

Perfil de usuários com necessidades de cuidados paliativos vinculados a uma Unidade Básica de Saúde no município de Porto Alegre/RS

Juliana Marques Coelho Bastos¹  Marília de Oliveira Imthorn¹  Patrícia Leal Pinheiro¹  Daniel Klug² 
Luciana Pinto Saavedra¹  Geraldo Pereira Jotz³  Cledy Eliana dos Santos¹ 

¹Grupo Hospitalar Conceição. GHC. Porto Alegre/RS, Brasil.

²Faculdade de Ciências da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. GHC – FaCS. Porto Alegre/RS, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – UFRGS. Porto Alegre/RS, Brasil.

E-mail: prof.daniel.klug@gmail.com

Resumo

O fortalecimento em Cuidados Paliativos (CP) na Atenção Primária à Saúde (APS) aumenta a qualidade do atendimento no fim de vida e possibilita redução de complicações por longas internações. O objetivo deste trabalho foi analisar dados sobre a mortalidade ocorrida em portadores de doenças crônicas avançadas não transmissíveis vinculados à Unidade Básica de Saúde Vila Floresta do Grupo Hospitalar Conceição (USVF-GHC) e verificar quantos destes seriam elegíveis aos CP. Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal, descritiva e de abordagem quantitativa e retrospectiva. Os dados são provenientes de registros eletrônicos em saúde, do relatório de monitoramento gerencial, dos prontuários na USVF-GHC e da vigilância epidemiológica de Porto Alegre. Utilizou-se a escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) para critério de elegibilidade à CP. De um total de 155 pessoas que faleceram e moravam no território de atuação da USVF-GHC no ano de 2019, 55,2%(n=86) eram do sexo feminino, 54,2%(n=84) eram idosos com mais de 80 anos, 23,9%(n=37) tinham o tempo entre diagnóstico e óbito com mais de 5 anos, em 69,7%(n=108) dos casos o local de falecimento foi o hospital, 66,5%(n=103) não tinham prontuário, para 34,8%(n=54) foram as neoplasias as principais causas de óbito e 42,6%(n=66) foram considerados elegíveis aos CP segundo a PCST. Conclui-se que o perfil de pessoas com diagnóstico há mais de cinco anos da doença que resultou no óbito poderia ser observado com maior atenção pelas equipes da APS no que diz respeito aos CP, aumentando as buscas ativas e estabelecendo comunicação efetiva com os hospitais na transferência de cuidados.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Doenças crônicas.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelo maior número de morbidade e mortalidade no mundo em 63% das mortes globais¹. São patologias de etiologia múltipla, compreendendo, principalmente, doenças circulatórias, câncer, diabetes, doenças pulmonares e doenças neurológicas

o que caracteriza a “transição epidemiológica” que engloba o envelhecimento populacional e mudança no padrão de morbimortalidade que afeta a população².

Sabe-se que a população idosa aumentou 4,8 milhões no período entre 2012 e 2017 e que há uma tendência de envelhecimento da

população brasileira³. Projeções indicam que no ano de 2060 mais de um terço da população brasileira será composta por pessoas com 60 anos ou mais⁴. No Brasil, em 2019, 54,7% das causas de morte foram relacionadas às DCNT e mais de 54 milhões de pessoas (45% da população adulta) vivem com alguma destas comorbidades^{1,5}. O aumento das doenças crônicas remonta o envelhecimento populacional, e torna emergente o conhecimento e a disseminação de Cuidados Paliativos (CP) e de fim de vida na Atenção Primária à Saúde (APS).

A definição de CP diz que todos os indivíduos que apresentem sofrimento por doenças graves ameaçadoras à vida devem receber cuidados paliativos com o objetivo melhorar sua qualidade de vida, incluindo familiares e cuidadores^{6,7}. Estes cuidados se caracterizam por uma abordagem multidisciplinar que busca o tratamento da dor e demais sintomas físicos, prevenção e alívio de sofrimento, interpelação de questões sociais, psicológicas e espirituais. Não aceleram ou retardam a morte, afirmam a vida e reconhecem a morte como um processo natural⁷.

