrutura(20), o número

insuficiente de visitas dos profissionais de saúde(14), as abordagens multiprofissionais limitadas(14), a insuficiência na formação profissional(14,20-21), a reduzida produção científica na área(21), a necessidade de estruturação da APS para este fim(24), a existência de protocolos muito gerais de atenção(17) e dificuldades de acesso ao apoio psicológico(17).

Tais aspectos estão relacionados com a organização das redes de atenção e da APS. No Brasil, as equipes de Saúde da Família representaram avanços no acesso e nos indicadores de saúde, mas enfrentam dificuldades de várias ordens, como econômica, com o subfinanciamento

da saúde, de formação dos profissionais e de aprimoramento da articulação da rede, entre outras⁽²⁷⁾.

Uma análise do panorama atual do CP, realizada em 2018, indicou que, embora cientes que a atenção primária possa ser a estratégia de menor custo e maior impacto na saúde de uma população, a oferta de cuidado paliativo no país está centrada em hospitais⁽⁵⁾. Talvez, a incipiência dessa prática nos serviços brasileiros é demonstrada pela ausência de uma política de saúde pública que estruture ou oriente especificamente o desenvolvimento dessas ações⁽⁵⁾.

Um estudo que envolveu o Brasil e a França abordou a transição de pacientes entre os serviços de cuidados paliativos hospitalares e os domicílios e mostrou que, nos dois países, há dificuldades nessa transição relacionadas, entre outros, à fadiga dos cuidadores e ao medo da morte. Nesse estudo, ainda se abordou a alta hospitalar com fins racionalizadores como a liberação de leitos⁽²⁸⁾.

Os estudos^(14,20-21) trataram da insuficiência da formação dos profissionais para os cuidados paliativos e tal tema também foi evidenciado em investigação⁽⁷⁾, apontando que o despreparo dos profissionais para lidar com as demandas e necessidades das condições crônicas de saúde estava presente em países que têm uma população envelhecida há mais tempo que o Brasil.

A morte, entendida como tema que faz parte do cotidiano dos serviços de saúde, integra as diferentes fases do ciclo vital humano, mas ainda é um tema tratado de forma reduzida, tanto na formação dos profissionais de saúde como nos serviços de saúde, comprometendo o princípio da integralidade.

No estudo⁽¹¹⁾, evidenciou-se que a solicitação pelos familiares de não revelação do diagnóstico ao paciente pode coincidir com a opção do profissional, reforçando suas próprias dificuldades com o assunto. Uma revisão integrativa sobre CP na APS destacou que o acompanhamento do processo de morte e luto e a comunicação de más notícias, dentre outros temas, são pouco abordados na formação e nos serviços de saúde⁽⁷⁾.

Ainda prevalece, em algumas falas dos profissionais e em suas ações, o modelo curativista, focado na doença e na especificidade dos cuidados. A formação dos profissionais poderia favorecer a educação em saúde voltada aos pacientes e familiares, principalmente em relação à implementação dos CP na APS^(11,14).

Além disso, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada a aprendizagem no trabalho, toma o cotidiano como espaço aberto e revisor permanente das práticas profissionais, como um lugar de subjetividade e discussões⁽²⁹⁾. Dessa forma, acredita-se que espaços institucionalizados que possam colocar em análise as práticas profissionais, de forma interdisciplinar, sejam

essenciais para a promoção da integralidade dos cuidados paliativos.

No entanto, considera-se que a realização de cuidados paliativos na atenção primária esteja relacionada não somente à capacidade dos profissionais quanto ao desenvolvimento dos cuidados paliativos, mas também com sistemas universais de saúde que se organizem em rede e que se pautem por uma concepção ampliada do processo saúde-doença, levando em conta os determinantes sociais e as desigualdades sociais. Equipes "pobres" em locais pobres e que materializam a atenção primária seletiva não têm condições de assumir a complexidade dos cuidados primários em saúde e dos cuidados paliativos.

Equipes sem condições adequadas de trabalho poderão, por exemplo, realizar número insuficiente de visitas dos profissionais de saúde a essas famílias⁽¹⁴⁾.

Estudo⁽³⁰⁾ sobre a atenção primária à saúde na América Latina abordou 12 países e discutiu a relação entre a implementação da atenção primária integral e a proteção social universal. Certamente, tal aspecto não combina com a implementação de políticas neoliberais e flexibilização de direitos sociais como se tem visto não só no Brasil.

