



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,  
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO  
DA SAÚDE**

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: IMPORTÂNCIA E DESAFIOS**

**DANIELE APARECIDA PARIZ TRINTINALIA**

Foz do Iguaçu  
2023



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,  
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA  
SAÚDE**

## **CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: IMPORTÂNCIA E DESAFIOS**

**DANIELE APARECIDA PARIZ TRINTINALIA**

Artigo apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde

Orientador/a: Ludmila Mourão Xavier Gomes de Andrade

Foz do Iguaçu  
2023

DANIELE APARECIDA PARIZ TRINTINALIA

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: IMPORTÂNCIA E DESAFIOS**

Artigo apresentado à Universidade Federal da  
Integração Latino-Americana como requisito  
parcial para a obtenção do título de Especialista em  
Gestão da Saúde

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Profa. Dra Ludmila Mourão Xavier Gomes de Andrade  
UNILA

---

Profa. Dra Monica Augusta Mombelli  
UNILA

---

Profa. Me. Meire Perpetua Vieira Pinto  
AIUA

Foz do Iguaçu, 07 de julho de 2023.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: Daniele Aparecida Pariz Trintinalia

Curso: Especialização em Gestão em Saúde

		Tipo de Documento
(.....) graduação	(.....) artigo	
( X ) especialização	( X ) trabalho de conclusão de curso	
(.....) mestrado	(.....) monografia	
(.....) doutorado	(.....) dissertação	
	(.....) tese	
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais	
	(.....) _____	

Título do trabalho acadêmico: Cuidados Paliativos na Atenção Primária: importância e desafios

Nome do orientador(a): Ludmila Mourão Xavier Gomes de Andrade

Data da Defesa: 07/07/2023.

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 07 de julho de 2023.

---

Assinatura do Responsável

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço ao meu parceiro de vida, Thiago pela motivação, apoio incondicional e incentivo para que cada fase dessa especialização fosse concluída.

Agradeço ao Miguel por acatar tão afetosamente os não e ceder seu tempo das brincadeiras com a mamãe para os estudos.

Aos profissionais da equipe de cuidados paliativos “Hope” do hospital Ministro Costa Cavalcanti, que com sua prática diária, tratando a “dor total” me inspiraram a me tornar uma paliativista.

À Elis Marina Nodari, por me apresentar a capacidade transformadora da prática profissional do assistente social na equipe de cuidados paliativos; sua prática humanizada e dedicada, me serviram de inspiração.

Ao professor Alexandre Ernesto Silva, por ser inspiração de cuidado com o outro, humanização da prática e dedicação.

A minha orientadora pelo direcionamento neste trabalho,

Aos professores do curso por todo conhecimento disponibilizado.

Aos professores da banca examinadora pela atenção, dedicação e sugestões.

“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”  
Cicely Saunders.

## RESUMO

Com o envelhecimento da população e a agudização das doenças crônicas, a premissa de oferecer aos cidadãos brasileiros cuidados paliativos na atenção primária a saúde, nos parece desafiadora e provoca os princípios legais e operacionais do sistema de saúde para contemplar sua execução. Entretanto no Brasil, a maior parte dos serviços de cuidados paliativos é no ambiente hospitalar, o que sugere que a integralidade do cuidado não está sendo alcançada pelos pacientes paliados. É nesse cenário que esse estudo é realizado, através de um ensaio teórico e revisão narrativa da literatura que abordou artigos científicos, livros e legislações das áreas de atenção primária à saúde e cuidados paliativos, com o objetivo principal de analisar a importância da implementação dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde e refletir sob a ótica da integralidade, perpassando pelos avanços do Sistema Único de Saúde e legislações que permeiam a promoção dos cuidados paliativos na APS, fortalecendo a premissa de saúde centrada no indivíduo e não na doença. Como resultado encontramos avanços na última década na legislação que promove os cuidados paliativos na atenção primária e inclusão dos cuidados paliativos nos macroprocessos na APS, mas também alguns desafios, como a execução da legislação proposta; a expansão do conhecimento sobre os cuidados paliativos aos profissionais de saúde diante da doença ameaçadora da vida, ofertando cuidados dignos apropriados no fim de vida e colocar em prática a integralidade do cuidado preconizado pelo SUS na APS.

**Palavras chave:** cuidados paliativos, integralidade, atenção primária a saúde.

## RESUMEN

Con el envejecimiento de la población y el empeoramiento de las enfermedades crónicas, la premisa de ofrecer cuidados paliativos a los ciudadanos brasileños en la atención primaria de salud nos parece desafiante y provoca que los principios legales y operativos del sistema de salud contemplen su implementación. Sin embargo, en Brasil, la mayoría de los servicios de cuidados paliativos se brindan en hospitales, lo que sugiere que los pacientes paliativos no están logrando la integridad. Es en este escenario que se realiza este estudio, a través de un ensayo teórico y revisión narrativa de la literatura que abordó artículos científicos, libros y legislación en las áreas de atención primaria de salud y cuidados paliativos, con el objetivo principal de analizar la importancia de implementar los cuidados paliativos en la Atención Primaria de Salud y reflexionar desde la perspectiva de la integralidad, permeando los avances del Sistema Único de Salud y la legislación que permea la promoción de los cuidados paliativos en la APS, fortaleciendo la premisa de la salud centrada en el individuo y no en la enfermedad. Como resultado, encontramos avances en la última década en la legislación que promueve los cuidados paliativos en la atención primaria y la inclusión de los cuidados paliativos en los macro procesos en la APS, pero también algunos desafíos, como la ejecución de la legislación propuesta; la ampliación del conocimiento sobre los cuidados paliativos a los profesionales de la salud frente a enfermedades que amenazan la vida, ofreciendo cuidados apropiados y dignos al final de la vida y poniendo en práctica la atención integral recomendada por el SUS en la APS.

**Palabras clave:** cuidados paliativos, integralidade, atención primaria de salud.



## ABSTRACT

With the aging of the population and the worsening of chronic diseases, the premise of offering Brazilian citizens palliative care in primary health care seems challenging to us and provokes the legal and operational principles of the health system to contemplate its implementation. However, in Brazil, most palliative care services are provided in hospitals, which suggests that completeness is not being achieved by palliative patients. It is in this scenario that this study is carried out, through a theoretical essay and narrative review of the literature that addressed scientific articles, books and legislation in the areas of primary health care and palliative care, with the main objective of analyzing the importance of implementing care palliative care in Primary Health Care and reflect from the perspective of integrality, permeating the advances of the Unified Health System and legislation that permeate the promotion of palliative care in PHC, strengthening the premise of health centered on the individual and not on the disease. As a result, we found advances in the last decade in the legislation that promotes palliative care in primary care and the inclusion of palliative care in macro processes in PHC, but also some challenges, such as the execution of the proposed legislation; the expansion of knowledge about palliative care to health professionals in the face of life-threatening illness, offering appropriate dignified care at the end of life and putting into practice the comprehensive care recommended by the SUS in PHC.