A principal política de APS brasileira é a promoção de ações preventivas e intervenções de promoção da saúde, gestão de doenças crônicas e cuidados comunitários⁸. Essas ações estão associadas a diminuição nas taxas de hospitalização por DCNT. No entanto, a falta de uma política específica direcionada para cuidados paliativos faz com que o Brasil tenha baixo índice de cuidados de fim de vida, pouco acesso a serviços de CP e alta ocorrência de óbitos em ambientes hospitalares, quando em comparação com outros países⁸. Em um estudo que comparou a qualidade da morte e do morrer em 81 países, o Brasil ficou na posição número 79⁹. Além disso, 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 APS e as políticas sociais que as sustentam ou enfraquecem, sendo considerado um desafio complexo¹⁰.

Diante da crescente demanda por CP, torna-se difícil contar com número suficiente de profissionais para a assistência. Existem centros especializados, principalmente nas grandes cidades e núcleos hospitalares, mas que não se comunicam com a rede de atenção primária. No Brasil, já foram promulgadas normas que estabelecem o CP e a atenção domiciliar no SUS, a citar o mais recente, o Programa Melhor em Casa. Entretanto, são poucos os locais que trabalham nesse sentido¹¹.

Tampouco essa perspectiva da atenção à saúde diz respeito apenas aos especialistas, podendo ser prestado como abordagem por todos os profissionais de saúde que sejam qualificados através de treinamento apropriado^{7,12}. Sabe-se que 80 a 90% dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos podem ser acompanhados por médicos de família e/ou equipe de saúde da família¹³.

Um componente central da boa prática de cuidados de fim de vida é a identificação em tempo adequado de pacientes elegíveis a cuidados paliativos e o acesso ao serviço¹⁴. A atenção iniciada logo após o diagnóstico de uma patologia ameaçadora à vida aumenta o potencial de alívio da dor e controle de outros sintomas, diminui sofrimento psíquico e familiar, além de reduzir custos ao sistema¹⁵.

Levando-se em conta os princípios norteadores dos CP¹⁶, a atenção primária à saúde surge como um local de potencial identificação de pacientes elegíveis. Como equipes de saúde da família, entende-se que a longitudinalidade, a proximidade cultural e geográfica aos usuários contribui para que o cuidado seja humanizado, respeitando-se a autonomia do paciente e de suas famílias e evitando-se a fragmentação do indivíduo^{11,17}, e ainda, a APS pode privilegiar-se de manter o cuidado da pessoa em domicílio, proporcionando proximidade de sua família¹¹. A continuidade do cuidado na atenção primária é valorizada pelos pacientes e é custo-efetiva para o sistema de saúde através da otimização de recursos^{3,7,18}.

Considerando que doenças crônicas e ameaçadoras à vida compõem o escopo de atu-

ação paliativista e a alta capacidade de identificação precoce desses pacientes na APS, o objetivo deste trabalho foi analisar dados sobre a mortalidade ocorrida em portadores de

DCNT vinculados à Unidade Básica de Saúde Vila Floresta do Grupo Hospitalar Conceição (USVF-GHC) e verificar quantos destes seriam elegíveis aos CP.

METODOLOGIA

Esta pesquisa em caracteriza-se por um desenho de estudo observacional, transversal e descritivo com abordagem quantitativa retrospectiva. O contexto onde a pesquisa ocorreu e teve foco foi o território de atuação da Unidade Básica de Saúde Vila Floresta do Grupo Hospitalar Conceição localizada na zona norte da cidade brasileira de Porto Alegre. O território de atuação da USVF-GHC é caracterizado pela ausência de grandes edifícios, por uma estimativa populacional em torno de 16 mil habitantes, com suas ruas bastante arborizadas e com calçamento em pedra basalto irregular. O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma instituição de saúde pública e é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, além da UPA Moacyr Scliar, de 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária dos quais a USVF-GHC faz parte, de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Escola GHC.

A amostra, formada por conveniência, são pessoas pertencentes ao território de atuação que vieram a óbito entre os meses de janeiro a dezembro de 2019. As informações foram compiladas utilizando os arquivos de dados em formato tabular com extensão .csv e o software de *RStudio* (versão 4.2.1) para a análises e descrições numéricas. Os dados utilizados são provenientes do Sistema de Registro Eletrônicos de Saúde do GHC, do Relatório do Sistema de Monitoramento Gerencial da USVF-GHC, dos prontuários

dos pacientes na USVF-GHC e dos dados da vigilância epidemiológica de Porto Alegre. Foram excluídos da análise os menores de 18 anos e portadores de doenças crônicas não transmissíveis que tiveram morte súbita ou violenta.

