

Integração dos Cuidados Paliativos à Atenção Primária à Saúde: estratégias para uma abordagem integral

Integrating Palliative Care into Primary Health Care: strategies for a comprehensive approach

Integración de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud: estrategias para un enfoque integral

 Isadora da Silveira Altério Resende¹,  Vitória Vitoriano da Costa¹,  Aline Teixeira Silva²
 Iácaro Santos Barbosa Oliveira³,  Amanda Aparecida Borges³,  Mateus Goulart Alves⁴

Received: 20/12/2024 Accepted: 05/07/2025 Published: 10/09/2025

Resumo:

Objetivo: identificar publicações acerca de cuidados paliativos no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Método:** revisão integrativa em que foram selecionados artigos nas bases de dados PubMed, Elsevier e Biblioteca Virtual em Saúde, analisados por meio da estratégia *Patient, Intervention, Comparison e Outcomes*, com a seguinte questão norteadora: “Quais estratégias podem ser adotadas para integrar os cuidados paliativos na essência da atenção primária à saúde?”. A busca considerou o período de 2009 a 2024 e foi realizada entre julho e agosto de 2024. **Resultados:** das 30.872 publicações iniciais, foram selecionadas 11 produções (das quais apenas duas brasileiras) cujos resultados indicam que a integração dos cuidados paliativos na atenção primária melhora a qualidade de vida dos pacientes promove redução significativa nas taxas de internações, diminuição dos custos financeiros e maior eficiência dos profissionais de saúde. Verificou-se também que a heterogeneidade da população global representa um desafio complexo, o que impede a consolidação de um modelo efetivo, tanto em sua viabilidade financeira quanto em sua aplicabilidade na formação profissional. No Brasil, onde, embora a Atenção Primária à Saúde possua extensa cobertura e seja um componente estratégico para o cuidado integral, os Cuidados Paliativos ainda permanecem à margem do sistema. Esse cenário se deve a questões como a lacuna na formação profissional, limitada estrutura das equipes para essa abordagem e escassez de políticas públicas que garantam sua plena integração. **Conclusão:** a Atenção Primária à Saúde é um local potente no Brasil, dada a sua cobertura; no entanto, é preciso integrar os Cuidados Paliativos e fomentar mais estudos acerca do tema.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Atenção Primária à Saúde; Morte; Oncologia; Assistência terminal.

Abstract:

Objective: to identify publications on palliative care within Primary Health Care. **Methods:** an integrative review was conducted in which articles were selected from the PubMed, Elsevier, and Virtual Health Library databases. They were analyzed using the Patient, Intervention, Comparison, and Outcomes strategy, with the guiding question: "What strategies can be adopted to integrate palliative care into the core of primary health care?" The review was conducted between July and August 2024 and covers the period 2009–2024. **Results:** of the 30,872 initial publications, 11 (only two Brazilian) were selected, demonstrating that the integration of palliative care into primary care improves patient quality of life, significantly reduces hospitalization rates, lowers financial costs, and increases the efficiency of health professionals. The heterogeneity of the global population also poses a complex challenge, hindering the consolidation of an effective model, both in terms of financial viability and applicability in training. In Brazil, although Primary Health Care has extensive coverage and is a strategic location for comprehensive care, Palliative Care remains marginalized. This is due to issues such as gaps in professional training, limited team structure for this approach, and a lack of public policies to ensure its full integration. **Conclusion:** Primary Health Care is a powerful asset in Brazil given its coverage; however, it is necessary to include Palliative Care, as well as further studies on the topic.

Keywords: Palliative care; Primary Health Care; Death; Medical Oncology; Terminal care.

Resumen:

Objetivo: identificar publicaciones sobre cuidados paliativos en el ámbito de la atención primaria de salud. **Método:** revisión integradora en la que se seleccionaron artículos de las bases de datos PubMed, Elsevier y Biblioteca Virtual en Salud, analizados mediante la estrategia *Patient, Intervention, Comparison and Outcomes*, con la siguiente pregunta orientadora: “¿Qué estrategias pueden adoptarse para integrar los cuidados paliativos en la esencia de la atención primaria de salud?”. La búsqueda abarcó el período de 2009 a 2024 y se realizó entre julio y agosto de 2024. **Resultados:** de las 30.872 publicaciones iniciales, se seleccionaron 11 trabajos (de los cuales solo dos eran brasileños) cuyos resultados indican que la integración de los cuidados paliativos en la atención primaria mejora la calidad de vida de los pacientes, promueve una reducción significativa de las tasas de hospitalización, disminuye los costos financieros y aumenta la eficiencia de los profesionales de la salud. También se verificó que la heterogeneidad de la población global representa un desafío complejo, lo que impide la consolidación de un modelo eficaz, tanto en su viabilidad financiera como en su aplicabilidad en la formación profesional. En Brasil, donde, aunque la atención primaria de salud tiene una amplia cobertura y es un componente estratégico para la atención integral, los cuidados paliativos siguen estando al margen del sistema. Esta situación se debe a cuestiones como la laguna en la formación profesional, la limitada estructura de los equipos para este enfoque y la escasez de políticas públicas que garanticen su plena integración. **Conclusión:** la atención primaria de salud es un ámbito potente en Brasil, dada su cobertura; sin embargo, es necesario integrar los cuidados paliativos y fomentar más estudios sobre el tema.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Atención Primaria de Salud; Muerte; Oncología Médica; Cuidado Terminal.

Autor Correspondente: Mateus Goulart Alves – mateus.alves@uemg.br

1. Curso de graduação em Medicina, Faculdade Atenas. Passos/MG, Brasil

2. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Acadêmica de Passos. Passos/MG, Brasil

3. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Acadêmica de Passos e Curso de graduação em Enfermagem e Medicina, Faculdade Atenas. Passos/MG, Brasil

4. Curso de Graduação em Enfermagem e Medicina, Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Acadêmica de Passos e Curso de graduação em Enfermagem e Medicina, Faculdade Atenas. Passos/MG, Brasil

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Cuidados Paliativos (CP) são definidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares na presença de condições associadas a doenças que ameaçam a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento a partir da detecção precoce e tratamento de questões físicas, sociais e espirituais. Os CP têm o objetivo de reconhecer as necessidades dos pacientes em uma fase de piora gradual da doença. A perspectiva é atender às necessidades do paciente de maneira holística abrangendo as dimensões práticas, físicas e emocionais¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS), é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um compilado de ações no âmbito individual e coletivo que visa a promoção e proteção da saúde, prevenindo agravos, desenvolvendo uma atenção integral. A APS, além de ser ordenadora e centro de comunicação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) que possui como princípios a integralidade, a universalidade e a equidade; nesse sistema a APS organiza o fluxo dos serviços na rede em todos os setores, desde as Estratégias de Saúde da Família (ESF) até as unidades de atenção terciárias².

O Ministério da Saúde prevê como dever dos funcionários da APS acompanhar pacientes que estejam sob CP, frisando o cuidado longitudinal. Ademais, devido ao vínculo estabelecido entre equipe e paciente, há uma maior interação entre ambos e uma maior facilidade em identificar as necessidades do enfermo. A equipe da APS pode, ainda, eleger os adeptos a receberem Atenção Domiciliar (AD), que são oferecidos de acordo com a demanda individual com apoio de equipes multidisciplinares, o Programa Melhor em Casa, integrante da rede da AD, possui ações de CP e de cuidado realizadas no domicílio³.

A OMS publicou, em 2018, um guia para a integração dos CP na APS. Em suas indicações, é elencado ações de educação permanente para enfermeiros e médicos de 30-40 horas em nível intermediário de aprofundamento oferecido pelas universidades. Cuidadores e voluntários teriam cursos de 3-6 horas com as bases e fundamentos da paliação e gestores um curso de 5-6 semanas como o “*Palliative Care Initiators Course*” oferecido na Uganda. A obra ressalta a importância de práticas de saúde pública, a integração da esfera paliativista com os outros serviços de saúde, as tarefas da APS quanto ao assunto, a participação comunitária e a designação de tarefas¹.

No Brasil, o mau aproveitamento dos serviços públicos de saúde é evidente no dia a dia da população. Os maiores desafios ressaltados entre 2001 a 2023 se devem à escassez de recursos financeiros e o mau aproveitamento dos mesmos por gestores incapacitados, desvio

de verbas, corrupção, fragmentação do serviço de saúde, baixa remuneração dos profissionais da área e más condições do local de trabalho⁴.