**Keywords:** palliative care, integrality, primary health care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CIT	Comissão Inter gestores Tripartite
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
CUS	Cobertura Universal de Saúde
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHAH	Política Nacional de Humanização Hospitalar
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>15</b>
<b>2.1 CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>15</b>
2.1.1 CUIDADOS PALIATIVOS E DIREITOS HUMANOS	17
2.1.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL	18
2.1.3 DESOSPITALIZAÇÃO DO EM CP E NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DE CUIDADO	20
<b>2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	<b>21</b>
<b>3 A IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE</b>	<b>26</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, bem como o aumento da sua expectativa de vida, projeta desafios para as políticas de saúde e qualidade de vida e para a sociedade. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida no Brasil de um indivíduo nascido em 2019 era de viver, em média, até os 76,6 anos, o que em relação à 1940 indica que uma pessoa tem em média 11,8 anos a mais de expectativa de vida. (IBGE, 2020)

Com o envelhecimento populacional, e o aumento da incidência de doenças crônicas na população surgem novos aspectos relevantes para o planejamento em saúde. Segundo o Ministério da Saúde até a primeira metade do século XX, as causas das mortes eram através da incidência das doenças infecciosas. Atualmente as doenças crônicas não transmissíveis são epidêmicas, especialmente as enfermidades cardiovasculares, neoplasias e diabetes tipo II. Esses agravos aumentam a cada ano sendo responsáveis por cerca de 70,0% dos gastos de saúde no país. (BRASIL, 2011)

Diante desse contexto emerge a necessidade de cuidados diferenciados aos pacientes os quais possam garantir os preceitos constitucionais dos cidadãos brasileiros, atendendo ainda a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), e legislações da área se reafirma a necessidade do cuidado paliativo. Desde 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) se dedica a colocar o tema na agenda mundial, evoluindo inclusive seu conceito que passou por modificações que deram luz a centralidade na pessoa (indivíduo com sofrimento/ problemas vinculados à condição de saúde ou doença) e não na doença. Dessa forma, na sua definição mais recente, a OMS conceitua:

“os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas ‘físicos, psicossociais ou espirituais’”. (WHO, 2020, p.1. **Tradução nossa**)

A OMS (WHO, 2020) estima que 40 milhões de pessoas são elegíveis aos cuidados paliativos no mundo, porém somente 14,0% delas o recebe.

A evolução das condições crônicas de saúde impacta na necessidade de assistência contínua e permanente, de forma que as necessidades globais do paciente, controle de sintomas e dor devem ser observadas em todos os níveis de assistência à saúde, não somente no hospitalar. O foco do tratamento deve ser centrado no paciente e em suas necessidades globais, não exclusivamente na doença.

Atender integralmente um paciente de acordo a legislação brasileira diz respeito às diretrizes do SUS segundo art 198 da Constituição Federal de 1988 e dos princípios do SUS regulamentados pela lei 8080 de 1990:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...], II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Segundo Saito e Zoboli (2015) a necessidade dos cuidados paliativos se dá nos diversos níveis da rede de atenção à saúde (RAS). “A assistência contínua nas condições crônicas de saúde envolve a atenção nos momentos silenciosos da doença, quando ela evolui sem a percepção da pessoa que sofrerá a degeneração da qualidade de vida.” (SAITO; ZOBOLI, 2015. p.594)

O Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil, elaborado pela Agencia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP<sup>1</sup>, informa que 64,9% dos serviços em cuidados paliativos estão inseridos na atenção hospitalar (atenção terciária). Entretanto é necessário pensar na desospitalização desse paciente e a continuidade do cuidado em domicilio, desde o diagnóstico, até o desfecho da doença.

A desospitalização do paciente com doença crônica avançada ou doença ameaçadora da vida em estágio avançado sugere cuidados permanentes. Nesse contexto é crucial que seja incluído os Cuidados Paliativos na atenção primária à saúde (APS) para que ao paciente paliado sejam garantidos os cuidados de qualidade de vida e de morte.

Estima-se que 85% dos problemas de saúde pública possam ser resolvidos na APS, entretanto é necessário dar luz às variáveis demandas desafiadoras que a ela se impõem. O direito à saúde em fim de vida e acompanhamento das demandas pessoais dos pacientes são demandas urgentes e que devem incorporadas na prática dos profissionais de saúde inseridos nas RAS.

Avanços legislativos importantes têm apresentado nos últimos anos a incorporação dos cuidados paliativos na agenda das políticas sanitárias do país, entretanto há outras necessidades a ultrapassar para garantir o acesso e a integralidade dessa modalidade de tratamento ao paciente.

Da nossa atuação como assistente social de um hospital que oferece o serviço de

---

<sup>1</sup> A academia nacional de cuidados paliativos (ANCP) é a principal entidade de representação multiprofissional da prática paliativa no Brasil. Seu compromisso é com o desenvolvimento e reconhecimento desta prática como campo de conhecimento científico e área de atuação profissional (fonte: <https://paliativo.org.br/ancp/quem-somos/>) 04/05.

cuidados paliativos à pacientes SUS, nos suscita o interesse por esse estudo, tendo por base a importância da continuidade do cuidado paliativo nos pós alta, contribuindo para melhor qualidade de vida do paciente e da família e evitando hospitalizações que poderiam ser evitadas.

É nesse cenário que esse estudo se desenvolve, através de um ensaio teórico e revisão narrativa da literatura que abordou artigos científicos, livros e legislações das áreas de atenção básica à saúde e cuidados paliativos, com o objetivo principal de analisar a importância da implementação dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS) e refletir sob a ótica da integralidade, perpassando pelos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) e legislações que permeiam a promoção dos cuidados paliativos na APS.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Cuidados Paliativos

A morte é o desfecho da vida, um processo biológico o qual todo ser vivo caminhará, por isso deve ser pensada e discutida em relação aos aspectos de estar vivo. Segundo Shaefer, no Brasil a discussão sobre o tema não é somente um problema cultural, mas também profissional, nesse sentido que ela deve ser evitada, uma vez que os profissionais:

“são ensinados a lutar pela vida, não importa o sofrimento que isso possa causar ao paciente, comportamento que acaba sendo estimulado pelas novas tecnologias (...) os médicos são formados para enfrentar a morte, para curar, para salvar vidas” (SHAEFER,2020 p. 29)

Diante da frustração perante a morte, se deriva o questionamento de como reconhecer o momento que o paciente se torna terminal, ou quando paciente se torna irrecuperável de modo que a medicina não consiga reverter esse caminho. A terminalidade traz foco às necessidades do paciente e ao tipo de abordagem que se mostre mais adequada ao mesmo. É nesse cenário que se apresenta os cuidados paliativos como alternativa para tratamento dos sintomas nesse percurso, dignificando o processo de morrer.