Os dados selecionados para a análise sobre a mortalidade foram o sexo, a idade, a causa básica do óbito descrita pelo código principal da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), comorbidades associadas, vícios (etilismo e tabagismo), tempo de diagnóstico da doença de base, data de óbito, local de falecimento, profissional que assistiu o fim de vida e elegibilidade para CP. A idade foi categorizada em três grupos os jovens (menos de 59 anos), os de meia-idade (entre 60 e 79) e idosos (acima de 80), o tempo entre diagnóstico e óbito é calculado pela diferença entre a data do óbito e a data do diagnóstico da doença que levou ao óbito e é dividido em três categorias, isto é, em menos de 6 meses ou de 6 meses a 5 anos ou mais de 5 anos.

Em relação à definição de elegibilidade quanto à necessidade de cuidados paliativos aplicou-se a escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) expressos na figura 1. A escala avalia quatro critérios: doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente. Quando o score (somatório dos quatro critérios) é maior ou igual a quatro pontos, considera-se ter indicação de cuidados paliativos.

Figura 1 – Escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST)

| |
|---|
| <p>Critério número 1 - Doenças de base – dois pontos para cada subitem</p> <ol style="list-style-type: none">1.Câncer-metástase ou recidiva2.Doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC avançada- repetidas exacerbações3.Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) - decréscimo de função motora maior ou igual 25%4.Insuficiência renal grave – clearance de creatinina < 25%, miocardiopatia ou insuficiência coronariana significativa.6.Outras doenças limitantes à vida do paciente <p>Critério número 2 - Doenças associadas – um ponto para cada subitem</p> <ol style="list-style-type: none">1.Doença hepática2.Doença renal moderada – clearance de creatinina < 60ml/min.3.DPOC moderada – quadro clínico estável4.ICC moderada - quadro clínico estável5.Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto <p>Critério número 3 - Condição funcional do paciente</p> <p>1.Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de deficiência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas confinado ao leito ou à cadeira de rodas.</p> <p>Pontua-se 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante).</p> <p>Critério número 4 - Condições pessoais do paciente – um ponto para cada subitem</p> <ol style="list-style-type: none">1.Necessita de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas.2.Histórico de internações recentes em serviços de emergências.3.Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base4.Internações prolongadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico |
|---|

Fonte: Adaptado de Clara MGS, Silva VR, Alves R, Coelho MCR, 2019³.

Para as variáveis qualitativas, calculamos as frequências simples absolutas e relativas. A representação dos dados deu-se por meio de tabelas univariadas e bivariadas. O estudo foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê

de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GEP/GHC), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 44618821.5.0000.5530 e parecer número 4.635.485 de 07/04/2021.

RESULTADOS

Foram avaliados 155 pacientes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Vila Floresta (US) que vieram a óbito no período do ano de 2019. Dos 155, 55,2% (n=86) eram do sexo feminino, 54,2% (n=84) eram idosos

com mais de 80 anos, 80% (n=108) morreram em hospitais, 34,8% (n=54) tiveram como causa básica de óbito neoplasias malignas e 42,6% (n=66) eram elegíveis aos cuidados paliativos segundo a PCST.

Tabela 1 – Distribuição de frequências de dados do perfil de mortalidade de habitantes do território de atuação da Unidade Básica de Saúde Vila Floresta do Grupo Hospitalar Conceição (n=155). Porto Alegre, 2019.