No Brasil, enfrentam-se múltiplos desafios para a consolidação plena do sistema de saúde. Dentre os principais entraves, destacam-se a insuficiente formação acadêmica dos profissionais, a frágil comunicação entre equipe assistencial, pacientes e familiares, a limitação no acesso a medicamentos essenciais e a fragilidade das políticas públicas direcionadas à área. Historicamente, a formação em Ciências da Saúde no país tem oferecido escassa abordagem estruturada sobre paliação, o que transfere ao estudante a responsabilidade de buscar conhecimento complementar por meios extracurriculares⁵.

Essa carência de preparo profissional e de políticas públicas consistentes compromete diretamente a qualidade do atendimento paliativo oferecido. A portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024 criou a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do SUS. A nova política estabelece diretrizes para a implementação progressiva dos CP em todas as esferas de atenção, fortalecendo as práticas paliativas e a ampliação do acesso da população a serviços qualificados. Com essa iniciativa, observa-se um esforço governamental recente em estruturar e consolidar o cuidado paliativo como componente essencial da atenção à saúde no Brasil⁶.

A abordagem do CP possibilita uma menor sobrecarga de serviços e uma congruência com o elemento crucial da APS: a resolutividade. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo identificar publicações sobre cuidados paliativos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada conforme o método proposto por Mendes, Silveira e Galvão⁷, que contempla seis etapas: elaboração da pergunta de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão, seleção da amostra, extração dos dados, análise crítica dos estudos incluídos e apresentação dos resultados. A pergunta norteadora formulada foi: “*Quais estratégias podem ser adotadas para integrar os cuidados paliativos na essência da APS?*”.

Foi utilizada a estratégia *Patient, Intervention, Comparison e Outcomes* (PICO)⁸ para auxiliar na formulação da indagação que conduziu o tema de pesquisa, em que os elementos foram definidos como: profissionais da APS com dificuldades no manejo prático, financeiro ou sociocultural com os pacientes em CP (P); implementação mais efetiva de CP na APS por meio da adoção de modelos pré-estabelecidos de educação ou referentes ao âmbito financeiro (I); CP apenas em serviços de saúde com alta especialização ou CP na APS de forma ineficiente (C);

uma melhor qualidade de vida do paciente e/ou redução da demanda em serviços especializados, a fim de aliviar a sobrecarga (0).

As buscas foram realizadas entre julho e agosto de 2024, nas bases de dados: PubMed, ScienceDirect (Elsevier), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na plataforma de busca online Google Scholar. Utilizaram-se os descritores controlados do DeCS/MeSH, combinados pelos operadores booleanos: “*palliative care*” AND “*primary health care*” AND “*model health care*”.

Foram incluídos artigos originais publicados nos últimos 15 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, que respondessem à pergunta norteadora. Excluíram-se revisões, capítulos de livro, editoriais, artigos em outros idiomas ou que não tratassem diretamente da temática proposta. A seleção foi realizada de forma independente por todos os autores e as divergências foram resolvidas em reuniões com o grupo e o pesquisador orientador.