Na década de 1960 o movimento dos cuidados paliativos surge com maior destaque a partir dos trabalhos da psiquiatra Elisabeth Klüber-Ross nos Estados Unidos e a inglesa Lady Cicely Saunders na Inglaterra no tratamento de pacientes oncológicos. Ambas impulsionaram através de seus trabalhos com pacientes terminais a dignificação do processo de morrer através dos cuidados com foco nas necessidades não só físicas do paciente, mas também nas sociais, psicológicas e espirituais. Esse conceito de cuidado, foi denominado cuidado paliativo e seu enfoque nas múltiplas necessidades do indivíduo reconhecido como dor total. Destacamos Cicely Saunders citado por Archette, Carvalho e Reine:

(...) “ela introduziu a compreensão de que a experiência dolorosa não é apenas física, mas modulada por outras dimensões: a emocional (dor emocional), a social (dor social), a espiritual (dor espiritual) e a física (dor física). Todas essas dimensões são articuladas e afetam o indivíduo em sua totalidade.” (ARCHETTE; CARVALHO; REINE,2021, p.96).

O termo “palliative care”, passou a ser usado somente em 1973 por Balfour Mount na América do Norte. Tradicionalmente é conhecido como uma abordagem multidisciplinar que busca amenizar os sintomas a dor, o sofrimento do paciente com diagnóstico de doença ameaçadora da vida e proporciona qualidade de vida ao mesmo e sua família.

Não devemos confundir cuidados paliativos com distanásia, pois se trata de deixar a vida cumprir seu percurso natural, sem intervenções que não resultarão em reversão da doença não deixando de ofertar os tratamentos necessários para o percurso natural da vida. Compreender que o paciente terminal tem consciência do percurso da sua doença e respeitar a forma como ele deseja que a vida tenha seu desfecho, caracteriza humanização do cuidado e deve ser priorizada pelas equipes de saúde. A oferta de cuidados paliativos deve se preocupar em dar respostas às diversas necessidades e dimensões que envolve a vida do paciente e seus familiares. Não se trata de desistir do tratamento, mas compreender a autonomia do paciente para recusar ou suspender tratamentos fúteis; dessa forma Menezes (2015) se refere à dar voz àqueles que dele se beneficiam:

“o clamor do doente pelos cuidados paliativos tem como base a principal preocupação do mesmo, que é saber se poderá resistir com compostura e com dignidade aos incômodos físicos e psíquicos, às dores crônicas, à dependência de outras pessoas, às mutilações, à retaliação da autoestima e à desumanização que a sobrevivência em um hospital produz (MENEZES, 2015, pg. 81)

Em relação às patologias geralmente associadas ao cuidado paliativo, a mais comum é o câncer, porém a OMS define uma ampla gama de doenças, sendo as mais comuns, além do câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, AIDS/SIDA. Cita ainda, outras como insuficiência renal, doença hepática crônica, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatóide, doenças neurológicas, demência, anomalias congênitas e tuberculose resistente a medicamentos. Entretanto Arantes (2012) reforça que:

“Pela definição da Organização Mundial de saúde para Cuidados Paliativos, todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida deveriam receber a abordagem dos Cuidados Paliativos desde o seu diagnóstico. Entretanto, sabemos que, se esta referência tivesse de ser cumprida, a maioria dos pacientes permaneceria sem nenhuma assistência paliativa, pois não temos ainda disponibilidade de profissionais e serviços que pudessem dar conta do atendimento desta população” (ARANTES, 2012, p.56)

Nesse modelo de cuidado o paciente deve se preocupar com a qualidade do tempo de vida que resta e não com a quantidade de tempo, além de ter seus sintomas assistidos com protocolos adequados para controle dos mesmos. Deve ainda ser garantido ao paciente assistência hospitalar adequada, possibilidade de desospitalização e acompanhamento de seus familiares pela equipe. Os cuidados paliativos se baseiam em conhecimentos relativos às diversas áreas de conhecimentos e possibilidades de intervenções clínica e terapêutica. A OMS publicou em 1986, e posteriormente em 2002, realizou a revisão dos princípios que regem a atenção da equipe multiprofissional dos



cuidados paliativos, que segundo Matsumoto (2009), são:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto;
- Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes; (MATSUMOTO, 2009, p 16 – 18.)

### 2.1.1 Cuidados Paliativos e Direitos Humanos

O alívio do sofrimento no fim da vida por meio do cuidado paliativo passou a ser considerado em 1982, um direito humano. Segundo Inhaia (2021), tal reconhecimento tem atenção diferenciada pelos governos: “tem um poder moral e uma pressão internacional por sua preservação que mobiliza recursos financeiros e humanos de uma forma muito mais eficiente” (INHAIA, 2021, p.31). Além de viabilizar esforços nas agendas políticas para realização de políticas públicas.

Em 2015, todas as nações do mundo que adotaram os objetivos de desenvolvimento sustentável, aderiram a Cobertura Universal de Saúde – CUS, que significa segundo a OMS (2022), que “todos os indivíduos e comunidades recebem os serviços de saúde de que necessitam, sem ficarem expostos a dificuldades financeiras”. Com essa adesão tais países, incluindo o Brasil, passaram a se comprometer a oferecer toda a gama de serviços de saúde essenciais e de qualidade, desde a promoção da saúde até à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Segundo a OMS (2022):

“para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, trabalhando para a cobertura universal de saúde, os países devem fortalecer os serviços de cuidados paliativos, portanto a OMS tem trabalhado com os países para incluir os cuidados paliativos como parte fundamental de seus sistemas de saúde. Para melhorar o acesso equitativo aos serviços de cuidados paliativos, é dada ênfase a uma abordagem de Atenção Primária à Saúde.” (OMS, 2022, p.01)

### 2.1.2 Cuidados Paliativos no Brasil

Os indicadores de cuidados paliativos no Brasil ainda são baixos. A negação da importância desses cuidados aos pacientes terminais é refletida nas ações das políticas públicas de saúde para esse público. Rodrigues, Silva e Cabreira (2022) referem que os indicadores mundiais no que concerne à qualidade de morte<sup>2</sup>, o Brasil se destaca negativamente, tanto pela oferta de serviços quanto pelo acesso a opióides potentes:

“Na última edição desse índice (The Economist), publicado em 2015, foram pesquisados 80 países [...] o Brasil foi classificado na 42ª posição, atrás de países com economias mais frágeis, como Uganda, Equador e Malásia. [...] O mapeamento mundial do desenvolvimento dos cuidados paliativos foi elaborado pela Aliança Mundial de Cuidados Paliativos em Hospitais [Worldwide Hospice Palliative Care Alliance] em parceria com várias universidades e sociedades de cuidados paliativos. Em sua última revisão, o Brasil foi classificado no nível 3b dentro de uma escala de seis pontos (1, 2, 3a, 3b, 4a e 4b), onde os níveis mais baixos denotam uma pior situação de provisão de cuidados paliativos [...] Dentro da América Latina, o Brasil consome menos opióides que a Argentina e o Chile.” (RODRIGUES, SILVA e CABRERA, 2022, p. 2)

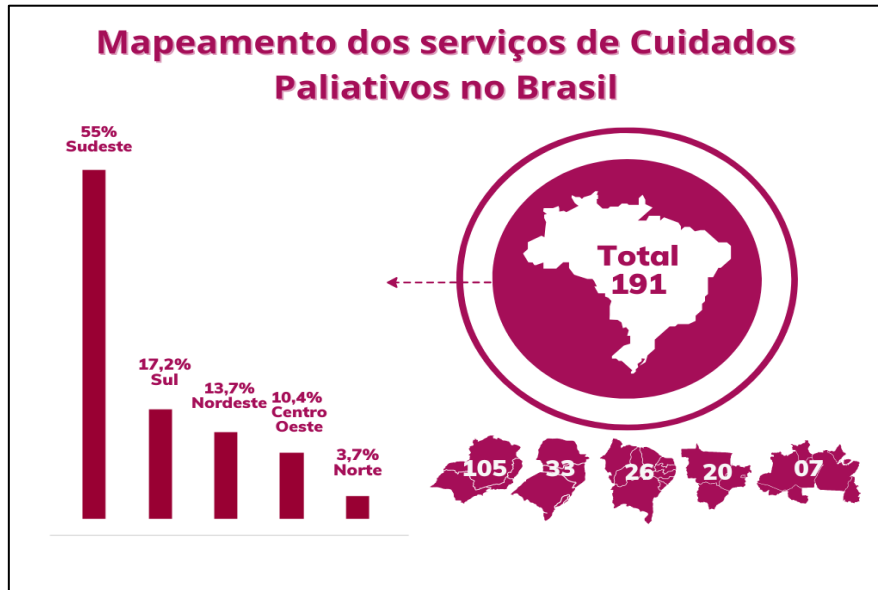
No Brasil, os Cuidados Paliativos iniciaram no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS) no ano de 1983, no estado de São Paulo em 1986 na Santa Casa de São Paulo, em 1989 no Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro (INCA) e 1990 na faculdade de medicina de Botucatu SP. Desde então anualmente surgiram serviços de cuidados paliativos, porém não articulados em políticas comuns ou plano de organização conjunta (FIGUEIREDO, 2021, p. 9)

Segundo a ANCP em 2019 existiam 119 serviços de cuidados paliativos cadastrados no Brasil, divididos em regiões, conforme a Figura 1:

**FIGURA 1:** Mapeamento dos serviços de cuidados paliativos no Brasil

---

<sup>2</sup> Ranking de qualidade de morte da revista *The Economist* (2015); o mapeamento mundial de cuidados paliativos da Aliança Mundial de Cuidados Paliativos em Hospitais (2020); e o consumo mundial de opióides pelo Órgão Internacional de Controle de Entorpecentes, da Organização Mundial da Saúde (2015).



Fonte: (JUNQUEIRA, 2020)

A desproporcionalidade na distribuição dos serviços existentes no território é notória, uma vez que dos 119 serviços cadastrados, a maioria se encontra no sudeste (106) e somente sete no norte.

Dos 119 serviços 50,0% deles são oferecidos pelo SUS e 36,0% por planos privados de saúde, demonstrando que a expansão dessa categoria de cuidado é ofertada na sua maioria pelo SUS, embora sua quantidade de abrangência seja insuficiente. Segundo o atlas dos cuidados paliativos da ANCP, por André Filipe Junqueira dos Santos (2020):

Nota-se a predominância do atendimento público: 96 serviços são públicos (50%), 69 (36%) pertencem à iniciativa privada e 26 (14%) oferecem tanto atendimento em Cuidados Paliativos pelo SUS quanto de forma particular. Trata-se de um indício importante considerando que, de acordo com o último levantamento divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)<sup>34</sup>, em setembro de 2019, 47.105.097 brasileiros (22,4%) eram beneficiários de planos privados de assistência médica. Temos, assim, mais de 163 milhões de brasileiros que dependem do oferecimento de cuidados via SUS ou da capacidade de arcar com os custos de atendimento. Considerando a população de 210,1 milhões de habitantes, verifica-se que há, em média, um serviço de Cuidados Paliativos para cada 1,1 milhão de habitantes, sendo essa proporção de um serviço para cada 1,33 milhão de usuários do SUS e de aproximadamente um serviço para cada 496 mil usuários do sistema de saúde suplementar. Essa diferença deverá ser acompanhada anualmente para avaliar a evolução dos Cuidados Paliativos nesses modelos de atendimento à população. (JUNQUEIRA, 2020, p. 24)

A integração dos serviços de cuidados paliativos nas redes de atenção à saúde, a RAS, nos remete a refletir qual a resposta concreta que o sistema nacional de saúde nos dá frente ao desafio de atender uma demanda crescente de idosos que potencialmente desenvolveram doenças que careçam de cuidados paliativos de base e que estes serviços devem estar aptos a dar respostas às necessidades de saúde da população dentro desse perfil de cuidado.

Pacientes com doenças ameaçadoras da vida, portanto elegíveis aos cuidados paliativos, estão sujeitos a um processo de adoecimento em que diversas intercorrências poderão acontecer. Os sistemas de saúde devem estar preparados às respostas a essas intercorrências em todos os níveis de atenção com vistas a garantir a integralidade ao paciente.

### **2.1.3 Desospitalização em CP e necessidade de continuidade do cuidado**

O paciente em tratamento de doença grave, transita pelos diversos tipos de atenção à saúde, e passa por vezes, por longos períodos de internação hospitalar. Entretanto é preciso pensar na alta desse paciente. A desospitalização visa, segundo Silva et. al.