| Características | Frequências | |
|---|--------------|--------------|
| | Absoluta (n) | Relativa (%) |
| Sexo | | |
| Feminino | 86 | 55,2 |
| Masculino | 69 | 44,8 |
| Idade (anos) | | |
| Jovens (Menos de 59) | 11 | 7,1 |
| Meia-idade (Entre 60 e 79) | 60 | 38,7 |
| Idosos (Acima de 80) | 84 | 54,2 |
| Tempo entre diagnóstico e óbito | | |
| Menos de 6 meses | 16 | 10,3 |
| De 6 meses a 5 anos | 17 | 11,0 |
| Mais de 5 anos | 37 | 23,9 |
| Sem informação | 85 | 54,8 |
| Local do falecimento | | |
| Domicílio | 27 | 17,4 |
| Hospital | 108 | 69,7 |
| Sem informação | 20 | 12,9 |
| Prontuário na USVF-GHC | | |
| Sim | 52 | 33,5 |
| Não | 103 | 66,5 |
| Tabagismo | | |
| Sim | 13 | 8,4 |
| Ex-usuário | 14 | 9,0 |
| Não | 13 | 8,4 |
| Sem informação | 115 | 74,2 |
| Etilismo | | |
| Sim | 4 | 2,6 |
| Ex-usuário | 3 | 1,9 |
| Não | 19 | 12,2 |
| Sem informação | 129 | 83,2 |
| Causas básicas dos óbitos | | |
| Neoplasias (C00 – D48) | 54 | 34,8 |
| Doenças do Aparelho Circulatório (I00 – I99) | 29 | 18,7 |
| Doenças Endocrinometabólicas (E00 – E90) | 15 | 9,7 |
| Doenças do Aparelho Respiratório (J00 – J99) | 15 | 9,7 |
| Doenças do Sistema Nervoso (G00 – G99) | 14 | 9,0 |
| Outras causas | 28 | 18,1 |
| Elegíveis aos cuidados paliativos (PCST) | | |
| Sim | 66 | 42,6 |
| Não | 5 | 3,2 |
| Sem informação | 84 | 54,2 |

Na Tabela 1, a categoria outras causas doenças infectoparasitárias (A00-B99), 1,9% distribui-se em 6,5% (n=10) para sinais e sintomas anormais (R00-Y98), 3,2% (n=5) para lesões por causas externas (S0-Y48), 2,6% (n=4) para doenças do aparelho genitouninário (N00-N99), 1,9% (n=3) para doenças do aparelho digestivo (K00-K93), 1,3% (n=2) para doenças do aparelho osteomuscular (M00-M99) e 0,6% (n=1) para problemas de saúde mental (F00-F99).

Tabela 2 – Distribuição de frequências bivariada absoluta e relativa das relações entre causas básicas dos óbitos, local de falecimento e prontuário na USVF-GHC. Porto Alegre, 2019.

| Causas básicas dos óbitos | Prontuário na USVF-GHC | | Local do falecimento | |
|----------------------------------|------------------------|------------|----------------------|-----------|
| | | | Hospital | Domicílio |
| Neoplasias | Sim | 18 (11,6%) | 17 (12,6%) | 1 (0,7%) |
| | Não | 36 (23,2%) | 29 (21,5%) | 5 (3,7%) |
| Doenças do Aparelho Circulatório | Sim | 10 (6,5%) | 5 (3,7%) | 3 (2,2%) |
| | Não | 19 (12,3%) | 12 (8,9%) | 1 (0,7%) |
| Doenças Endocrinometabólicas | Sim | 7 (4,5%) | 4 (3,0%) | 3 (2,2%) |
| | Não | 8 (5,2%) | 4 (3,0%) | 3 (2,2%) |
| Doenças do Aparelho Respiratório | Sim | 5 (3,2%) | 5 (3,7%) | 0 (0,0%) |
| | Não | 10 (6,5%) | 8 (5,9%) | 0 (0,0%) |
| Doenças do Sistema Nervoso | Sim | 3 (1,9%) | 2 (1,5%) | 1 (0,7%) |
| | Não | 11 (7,1%) | 5 (3,7%) | 2 (1,5%) |
| Outras causas | Sim | 9 (5,8%) | 4 (3,0%) | 4 (3,0%) |
| | Não | 19 (12,3%) | 13 (9,6%) | 4 (3,0%) |

Na Tabela 2, observa-se que a minoria 33,5% (n=52) das pessoas que morreram não possuía prontuários na USVF-GHC, que 11,6% (n=18) faleceram por neoplasias, que 6,5% (n=10) por doenças aparelho circulatório, que 4,5% (n=7) por doenças endocrinometabólicas e 3,2% (n=5) por doenças do aparelho respiratório.

Por outro lado, a maioria 69,7% (n=108) teve como local do óbito o hospital, 12,6% (n=17) com e 21,5% (n=29) sem prontuários na USVF-GHC e que faleceram por neoplasias, 3,7% (n=5) com e 8,9% (n=12) sem prontuários na USVF-GHC e que faleceram por doenças do aparelho circulatório.