Os autores abordaram a atenção primária à saúde integral, que considera o enfoque familiar e comunitário, a base territorial, o trabalho em equipes multiprofissionais e participação social e a expansão dessa vertente na América Latina em governos de esquerda e centro-esquerda. Apontaram preocupações no atual cenário político dessa região do mundo.

Observou-se que cinco^(9-10,12-13,23) artigos trouxeram a associação dos cuidados paliativos e o câncer. Outros cinco^(16,22,24-26) artigos fizeram menção ao câncer, mas não de forma isolada, apontaram também outras doenças como Diabetes Mellitus, mal de Alzheimer, bem como doenças respiratórias e cardiovasculares. A ampliação dos CP para outras doenças apareceu em um estudo sobre raiva humana e sugeriu a revisão de diretrizes clínicas, propondo a introdução dos CP para pessoas com raiva em países endêmicos⁽³¹⁾.

Inicialmente, a prática paliativa era direcionada apenas aos pacientes oncológicos, mas, gradativamente, passou a ser incorporada por outras especialidades envolvidas no cuidado de pacientes com doenças crônico-degenerativas. Em sua primeira edição, publicada em 1995, as "Diretrizes médicas da Organização Nacional de Cuidados Paliativos (NHO) para determinar o prognóstico em Doenças Não-Cancerígenas Seleccionadas" determinavam o prognóstico das doenças não oncológicas e as incluíam nos programas de cuidados paliativos. As primeiras doenças não oncológicas a serem incluídas foram: Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e doença de Alzheimer⁽³²⁾.

Posteriormente, a segunda edição, publicada em 1996, acrescentou as seguintes patologias: Aids (sigla para *Acquired Immundeficiency Syndrome*, em português, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); doença hepática e renal; derrame; coma e Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)⁽³²⁾.

Se a associação de doenças aos cuidados paliativos pode facilitar a especificidade do cuidado a ser ofertado, para as equipes da atenção primária à saúde, outros conhecimentos precisam ser mobilizados como, por exemplo, a dinâmica das relações familiares e a produção de projetos terapêuticos singulares, conforme apontado em estudo⁽¹⁸⁾.

A utilização de escalas/instrumentos para definir as pessoas elegíveis aos cuidados paliativos foi abordada em seis artigos, sendo utilizadas a Escala de Performance Paliativa (PPS)⁽¹⁰⁾ e a Escala de Performance de Karnofsky (KPS)^(14,22,24-26). Outro artigo propôs a correlação entre duas escalas, a KPS e a classificação CID-10 (CID-10)⁽¹²⁾.

Para além das escalas para identificar a elegibilidade de pessoas aos cuidados paliativos, foram empregados outros instrumentos, como a Escala Visual Analógica (EVA), para avaliar a intensidade da dor⁽¹⁵⁾, a *General Comfort Questionnaire* (GCQ), para avaliar o conforto de cuidadores formais e informais⁽²³⁾, a escala da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ-C15-PAL), para mensurar a qualidade de vida dos pacientes, a escala *Medical Outcome Study* (MOS), para a avaliação do nível de apoio social, e a escala *Center for Epidemiological Studies – Depression* (CES-D) para a identificação dos sintomas de depressão⁽²⁵⁾.

Destaca-se um artigo que objetivou o desenvolvimento da Escala de Dignidade dos Pacientes Paliativos (PPDS) e utilizou outras seis escalas: o Inventário de Dignidade do Paciente (PDI), que identifica fontes de sofrimento em pacientes no final da vida; a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); o *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS), que mede a resiliência; o Questionário GES, referente à espiritualidade; a escala da Qualidade de Vida do IBPC C-30 (EORTC-QLQ-C30) e o Questionário Funcional de Apoio Social Duke-UNC-11, que avalia o apoio social confidencial e afetivo⁽¹⁶⁾.

Além disso, é imprescindível que o profissional da atenção primária à saúde conheça e saiba utilizar as principais escalas utilizadas em CP, como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, a Escala de Performance de Karnofsky e a Escala de Performance Paliativa. Dessa forma, os profissionais podem dispor de ferramentas que auxiliem na orientação do plano de cuidados específicos para cuidados paliativos.

Com relação ao processo de trabalho de profissionais da ESF envolvidos no atendimento de pacientes no final

do processo de viver, podem-se identificar os seguintes modos de fazer para cuidar: compaixão-empatia^(9-10,18-19); respeito e vontade de entender o sentido atribuído pelo paciente e sua família sobre a morte^(10,17,21); a comunicação utilizada como estratégia para estabelecer vínculo^(9-10,18-19,21,24); escuta ativa e sensível^(9-10,18,21); não julgamento ou abandono do paciente e manutenção da esperança^(10,19), mesmo sobre a eficiência do tratamento para o alívio de sintomas. Isso mostra que o modo de fazer, nesse momento, enfatiza as dimensões ética e interpessoal na relação profissional-paciente-família⁽¹⁸⁾.