“à desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, prevenindo a reinternação desnecessária, amparando as equipes de atenção básica e garantindo a agilidade no processo de alta para o domicílio e reinserção nas Redes de Atenção em Saúde (RAS).” (SILVA, et. al, 2020, p. 92)

Segundo Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013) podemos dividir em três âmbitos, os benefícios do cuidado paliativo em ambiente domiciliar sendo para o paciente, para a família e para o sistema de saúde:

Para o paciente: Encontra-se dentro de um ambiente conhecido, mantendo sua intimidade; pode realizar algumas tarefas laborais, manter alguns hábitos e atividades de lazer. A alimentação é mais variada e os horários não são rígidos. Fortalece a autonomia do usuário e sua integridade como pessoa [...] b) Para a família: Geralmente, os familiares têm maior satisfação por estar participando ativamente do cuidado. Sentem que respeitam a vontade do paciente de permanecer no domicílio. Pode prevenir o luto patológico. c) Para o sistema de Saúde: Pode-se reduzir internações hospitalares longas e de alto custo, tratamentos desnecessários ou futilidade terapêutica, propiciando alocação adequada de recursos. Os CPs demandam basicamente boa comunicação, tratamento de sintomas – como dor e outros – no final da vida, geralmente de baixo custo, e ótima coordenação do processo do cuidado. (BRASIL, 2013, p. 84)

Tal contexto nos permite considerar que a desospitalização para o paciente em cuidado paliativo apresenta diversos aspectos positivos, todavia toda alta deve ser pensada vislumbrando a continuidade do cuidado e a capacidade daqueles que receberão essa tarefa, seja a família, a rede de apoio ou o serviço de atendimento domiciliar.

No âmbito do SUS, a Portaria 825 de 25 de abril de 2016, redefine a atenção domiciliar e a integra à RAS, garantindo continuidade dos cuidados ao paciente em desospitalização. Define o serviço de atenção domiciliar (SAD) como responsável pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP) e estão ligadas à atenção básica.

Essas equipes podem ser direcionadas para garantir a continuidade do cuidado nas múltiplas abordagens (física, social, psicológicas) e que respeite a singularidade de cada paciente. Embora os serviços de atenção domiciliar no âmbito do SUS sejam regulamentados por políticas específicas no Brasil, há evidências que as medidas de transição para a continuidade do cuidado “sejam precárias, em especial de pessoas que necessitem de cuidados paliativos proporcionais ou exclusivos”. (OLARIO et al. 2020, p. 50).

## **2.2 Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde**

A Constituição de 1988, traz mudanças marcantes na organização da saúde no país. Antes da sua promulgação a saúde não era universal e tinha caráter contributivo. A partir desse marco legal, passa a fundamentar o processo de transformação sanitária no país.

A Constituição Federal de 1988 passa a definir saúde:

“(...) saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Validando o sentido empregado à saúde na Constituição, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, fundamenta a proposta da saúde como direito de todos e regulamenta o SUS em seu artigo 4º:

“conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (BRASIL, 1990)

Inicia-se então, um sistema de atenção que oferece assistência desde a prevenção até a recuperação da saúde, tendo como única exigência, o paciente ser cidadão brasileiro.

Os princípios doutrinários do SUS, são em geral, a base do seu funcionamento sendo eles a universalidade (acesso universal e igualitário a qualquer pessoa que precisa sem qualquer tipo de contribuição prévia ou cobrança), integralidade (conjunto de ações voltadas para promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação) e equidade (igualdade de condições ao usuário do serviço).

Para que o SUS possa constituir uma rede de serviços, completa e efetiva, é necessário uma diversidade de unidades, de portes, níveis de complexidade e capacidade tecnológica. A organização do SUS pressupõe a formação de uma rede de serviços ordenada de forma regionalizada e hierarquizada com acesso aos diversos níveis de

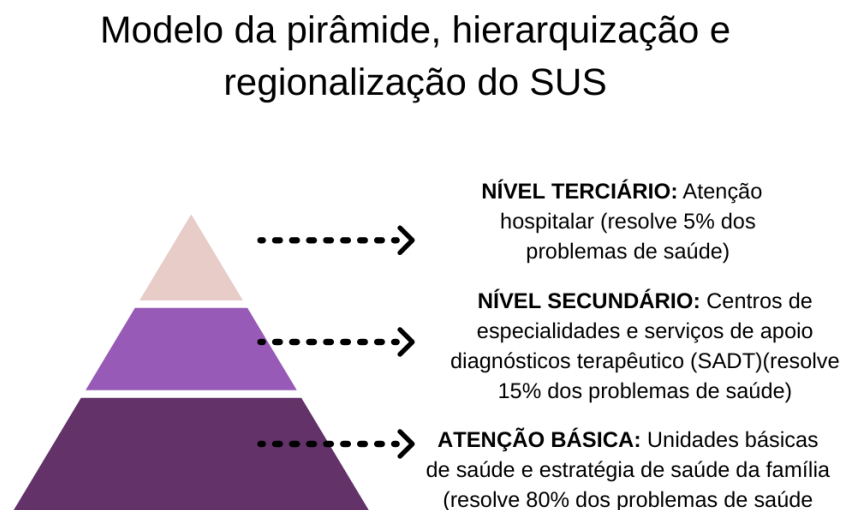
complexidade, desde a atenção ambulatorial e hospitalar. Os níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil são estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, e estão divididos em atenção primária, atenção secundária e terciária.

Essa forma de organização pode ser entendida como modelo de atenção, que segundo Mendes (2010) são definidos como:

Sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade” (MENDES, 2010. P 2302).

Na Figura 2 há a proposta de Mendes (2010) para os níveis de atenção à saúde:

## FIGURA 2: Modelo da pirâmide, hierarquização e regionalização do SUS



Fonte: MENDES (2010, p.56)

A APS também pode ser chamada de atenção básica, e ambos termos reconhecidos como equivalentes. Cabe a ela a organização do sistema de atenção à saúde de diferentes complexidades com o objetivo de atender às necessidades, demandas e representações da população, a colocando como eixo central das RAS.

Historicamente a APS foi colocada em evidência no Relatório de Dawson em 1920 no Reino Unido. Segundo Mendes et. al.(2019):

“esse documento é base para o fundamento moderno e descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e representa o texto inaugural da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados

com base na saúde da população, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo. Além disso, esse documento constitui a proposta seminal das RAS coordenadas pela APS” (MENDES, et al. 2019, p. 29)

Não obstante a isso, a atenção primária à saúde passa a ser colocada em pauta mundial, segundo a OMS, com a Conferência Internacional de Saúde sobre atenção primária em saúde de Alma-Ata, realizada em setembro de 1978, define a atenção primária como “ação urgente de todos os governos, todos os profissionais de saúde e desenvolvimento e do mundo”. Pontua como responsabilidade dos governantes promoverem as condições para o acesso à atenção primária, dessa forma, garantindo à suas populações “vida social e economicamente produtiva”. (WHO, 1978)

A Carta de Alma-Ata define cuidados primários em saúde como:

“Os cuidados de saúde primários são cuidados de saúde essenciais baseados em princípios práticos, cientificamente comprovados e métodos e tecnologias socialmente aceitáveis tornados universalmente acessíveis[...] É o primeiro nível de contato dos indivíduos, a família e a comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível para onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de uma contínua processo de saúde”. (WHO, 1978)

A Conferência de Alma-Ata impulsionou o desenvolvimento da atenção primária, e embasou sua concepção além de fornecer subsídios para a modernização da proposta da APS.