Tabela 3 – Distribuição de frequências bivariada absoluta e relativa das relações entre sexo, idade e tempo entre diagnóstico e óbito da área de abrangência da USVF-GHC. Porto Alegre, 2019.

| Sexo | Idade | Tempo entre diagnóstico e óbito | | |
|-----------|------------|---------------------------------|---------------------|----------------|
| | | Menos de 6 meses | De 6 meses a 5 anos | Mais de 5 anos |
| Feminino | Jovens | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (1,4%) |
| | Meia-idade | 5 (7,1%) | 8 (11,4%) | 5 (7,1%) |
| | Idosos | 4 (5,7%) | 2 (2,9%) | 14 (20,0%) |
| Masculino | Jovens | 0 (0,0%) | 1 (1,4%) | 0 (0,0%) |
| | Meia-idade | 6 (8,6%) | 5 (7,1%) | 6 (8,6%) |
| | Idosos | 1 (1,4%) | 1 (1,4%) | 11 (15,7%) |

Na tabela 3, os grupos etários de idosos com mais de 5 anos entre o diagnóstico e o óbito são os mais frequentes nos dois sexos, o feminino com 20% (n=14) e o masculino com 15,7% (n=11). Outra observação é em

relação às mulheres de meia-idade de 6 meses a 5 anos do tempo entre o diagnóstico e óbito com 11,4% (n=8), seguido dos homens de meia-idade com menos de 6 meses entre o diagnóstico e óbito 8,6% (n=6).

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que 42,6% (n=66) das pessoas que faleceram e moravam no território de atuação da USVF-GHC apresentavam critérios de elegibilidade para cuidados paliativos após o preenchimento da escala PCST e que apenas 33,5% (n=52) tinham prontuário na USVF-GHC. O registro incompleto e/ou inadequado nos prontuários também constituiu um aspecto limitante para atribuição precisa de pontos da escala PCST. Uma parte dos prontuários não apresentavam informações suficientes para aplicação da escala PCST, inclusive fragilidade de informações básicas, como comorbidades e vícios. Chama a atenção que para o 66,5% (n=103) dos óbitos ocorridos nesse ano não tinham prontuário na USVF-GHC. O preenchimento da escala PCST de acordo com os dados disponíveis em prontuários foi possível realizar para 45,4% (n=71) pessoas. Desse conjunto, 92,9% (n=66) receberam pontuação na análise do prontuário para elegibilidade para cuidados paliativos.

Por outro lado, em 69,7% (n=108) o local da morte foi registrado no hospital, esses dados são bastante relevantes quando refletimos a necessidade de internalizar para as equipes de saúde em geral a importância do trabalho em conjunto e precoce com as equipes especializadas em cuidados paliativos para pacientes com doenças ameaçadoras à vida¹⁹ e, urgentemente, a inclusão de capacitações e formações sobre CP na APS. Observou-se que dos pacientes elegíveis a cuidados paliativos e que faleceram em ambiente hospitalar,

poucos receberam assistência de equipe especializada. Isso pode revelar que existe um desconhecimento técnico sobre quando acionar as equipes de CP ou mesmo o desconhecimento de como o sistema de saúde é organizado. Reconhecemos que quanto melhor integração da rede assistencial de serviços de saúde, melhor será a assistência aos pacientes. A transversalidade das ações e dos serviços de saúde deve ocorrer por meio da comunicação e dos registros entre todos os pontos da rede.

Segundo a literatura, existem marcadores gerais que são associados a um pior prognóstico e, portanto, a necessidade de avaliação específica à indicação de CP: idade avançada, associação de múltiplas comorbidades, relato dos familiares de perda de funcionalidade com maior dependência de terceiros para realização das atividades básicas da vida diária, piora significativa da ingestão alimentar e infecções recorrentes e/ou de difícil tratamento, etilismo e tabagismo⁷.

É importante destacar que as escalas, inclusive a PCST, não levam em conta somente as doenças que a pessoa possui. A funcionalidade, histórico de internações e até mesmo a capacidade de tomada de decisão são outros critérios similarmente importantes e que geralmente são mais conhecidos pelas equipes de cuidado continuado, reforçando a capacidade da APS em fazer parte e melhorar o cuidado no fim da vida³.

O estudo apresenta limitações em relação à generalização dos resultados para contextos com características populacionais distintas.