A discussão sobre bioética não foi um tema recorrente nos artigos selecionados e, em apenas duas^(18,21) publicações, esse assunto foi abordado. Em um⁽²¹⁾ deles, a ética em cuidados paliativos foi o tema central, incluindo aspectos envolvendo a comunicação de más notícias, como a falta de sinceridade e a ocultação da verdade. O outro artigo⁽¹⁸⁾ abordou o assunto, apresentando uma breve discussão sobre a alteridade, considerada um dos referenciais da bioética.

Acrescenta-se que, para a efetivação e garantia dos cuidados paliativos na atenção primária, se pressupõe articulação entre os diversos serviços da saúde e diversos outros setores – consequentemente, outras categorias profissionais – tais como: do transporte, para garantir acessibilidade; da seguridade social, garantindo direitos sociais; e da justiça, para assegurar o acesso e a equidade.

Além disso, no prisma intrassetorial do sistema de saúde, devem ser firmadas e perpetuadas relações com as diversas especialidades médicas (Geriatría, Neurologia, Psiquiatria, Cardiologia), além de diferentes categorias multiprofissionais, áreas de informação epidemiológica e gestão, entre outras⁽³³⁾.

A importância da equipe multiprofissional foi citada como fundamental em cinco^(11,14,19-21) artigos, com ênfase na necessidade de conhecimentos teóricos, científicos e habilidades clínicas específicas de domínio de diferentes profissões para que ocorra a integralidade de ações no processo de oferta de cuidados paliativos, contemplando, assim, as dimensões físicas, psicossociais e espirituais do paciente e sua família.

Além disso, no seu escopo, a APS tem o potencial de desenvolver um conjunto de intervenções que favoreçam a qualidade de vida e continuidade dos cuidados paliativos, dentro e fora do domicílio, e potencialmente pode favorecer e proporcionar, ao paciente, um cuidado próximo da família e amigos, além da redução do risco de infecções e sofrimentos advindos de hospitalizações desnecessárias^(11,34).

Além disso, para que o CP evolua na APS, é preciso planejar a oferta, identificar e conhecer as necessidades, os recursos disponíveis, praticar o compartilhamento das informações por meio de uma comunicação adequada e definir os compromissos das partes envolvidas. Isso

se faz em relações e práticas colaborativas entre os diferentes profissionais, famílias e gestores.

Em consonância com a resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), orienta-se que “os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS)”, sendo a APS considerada a ordenadora do cuidado e da ação territorial⁽³³⁾.

Para que as mudanças ocorram no âmbito da gestão e da atenção, faz-se essencial a capacidade de diálogo e problematização sobre as concepções vigentes no interior de cada equipe de saúde. A construção de novos pactos, com a aproximação dos conceitos acerca do cuidado integral, humanizado e de qualidade, além da equidade e dos marcos que ocorreram fortemente no processo de reforma do sistema de saúde brasileiro, são essenciais para que tais mudanças possam ocorrer⁽²⁹⁾.

Este estudo apresenta como limite a não problematização dos diferentes sistemas de saúde onde os estudos foram produzidos, sendo que a atenção primária em saúde nem sempre é desenvolvida em sua vertente integral, havendo ainda forte orientação de serviços de saúde pela lógica hospitalar. Além disso, outra limitação dá-se pela inclusão de artigos em apenas quatro idiomas (português, francês, espanhol e inglês), que pode ter limitado o acesso a outras publicações sobre o tema.

Deseja-se que a compilação dos achados apresentados nesta revisão possa originar novas linhas de pesquisa e impulsionar outras publicações, contribuindo para o avanço científico da temática e desempenhando a função de auxílio e suporte para a reestruturação de práticas e políticas relacionadas aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde.

Conclusão

As evidências e os temas investigados relacionando os cuidados paliativos na APS apontam para a possibilidade desse cuidado, uma vez que essas equipes atuam próximas das famílias e dos territórios onde vivem. Tal processo poderia se dar em sistemas de saúde que implementam a atenção primária articulada com políticas sociais, que asseguram saúde como direito humano, sendo difícil sua implementação em sistemas não universais e com equipes de atenção primária com poucos recursos e pobre articulação em rede de serviços.