Mendes *et al.* (2019) refere que no Brasil, desde 1924 o surgimento da atenção primária passou por diferentes ciclos, desde a implantação dos primeiros centros de saúde ligados à Universidade de São Paulo (USP), passando por ciclos diferentes que se relacionam com a história política e de saúde como política pública. No início dos anos 1980 foi utilizada como instrumento para operacionalizar as AIS – Ações Integradas de Saúde, constituídas pela cultura de atenção médica do INAMPS. Com a constituição do SUS, um novo ciclo se deu e com a municipalização da gestão da atenção básica, foi propiciado uma grande expansão dessa modalidade de atenção no país. Porém, o ciclo mais importante no que tange à concepção qualitativa da atenção primária estaria por vir com a implantação do Programa Saúde da Família-PSF. Esse último ciclo é vigente até os dias atuais, salvo modificações na sua formatação e com forte influência do modelo cearense de agentes comunitários de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), é, segundo a Política Nacional de Atenção Básica PNAB (BRASIL, 2017), uma estratégia de “expansão, qualificação e consolidação da atenção básica”, ampliando a resolutividade na situação de saúde da sociedade, que através de equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de

enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ainda acrescentar cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal). A PNAB define ainda a carga horária dos profissionais, suas especialidades e quantidade de profissionais por território. (BRASIL, 2012).

Não obstante o surgimento do ESF, se constituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por equipe multiprofissionais para dar suporte aos programas de saúde da família e das demais ações da atenção básica. Não se constituem unidades físicas e sim como serviço de apoio e suporte que complementam e fortalecem as ações da APS. As equipes NASF contam com diferencial de abranger profissionais de diversas áreas não contempladas pela ESF, como farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e assistente social, entre outros, por exemplo. Segundo a Portaria que revisa a PNAB em 2017, os NASF passam a vigorar como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e define:

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). (BRASIL, 2017, p.12)

Dentre as inovações da PNAB em 2017, há a indicação que todos os estabelecimentos de saúde que prestem serviços de atenção básica são denominados como Unidades Básicas de Saúde (UBS); essa portaria inclui ainda os cuidados paliativos no escopo da atenção básica, conforme trecho em destaque:

“Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, **cuidados paliativos** e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017, p. 02). Grifo nosso.

Some se às suas inovações, os princípios (universalidade, equidade e integralidade), o qual destacamos a inovação em relação sua redação de integralidade, ampliando a concepção do termo e englobando os cuidados paliativos:

Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos **cuidados paliativos**. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade. (BRASIL, 2017, art.1.1) Grifo nosso.



A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do SUS, é um espaço privilegiado para a execução da integralidade do cuidado. É o ponto central da Atenção Básica e gerenciador e ponto principal da comunicação das RAS.

Segundo Mendes (2010) os sistemas de saúde foram historicamente organizados de forma hierárquica e fragmentada, centrando as respostas a situações agudas e às agudizações das situações crônicas onde recaia sobre a hospitalização a responsabilidade das respostas médicas ao cuidado. Esse formato gera distorções que prejudicam a continuidade do cuidado. A mudança desse paradigma surgiu com o conceito de RAS:

“Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos” (MENDES, p. 2299)

Diante dessa proposta de atenção, a RAS pode ser compreendida segundo a nova portaria de atenção básica de 2017, sendo:

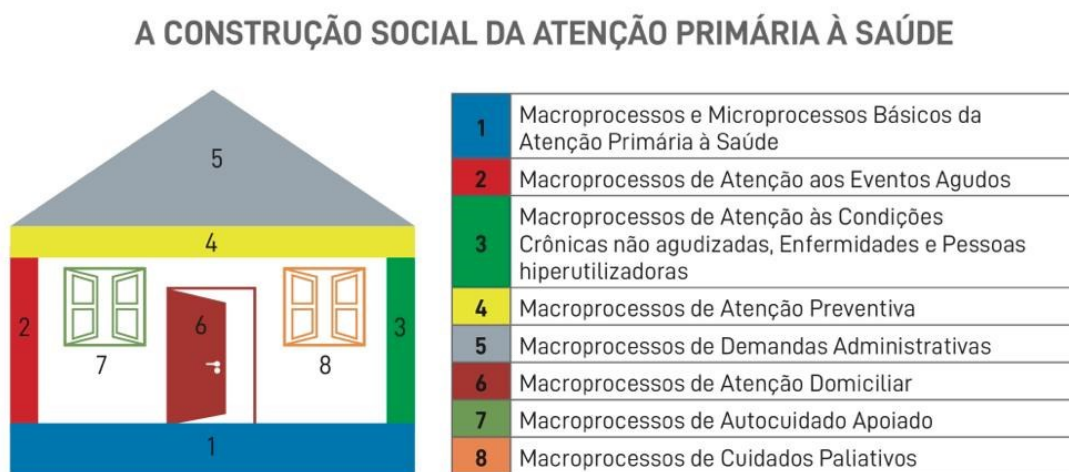
“arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.”(BRASIL, 2017)

A demanda por cuidados paliativos é importante na APS, uma vez que o envelhecimento da população e agudização das doenças crônicas requerem cuidados específicos à essas enfermidades. A residência do paciente poderá ser por opção do paciente o espaço essencial dos cuidados, portanto estruturar a RAS com capacidade de atender as demandas dos pacientes em fim de vida é essencial para a efetividade do trabalho. Em países desenvolvidos, a incorporação dos cuidados paliativos na APS é crescente.

Somado à demanda evidenciada de necessidades de cuidados paliativos, com a ampliação do sentido da integralidade de cuidado na atenção básica, a construção social da APS passou a contemplar na sua versão mais recente (2019), os macroprocessos de cuidados paliativos, definidos segundo a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2019, p.36) como “Abordagens para melhoria da qualidade de vida, visando ao conforto do usuário, à prevenção e alívio do sofrimento, à prevenção de agravos e incapacidades, e à promoção da independência e autonomia”.