Outra limitação consiste na ausência de dados no tempo entre o diagnóstico e o óbito em 54,8% (n=85), no local do falecimento 12,9% (n=20), no tabagismo 74,2% (n=115), no etilismo 83,2% (n=129) e em elegíveis aos cuidados paliativos 54,2% (n=84). Dos pacientes analisados neste estudo, 8,4% (n=13) os tabagistas ativos e 9% (n=14) ex-tabagistas representam 67,5% dos válidos. Em estudos que abordam a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), esta foi a quinta maior causa de óbito registrada e o tabagismo estava relacionado a quase todas as demais. A estratificação de risco em DPOC e mortalidade mostra que pontuações preditivas podem ser simples, incorporar variáveis clínicas importantes em comorbidades específicas, melhorar significativamente a previsibilidade de problemáticas e configurar melhor desempenho de atividades terapêuticas²⁰.

Sobre o tempo entre diagnóstico e óbito, excluindo os 85 casos sem informação, verificou-se que 52,8% (n=37) tinham tempo superior a 5 anos, o que evidencia que a maior parte destes pacientes não foi acionado pela unidade de saúde em tempo hábil para organização de um plano de cuidado. Uma justificativa seria o paciente ser acompanhado por outros serviços, principalmente hospitalares. Em contrapartida, não houve comunicação entre a rede secundária e terciária com a primária para manejo conjunto do projeto terapêutico.

Um plano antecipatório de cuidado aumenta a chance de identificar pacientes elegíveis a CP e seu núcleo de apoio, iniciando este cuidado em tempo hábil, o que afeta positivamente os desfechos posteriores, fortalece a autonomia do paciente e da família e corrobora com a tomada de decisão compartilhada, evitando medidas invasivas que não alterariam o curso da doença e aumentando o número de falecimentos assistidos em serviços da comunidade ou mesmo em domicílio^{13,14}.

Analisando a publicação de Brownlee et al. acerca do uso excessivo de medidas agressivas no fim de vida e aquém do que seria ideal de cuidados paliativos nessa fase²¹. Cabe ressaltar que o prolongamento artificial da vida se refere a contra-indicação de reanimação cardiovascular, intubação orotraqueal e encaminhamento para UTI (no caso de pacientes alocados em leitos de enfermagem).

Dentre todos os atendimentos analisados, apenas aqueles vinculados a um serviço de cuidado paliativo apresentavam registros profissionais de reuniões e acolhimento familiar. O processo de terminalidade foi abordado por outras especialidades próximas à data do falecimento ou apenas se instituídas medidas de conforto. O acolhimento familiar voltado para a abordagem centrada na pessoa abre espaço ao paciente e sua família para compartilhar a tomada de decisões quanto ao tratamento, alinhar às expectativas, auxiliar no manejo do cuidado e acolher os envolvidos²².

A discussão de local de falecimento é assunto pertinente ao final de vida. Morrer em casa é o local de preferência da maior parte da população mundial, e também da população brasileira (65%)^{3,7,9,23}. No entanto, metade ou mais falecem em hospitais (com grandes variações regionais)^{7,8,24}. Neste estudo, de 135 pacientes avaliados 80% (108) faleceram no hospital. Dos 27 pacientes que faleceram no domicílio, menos da metade (12) possuíam vínculo com a unidade de saúde.

É importante salientar o crescente incentivo das políticas públicas de saúde brasileiras quanto à Atenção Domiciliar. Tanto o manejo em domicílio de doenças crônicas não transmissíveis quanto os preceitos de cuidados paliativos são bem definidos e estruturados em teoria pelas portarias do Ministério da Saúde. As três modalidades de atendimento domiciliar (AD1, AD2 e AD3) abrangem os CP em suas diversas complexidades²⁵. A APS se

enquadra na modalidade AD1 e se bem articulada é capaz de sanar a maior parte das demandas de pacientes paliativos, com eficácia no tratamento de sintomas como dor, ansiedade, depressão e fraqueza²⁶.

Dentre os pacientes com PSCT maior ou igual a 4 e com descrição em prontuário de que não foram assistidos pela equipe hospitalar de cuidados paliativos não há registro sobre a preferência do paciente e familiares quanto ao local de falecimento. Dentre as lacunas do atendimento de pacientes entre os níveis de cuidado, não se discutir sobre possibilidades de local de morte e preferência do usuário de ocorrer em casa é uma delas^{25,26}.