Os estudos apontam possibilidades do uso de escalas que podem auxiliar na identificação e seguimento das pessoas em CP, como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, a Escala de Performance de

Karnofsky e a Escala de Performance Paliativa. Também há produções que assinalam aspectos da subjetividade como importantes, destacando a empatia, escuta e valorização dos aspectos culturais.

Há artigos que tratam de patologias específicas, destacando-se o câncer, Diabetes Mellitus e diversas patologias que participam da transição epidemiológica e demográfica. Destaca-se que cuidados específicos precisam ser reconhecidos ao mesmo tempo que, na atenção primária à saúde, outros conhecimentos precisam ser mobilizados para considerar as dinâmicas familiares e sociais e assim construir projetos terapêuticos singulares.

Foi possível identificar, nesta revisão, que há uma preocupação com a formação inicial dos profissionais da saúde e formação no trabalho, pois esta ainda se mostra incipiente. Para melhorar esse quadro, indica-se a inserção da disciplina de CPs nos cursos da área da saúde e a implementação de ações de educação permanente e educação em saúde para aproximar os familiares e profissionais, levando-se em consideração aspectos culturais e sociais de cada família e equipe.

No entanto, reafirma-se que a realização dos cuidados paliativos na atenção primária é desafio complexo que ultrapassa o preparo dos profissionais e familiares, passa pela mudança da lógica e do modelo assistencial que ainda é centrado em doenças, na lógica econômica e em práticas profissionais que competem entre si de modo corporativo. Esse processo também se relaciona às políticas sociais que se conflitam na implementação de políticas neoliberais e de flexibilização de direitos sociais.

Referências

1. International Association for Hospice Palliative Care. Global Consensus-based palliative care definition. [Internet]. Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care; 2018 [cited May 05, 2019]. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
2. Kelley AS. Defining “Serious Illness”. J Palliat Med. [Internet]. 2014 [cited May 10, 2019];17(9):985. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2014.0164>
3. Cuidados Paliativos no Brasil. [Internet]. São Paulo: Instituto Paliar; 2019. [Acesso 5 mai 2019]. Disponível em: <https://www.paliar.com.br/cuidados-paliativos>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. [Internet]. 2018 [Acesso 5 mai 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=resultados>

5. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil. [Internet]. 2018 [Acesso 5 mai 2019]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>
6. Silva MLSR. The role of Primary Health Care professionals in palliative care. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2014 [cited May 7, 2019];9(30):45-53. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/718>
7. Saito DYT, Zoboli ELCP. Palliative care and primary health care: scoping review. *Rev Bioét*. [Internet]. 2015 [cited May 7, 2019];23(3):593-607. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300593
8. Levac D, Colquhoun H, O'Brien, KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Sci*. [Internet]. 2010 [cited May 7, 2019];5(1):19. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-69>
9. Wakiuchi J, Salimena AMO, Sales CA. Being cared by a family member: the existential feelings of cancer patients. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [cited May 7, 2019];24(2):381-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200381
10. Marchi JA, Paula CC, Girardon-Perlini NMO, Sales CA. The meaning of being a caregiver of a dependent relative suffering from cancer: palliative contributions. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2016 [cited May 5, 2019];25(1):e0760014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000100311&script=sci_abstract&tlng=en
11. Carvalho GAL, Menezes RMP, Enders BC, Teixeira GA, Dantas DNA, Oliveira DRC. Meanings attributed to palliative care by health professional in the primary care context. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2018 [cited May 7, 2019];27(2):e5740016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000200320&script=sci_arttext
12. Cruz LFC, Estévez MJM, Turiño-Luquec JD. Diagnóstico de la astenia tumoral en Atención Primaria. Propuesta de correlación entre dos escalas. *Med Paliat*. [Internet]. 2012 [Acesso may 2019];19(1):24-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2010.09.002>
13. López AR. Validación de un modelo pronóstico de supervivencia basado en parámetros biológicos para pacientes con cáncer terminal atendidos en ámbito domiciliario. *Med Paliat*. [Internet]. 2013 [Acesso 5 may 2019];20(1):3-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.01.012>
14. Marcucci FCI. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. *BMC Palliat Care*. [Internet]. 2016 [cited May 10, 2019];15(51):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0125-4>
15. Calsina-Berna A, Millán NM, González-Barboteo J, Díaz LS, Sales JP. Prevalencia de dolor como motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. [Internet]. 2011 [Acesso 7 may 2019];43(11):568-76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.006>
16. Rudilla D, Oliver A, Galiana L, Barreto P. A new measure of home care patients' dignity at the end of life: the palliative patients' dignity scale (PPDS). *Palliat Support Care*. [Internet]. 2016 [cited May 05, 2019];14:99-108. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951515000747>
17. Ruiz-Fernandéz MD, Ortega-Galán AM, Cabrera-Troya J, Ibáñez-Masero O, Carmona-Rega MI, Relinque-Medina F, et al. Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. *Enfermería Universitaria*. [Internet]. 2017 [cited May 07, 2019];14(1):10-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.004>
18. Combinato DS, Martins STF. (Pleading for) palliative care in primary health care. *Mundo Saúde*. [Internet]. 2018 [cited May 05, 2019];36(3):433-44. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/defesa_cuidados_paliativos_atencao_primaria.pdf
19. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB. Perception of family members and health professionals on end of life care within the scope of primary health care. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2013 [cited May 07, 2019];18(9):2615-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900016>
20. Portela SG, Galheigo SM. Palliative care in home care: perceptions of occupational therapists. *Cad Ter Ocup*. [Internet]. 2015 [cited May 07, 2019];23(1):15-29. Available from: https://www.researchgate.net/publication/307842167_Palliative_care_in_home_care_perceptions_of_occupational_therapists
21. Souza HL, Zoboli ELCP, Paz CRP, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Palliative care in primary health care: ethical considerations. *Rev Bioét*. [Internet]. 2015 [cited May 07, 2019];23(2):349-59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232074>
22. Paz CRP, Pessalacia JDR, Zoboli ELCP, Souza HL, Granja GF, Schweitzer MC. New demands for primary health care in Brazil: palliative care. *Invest Educ Enferm*. [Internet]. 2016 [cited May 05, 2019];34(1):46-57. Available from: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a06>
23. Meneguín S, Ribeiro R, Ferreira MLSM. Conforto de cuidadores formais e informais de pacientes em cuidados