Os macroprocessos de construção social da APS são ações essenciais para que se possa construir uma APS bem estruturada e capaz de oferecer respostas sociais adequadas às necessidades dos usuários. Para ilustrar estes processos, é utilizada comumente a metáfora da casa, em que a construção de uma base sólida é o alicerce para que as demais partes possam compor a estrutura gradualmente (paredes, o teto, o telhado, a porta e as janelas).

**FIGURA 3: A construção social da APS**



Fonte: MENDES, (2019 p. 80)

### 3 A importância da implementação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde

Segundo a OMS, os cuidados de saúde primários podem cobrir a maioria das necessidades de saúde de uma pessoa durante toda a sua vida, incluindo a prevenção, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos. (WHO, 2021)

A OMS recomenda três medidas para se desenvolver uma política nacional de cuidados paliativos, segundo Ugarte (2014) são:

Política Governamental que reconheça e incentive a integração dos cuidados paliativos na estrutura e financiamento do Sistema Nacional de Saúde; Política Educacional que promova a formação dos profissionais de saúde, de voluntários da comunidade e do público geral; política de medicamentos que garanta a disponibilidade dos medicamentos essenciais para o manejo da dor e outros sintomas físicos e psicológicos na fase final da vida, em especial os analgésicos opioides. (UGARTE, 2014, p. 16)

Contudo, no que se refere aos cuidados paliativos, entendemos que a estruturação das políticas governamentais brasileiras ainda tem muito a avançar para se tornarem satisfatórias. Os estados tem evoluído através da criação de políticas específicas pro cuidado paliativos como podemos ver abaixo no Quadro 01:

**QUADRO 1:** Leis estaduais que estabelecem a inserção dos cuidados paliativos nas políticas estaduais de saúde aprovados até 2021 no Brasil.

Ano	Estado	Lei
2017	Goiás	Lei no 19.723, de 10 de julho de 2017
2019	Rio Grande do Sul	Lei no 15.274, de 31 de janeiro de 2019
2019	Rio de Janeiro	Lei no 8.425, de 1º de julho de 2019
2019	Paraná	Lei no 20.091, de 19 de dezembro de 2019
2020	São Paulo	Lei no 17.292, de 13 de outubro de 2020
2021	Minas Gerais	Lei no 23.938, de 23 de setembro de 2021

Fonte: RODRIGUES, SILVA e CABREIRA, 2022, p. 5

Rodrigues, Silva e Cabrera (2022), afirmam que as principais leis que regulam a saúde no Brasil, trazem consigo a compreensão de que negam a morte e sofrimento, pois não mencionam os cuidados com a finitude” (p. 2). Sendo assim, a Constituição Federal de 1988, a Lei 8080/1990 e a Lei 8142/1990 no país são “omissas” quanto aos cuidados paliativos quando dão prioridade a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação.

Um avanço notório da inclusão dos cuidados paliativos na agenda das políticas públicas do país ocorreu quando o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) aprovou através da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a Resolução nº 41/2018, que dá parâmetros para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS. Define em seu art. 2º:

Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (BRASIL, 2018)

A Resolução 41/2018 integra os cuidados paliativos em todos os níveis de atenção da RAS: atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência, atenção hospitalar; os tornando continuados e integrados nos diferentes níveis de atenção

do SUS.

A Resolução traz destaque em que os cuidados paliativos vêm ancorados em um tripé que sugere grandes desafios que deverão ser superados para sua implantação, sendo eles segundo Shaefer (2019):

“a integração dos cuidados paliativos na estrutura do SUS; a capacitação e a comunicação das equipes de saúde e o diálogo com a sociedade; e a disponibilização dos tratamentos e medicamentos necessários a sua efetivação”. (SHAEFER, 2019, p. 45)

Shaefer infere que a Resolução 41/2018 remete o reconhecimento dos cuidados paliativos como política pública de forma que são mais amplos que a desospitalização do paciente paliado e determina em consonância às recomendações da OMS que:

os cuidados paliativos devem proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal; respeitar o processo de morrer, não o apressando ou retardando; oferecer um sistema de apoio ao paciente para que viva com qualidade até os momentos finais; oferecer um sistema de apoio à família para lidar não só com a doença, mas também com luto; utilizar abordagem multidisciplinar (desde o diagnóstico) buscando, na medida do possível, a qualidade da vida final do enfermo. (SHAEFER, 2019, p 45)

Vale lembrar que as necessidades do paciente paliativo variam de acordo com a progressão da sua doença, portanto a RAS tem suas atribuições em cada ponto de atenção e segundo Pereira (2021), a considerar não somente a APS como porta de entrada e regente da operacionalização do cuidado, mas também a atenção domiciliar, atenção ambulatorial especializada, as urgências e emergências, o hospital e quando houver disponibilidade os hospícios (conceito ainda pouco difundido no SUS, diz respeito à internação em unidade especialista em cuidados paliativos). (PEREIRA, GRYSHECK E HIDALGO, 2021).

A incorporação dos cuidados paliativos na construção social da RAS é reflexo da busca do equilíbrio entre oferta e demanda da APS. Entretanto para que esse macroprocesso possa ser estruturado, e operacionalizado, há a necessidade de mobilização para sua execução.

Colocar esse modelo de atenção em prática implica numa série de mudanças que deverão ser feitas para sua boa operacionalização. Saito e Zoboli (2015) anterior à Resolução 41/2018, realizaram um estudo sobre os problemas éticos na visão dos profissionais de saúde da atenção primária em relação à prática dos cuidados paliativos na APS. Os problemas éticos encontrados foram “escassez de recursos; desconhecimento sobre cuidados paliativos; falta de habilidades comunicacionais; dificuldade de estabelecer limites na relação clínica; sobrecarga de trabalho; falta de apoio dos serviços de referência” e concluíram como forma de transcender essa realidade que era necessário ir além das

normatizações legais, formação específica e cultura do cuidado compartilhado e responsável.

Infelizmente, a presença da APS na prestação de cuidados paliativos no SUS é rara e frágil e, por esta razão, à semelhança do que vem ocorrendo em outros países, há que se preparar a APS do SUS para ter uma participação mais protagônica no trabalho de prestação de cuidados paliativos (MENDES *et al.* 2019, p.69).

Para se desenvolverem adequadamente os cuidados paliativos respondendo às necessidades das pessoas portadoras de condições muito complexas e suas famílias, é imprescindível que a APS esteja em rede com outros pontos de atenção à saúde e que ocorra um trabalho multiprofissional interdisciplinar.

A organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde, conhecido como Planificasus, tem tido papel fundamental para a efetivação dessa proposta. Tem como objetivo dar continuidade à implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), fortalecendo o papel da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da RAS no SUS. Atualmente esse processo está na segunda fase (contemplando o triênio 2020 – 2023, e busca fortalecer o que foi construído anteriormente e implantar novos macroprocessos, dentre eles os cuidados paliativos.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aprofundado da APS nos permite afirmar que há solo fértil para implementação dos cuidados paliativos no SUS. Considerando a potência de abrangência da APS, sua construção dentro do sistema de saúde brasileiro, bem como sua capacidade de resolução dos problemas de saúde, a mesma se torna o espaço adequado para execução do cuidado paliativo à luz da integralidade do cuidado.

A busca de equilíbrio entre oferta e demanda de cuidados paliativos na APS é essencial para que se possa garantir o princípio da integralidade de atendimento ao usuário que desse serviço necessita, entretanto, a construção social da APS requer estruturação sólida e isso se dá através de políticas efetivas que reforcem a capacidade de execução da legislação proposta a favor dos cuidados paliativos na APS.

Estratégias como a planificação da saúde através do PlanificaSUS são ferramentas essenciais para alcançar a premissa da implementação dos cuidados paliativos na APS. Porém reiteramos que isso requer vontade política não somente clamor social.

Seria utópico acreditar que todo o sofrimento no processo de morrer pode ser superado, porém acreditar que o cuidado de alguns aspectos desse sofrimento poderá ser tratado e respeitado nos direciona à premissa da condição de morrer de forma digna, garantindo ao paciente o respeito de seus direitos legais e humanos.

É dever de cada nação, de acordo com suas políticas públicas, legislações, promover o acesso ao melhor cuidado dentro da sua realidade. Dentro desse entendimento, nosso país está evoluindo, porém vagarosamente, inclusive na incorporação de novas culturas de cuidado.

Verificamos que os Cuidados Paliativos tem evoluído com mais veemência no cenário nacional a partir do reconhecimento das leis, embora ocorram retrocessos como a falta de incentivo para manutenção das equipes mínimas na rede de serviços, como a abolição do financiamento de novas equipes NASF pela portaria 2.436 de 21 de setembro de 2019.

A análise realizada demonstra ainda que o conhecimento teórico e prático do cuidado paliativo ainda deve ser alvo para parametrização dos profissionais de saúde para que possam aos poucos construir uma cultura que incorpore a dignificação do processo de morrer. Depreendemos que aos profissionais de saúde em sua formação, seria oportuno possibilitar conhecimento da prática dos cuidados do paciente com doenças ameaçadoras

da vida. Para que essa mudança ocorra, se faz necessário o apoio pelo estado com políticas que fomentem a educação permanente nos cenários de formação com a inclusão da temática dos cuidados paliativos e fomento à pesquisa científica nesse âmbito.

Por fim, o estudo demonstrou ainda que o arcabouço legal dos cuidados paliativos na atenção primária, vem se firmando como reconhecimento dos seus fins e da luta da sociedade a favor de sua prática. A urgência de agora é superar o desafio de estender a visão legal para a prática nos espaços onde o básico se torna essencial ao bom cuidado: a atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRÉ FILIPE JUNQUEIRA DOS SANTOS (Brasil). Academia Nacional de Cuidados Paliativos ANCP. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. São Paulo: ANCP. 2020. Disponível em: Acesso em: 02 fev. 2023.

ARANTES, A. C. L. Q. **Indicações de cuidados paliativos**. In: CARVALHO, R. T.; PARSON, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.56 - 74.

ARCHETTE, D.; CARVALHO, L. F. G. L.; REINE, P. S. K. **Dor total**. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. 3. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. P. 95-98.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 11 maio 2023

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set. 1990.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em 04 abr. 2023.

BRASIL. **PNAB Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 08 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. Brasília: MS, 2013. v. 2. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf). Acesso em: 11, mai. 2023;

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. Ministério da Saúde. Brasília, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em: 09 maio 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de



Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 11 abr 2023.

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). Ministério da Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html). Acesso em: 20 abr 2023.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. **História dos Cuidados Paliativos no Brasil e no Mundo**. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. Manual de Cuidados Paliativos. 3. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. P. 28-32.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses e chega a 76,6 anos em 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29505-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-3-meses-e-chega-a-76-6-anos-em-2019>. Acesso em 04 abr. 2023.

INHAIA, C. **Cuidados Paliativos como direitos humanos**. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. Manual de Cuidados Paliativos. 3. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. P. 7-10.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**, in: ANCP, Manual de Cuidados Paliativos, Rio de Janeiro RJ, 1ª ed, Diagraphic editora, 2009 p 14 – 19.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt>. Acesso em: 09 maio 2023.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Ed. Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 5 maio 2023.

MENDES, E.V; et al. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília-DF, 2ª ed. CONASS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em 5 maio 2023.

MENEZES, R. O. A. **Ortotanásia: o direito à morte digna**. Curitiba: Juruá, 2015.

OLARIO, P. S. et al. **Desospitalização e Cuidados Paliativos: reflexões para o cuidado pautado na cidadania**. In: Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. P. 41-59.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Cobertura universal de saúde (CUS)**. 2022. Disponível em: [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc)). Acesso em: 13 maio 2023.

PEREIRA, É. A. L.; GRYSHECK, G.; HIDALGO, G. A. O. **Integração dos Cuidados Paliativos nas Redes de Atenção à Saúde**. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. Manual de Cuidados Paliativos. 3. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. P. 23-27.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M.; CABRERA, M. **Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública 38. 2022. p. 2. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/qjwcSPXn5YFBVDsFw5kgB7c/?lang=pt>. Acesso em 15/04/2023.

SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Cuidados paliativos e atenção primária a saúde: scoping review**. Revista bioética., Conselho Federal de Medicina, Brasília DF, v. 23, n. 3, p. 593-607, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Pf3XWpVzyZ75wsdSxSN6tzx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 01 mai. 2023.

SCHAEFER, F. **A importância da implantação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde**. Revista de Direito Sanitário, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 26-50, 20 dez. 2020. Universidade de São Paulo, Agencia USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p26-50>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/180109>. Acesso em: 12 abr. 2023.

SILVA, A. E. et al. **Desospitalização como ferramenta para a gestão do cuidado e otimização de recursos em saúde**. In: Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. P. 92-107

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **PLANIFICASUS: Workshop de Abertura - A Planificação da Atenção à Saúde**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

UGARTE, O. **Contexto normativo dos cuidados paliativos no SUS**. 2014. 45 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde Coletiva e Educação na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/114783>. Acesso em: 21 abr. 2023

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**. Alma-Ata. 1978. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167\\_2](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2). Acesso em 21 maio 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care**. Genebra: 2020. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em 11 mai. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cuidados de saúde primários**. Genebra: 2021. Disponível <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>. Acesso em:13/05/20023.