As visitas domiciliares e o envolvimento de médicos de família e comunidade (MFC) melhoram a qualidade do cuidado ao conhecer a realidade do paciente e dinâmica familiar. Acolher e capacitar a família e o cuidador, prevenir, tratar ou responder mais rapidamente às demandas clínicas traz benefícios tanto ao paciente quanto a otimização do uso da rede assistencial de serviços de saúde. Visitas domiciliares pelo MFC em pacientes em estado terminal de câncer em uma população do Canadá diminuíram em 15% o número de internações em hospitais gerais²³. Além disso, a qualidade do cuidado e o local onde é realizado também

se torna significativo para o processo de luto vivenciado durante o adoecimento e após o falecimento do paciente^{7,27}.

O currículo baseado em competências é uma estratégia para inserção dos CP durante a formação médica. São pilares dessa proposta, conhecer os preceitos e princípios do CP, entender o processo de envelhecimento e da transição epidemio-demográfica no Brasil, manejar adequadamente o diagnóstico e tratamento das doenças crônicas mais prevalentes e saber fornecer atestado de óbito¹⁹.

A partir dos resultados deste estudo, percebeu-se que as habilidades básicas necessárias ao MFC sobre o tema precisam ser desenvolvidas por meio de capacitações e de estratégias de ensino que priorizem práticas, uma vez que existe a demanda por esse tipo de assistência pela população. Espera-se que este material seja um subsídio para reflexões inerentes ao tema e que fomente discussões ampliadas sobre a necessidade de qualificação da APS e melhor atendimento ao usuário. Uma APS que é capaz de colocar em prática seus princípios teóricos faça ideal interface com níveis secundários e terciários e assim se construa melhor assistência de maneira dinâmica e cadenciada com progressivas melhoras em todas as pontas do sistema de saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar dados sobre a mortalidade ocorrida em portadores de DCNT vinculados à USVF-GHC e verificar quantos destes seriam elegíveis aos CP. Os resultados refletem a necessidade de qualificar a articulação do cuidado de saúde na rede assistencial, no que diz respeito à escassez de busca ativa, a ferramentas sistematizadas para a prática assistencial, à capacitação das equipes, à falta de recursos físicos e à falta de referências dos serviços

hospitalares com equipes de CP.

A organização de protocolos para aplicação de escalas e identificação de pacientes com critérios de elegibilidade, planejamento e coordenação do cuidado multiprofissional, além do acolhimento da família como um todo é uma medida necessária para implantação efetiva destes cuidados na APS.

O fortalecimento na APS possibilita a redução de complicações atribuídas a longas

internações, desospitalização precoce, redução de gastos públicos e principalmente, uma qualidade de fim de vida ao paciente. A organização de políticas públicas em saúde voltadas ao acesso, organização de recursos humanos qualificados e de ações programáticas bem estabelecidas, com formação multiprofissional técnica e humana são elementos fundamentais para uma rede de cuidados de fim de vida coesa e comprometida com ética e a dignidade da

pessoa humana.

Conclui-se que o perfil de pessoas com diagnóstico há mais de cinco anos da doença que resultou no óbito poderia ser observado com maior atenção pelas equipes da atenção primária à saúde no que diz respeito aos cuidados paliativos, aumentando as buscas ativas no território e buscando estabelecer uma comunicação mais efetiva com os hospitais, especialmente, na transferência de cuidados.

AGRADECIMENTOS: Agradecemos ao Grupo Hospitalar Conceição pela oportunidade de produzir conhecimentos em saúde. Às médicas e preceptoras, Elisabeth Nader e Marilaine Bertuol, pelo incentivo à pesquisa e confiança em nossos esforços.