- paliativos na atenção primária à saúde. *Rev Rene*. [Internet]. 2016 [Acesso 10 mai 2019];17(6):797-803. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000600010>
24. Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF. Perspectivas para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: estudo descritivo. *Online Braz J Nurs*. [Internet]. 2016 [Acesso mai 2019];15(4):683-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20165370>
25. Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRF, Zoboli ELC, Pereira MG. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2017 [cited May 7, 2019];28(51):e03245. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>
26. Corrêa SR, Mazuko C, Mitchell G, Pastrana T, Lima L, Murray SA. Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2017 [cited May 7, 2019];12(39):1-8. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1507](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12(39)1507)
27. Macinko J, Mendonça CS. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. *Saúde Debate*. [Internet]. 2018 [cited Feb 7, 2020];42(Sp. Iss.):18-37. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>
28. Cordeiro FR, Kruse MHL, Carlin N. La sortie d'unités de soins palliatifs au Brésil et en France: expériences de patients atteints d'un cancer avancé et de leurs familles. *Médecine Palliative* [Internet]. 2018 [Accès 7 Fev 2020];17(3):139-147. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2018.03.002>
29. Ceccim RB. Permanent Education in the Healthcare field: an ambitious and necessary challenge. *Interface*. [Internet]. 2005 [cited May 5, 2019];9(16):161-77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-3283200500010001>
30. Giovanella L, Almeida PF. Comprehensive primary care and segmented health systems in South America. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2017 [cited Feb 5, 2020];33(Suppl. 2):e00118816. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00118816>
31. Tarantola A, Crabol Y, Mahendra JB, In S, Barennes H, Bourhy H, et al. Caring for patients with rabies in developing countries - the neglected importance of palliative care. *Trop Med Int Health*. [Internet]. 2016 [cited May 7, 2019];21(4):564-7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12670>
32. Stuart B. The NHO medical guidelines for non-cancer disease and local medical review policy: hospice access for patients with diseases other than cancer. *Hosp J*. [Internet]. 1999 [cited May 5, 2019];14(3):139-54. Available from: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/THE-NHO-MEDICAL-GUIDELINES-FOR-NON-CANCER-DISEASES_1.pdf
33. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Palliative cares on cancer and the doctrinal principles of SUS. *Saúde Debate*. [Internet]. 2015 [cited May 7, 2019];39(106):881-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300881
34. Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 41/GM/CIT de 31 de outubro de 2018 (BR). Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União 23 nov 2018. [Acesso 5 mai 2019]. Disponível em: http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710

Recebido: 18.08.2019

Aceito: 07.04.2020

Editora Associada:
Maria Lúcia Zanetti**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Eveline Tremea Justino
E-mail: evelinejustino@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-3141-835X>