Declaração do autor CRediT

Conceituação: Bastos, JMC; Imthou, MO; Pinheiro, PL. Metodologia: Bastos, JMC; Klug, D. Validação: Klug, D; Santos, CE. Análise estatística: Klug, D. Análise formal: Klug, D; Santos, CE. Investigação: Bastos, JMC; Imthou, MO; Pinheiro, PL. Recursos: Santos, CE; Jotz, GP. Redação-preparação do rascunho original: Bastos, JMC; Imthou, MO; Pinheiro, PL. Redação-revisão e edição: Bastos, JMC; Klug, D; Santos, CE. Visualização: Bastos, JMC; Imthou, MO; Pinheiro, PL; Saavedra, LP; Klug, D; Santos, CE; Jotz, GP. Supervisão: Santos, CE; Jotz, GP. Administração do projeto: Santos, CE; Klug, D; Jotz, GP.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev Bras Epidemiol.* 2019; 22; 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>
2. Duncan BB, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(suppl 1): 123-134. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>
3. Clara MGS, Silva VR, Alves R, Coelho MCR. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019; 22(5): 1-10. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>
4. Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauch KC. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. *Rev Bras Epidemiol.* 2019; 22; 1-11. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190010>
5. Brasil. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. 2021. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf
6. Radbruch L, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(4): 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
7. Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021.
8. Marcucci FCI, et al. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. *BMC Pall Care.* 2016; 15(1): 1-10. <http://www.doi.org/10.1186/s12904-016-0125-4>
9. Finkelstein EA, et al. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *J Pain Symptom Manage.* 2022; 63(4): 419-429. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015>
10. Justino ET, Treméa E, Kasper M, Santos KS. Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020; 28; 1-11. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>
11. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Educ Med.* 2019; 43(3): 62-72. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172>
12. Souza HL, Zoboli ELCP, Paz CRP, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à

- saúde: considerações éticas. *Rev Bioética*. 2015; 23(2): 349-59. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232074>
13. Afshar K, et al. Optimal care at the end of life (OPAL): study protocol of a prospective interventional mixed-methods study with pretest-posttest-design in a primary health care setting considering the view of general practitioners, relatives of deceased patients and health care stakeholders. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1): 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4321-9>
14. Urquhart R, et al. Stakeholders' views on identifying patients in primary care at risk of dying: a qualitative descriptive study using focus groups and interviews. *Br J Gen Pract*. 2018; 68(674): e612-e620. <http://www.doi.org/10.3399/bjgp18X698345>
15. Kamal AH, Currow DC, Ritchie CS, Bull J, Abernethy AP. Community-based palliative care: the natural evolution for palliative care delivery in the U.S. *J Pain Symptom Manage*. 2013; 46(2): 254-264. <http://www.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.07.018>
16. Brasil. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/cit0041_23_11_2018.html
17. Silva MLSR. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 9(30): 45-53. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/718>
18. Shadd JD, Burge F, Stajduhar KI, Cohen SR, Kelley ML, Pesut B. Defining and measuring a palliative approach in primary care. *Can Fam Physician*. 2013; 59(11): 1149-1150. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828085/pdf/0591149.pdf>
19. Gryscek G, Pereira EAL, Hidalgo G. Médicos de Família e Cuidados Paliativos: contribuições ao currículo baseado em competências. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020; 15(42): 1-7. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2012](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2012)
20. Bloom CI, Ricciardi F, Smeeth L, Stone P, Quint JK. Predicting COPD 1-year mortality using prognostic predictors routinely measured in primary care. *BMC Medicine*. 2019; 17(73): 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1310-0>
21. Brownlee S, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017; 390(10090): 156-168. [http://www.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://www.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
22. Sanderson CR, Cahill PJ, Phillips JL, Johnson A, Lobb EA. Patient-centered family meetings in palliative care: a quality improvement project to explore a new model of family meetings with patients and families at the end of life. *Ann Palliat Med*. 2017; 6(2): 195-205. <https://apm.amegroups.com/article/view/16789/html>
23. Almaawiy U, Pond GR, Sussman J, Brazil K, Seow H. Are family physician visits and continuity of care associated with acute care use at end-of-life? A population-based cohort study of homecare cancer patients. *Palliat Med*. 2014; 28(2): 176-183. <http://www.doi.org/10.1177/0269216313493125>
24. Paz CRP, Reis JDP, Campos ELPZ, Souza HL, Ferreira GG, Schweitzer MC. New demands for primary health care in Brazil: palliative care. *Invest Educ Enferm*. 2016; 34(1): 46-57. <http://www.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a06>
25. Brasil. Resolução nº 825, 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
26. Ornstein K, et al. Reduction in Symptoms for Homebound Patients Receiving Home-Based Primary and Palliative Care. *J Pall. Medicine*. 2013; 16(9): 1048-1059. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0546>
27. Miyajima K, et al. Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *J Pall. Medicine*. 2014; 17(9): 1025-1031. <http://www.doi.org/10.1089/jpm.2013.0552>

Recebido: 08 maio 2022.
Aceito: 06 janeiro 2023.
Publicado: 02 março 2023.