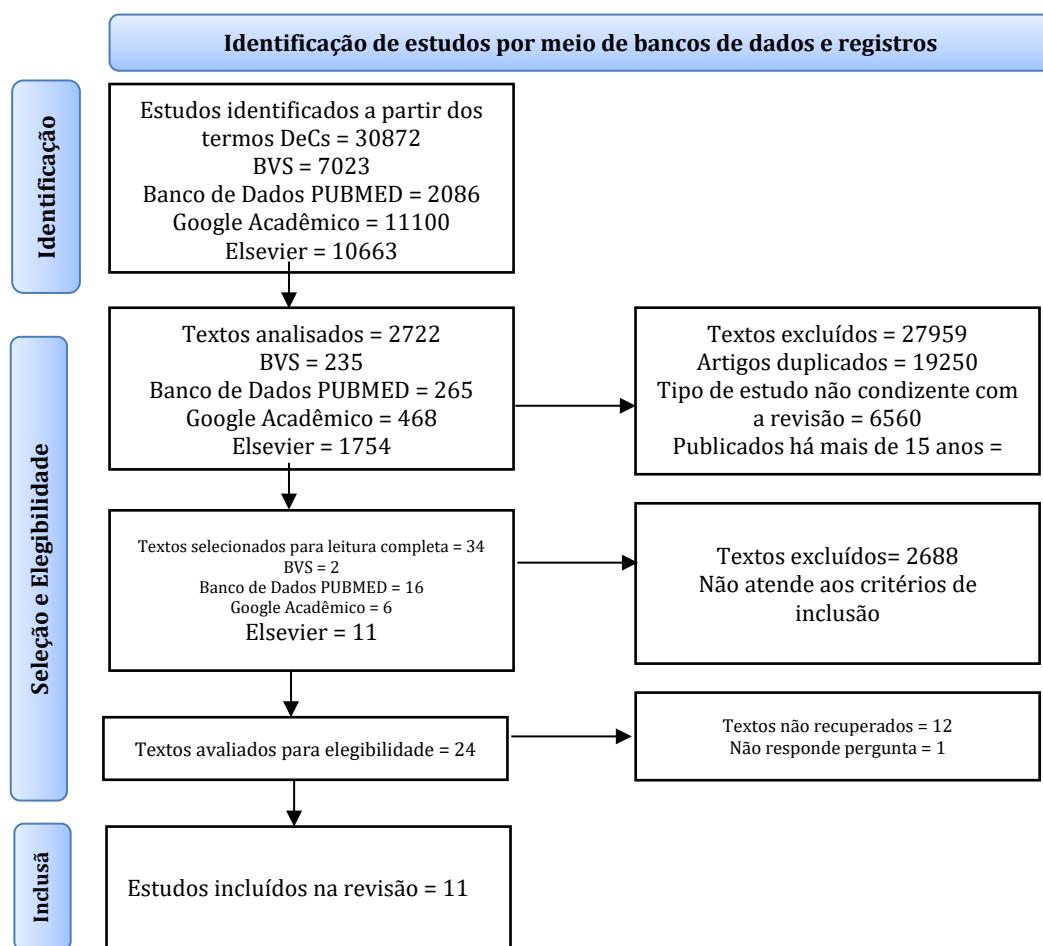
A extração dos dados foi realizada com o auxílio de uma planilha elaborada no Microsoft Excel, desenvolvida especificamente para esta revisão. A planilha continha os seguintes campos: autor, ano, país de publicação, tipo de estudo, população investigada, objetivo, intervenções propostas, principais resultados e recomendações. Esse instrumento possibilitou a sistematização das informações e facilitou a etapa de análise crítica e síntese dos achados.

A análise dos dados ocorreu por meio de abordagem qualitativa, utilizando a síntese narrativa, na qual os resultados foram agrupados por similaridade temática, permitindo identificar as principais estratégias e modelos de integração dos cuidados paliativos na APS. A seleção dos estudos seguiu as diretrizes do PRISMA¹⁰.

RESULTADOS

Inicialmente, foram identificadas 30.872 publicações, das quais 2487 artigos eram relacionados com a temática do estudo. Destes, 33 foram selecionados para revisão completa e aplicação dos critérios de inclusão, sendo considerados 11 artigos. O fluxograma do processo de seleção está representado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma para inclusão dos artigos revisados, segundo a metodologia PRISMA. Passos, MG, 2025.



O Quadro 1 apresenta os tipos de estudos: dois ensaios clínicos randomizados, dois estudos transversais, um estudo exploratório, um estudo de Coorte, um trabalho multicêntrico, um estudo de quatro fases, um relato de caso, um estudo retrospectivo observacional e um artigo de opinião, publicados entre 2013 e 2024. Quanto à nacionalidade dos artigos foram identificados: dois brasileiros, dois canadenses, um estadunidense, um iraniano, um espanhol, um indiano, um árabe, um português e um norueguês. Os principais aspectos avaliados foram: a eficácia da implementação do modelo, a satisfação do usuário (profissional, cuidador ou paciente sob CP), a redução da taxa de internação e a redução de gastos (Quadro 1).

Quadro 1. Estudos primários incluídos segundo: autor e ano, periódico, base de dados, objetivos, país de origem e metodologia. Passos, MG, Brasil, 2025.

Autor/ano	Periódico	Base de dados	Objetivos	Origem	Metodologia
Rao et al, 2024	J Pain Symptom	PubMed	Determinar se um modelo integrado e multicêntrico de cuidados paliativos, liderado	Estados Unidos	Estudo retrospectivo

11	Manage		pela atenção primária, melhora os resultados clínicos, de utilização e econômicos.		observacional
Alizadeh et al, 2024 ¹²	Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing	Elsevier	Analisar se a integração precoce dos CP nos serviços de cuidados de saúde ao domicílio é essencial para que os doentes oncológicos melhorem a sua qualidade de vida e reduzam os seus custos com cuidados de saúde. Assim, o estudo teve o objetivo de desenvolver um modelo de CP domiciliares para pacientes com câncer no Irã.	Irã	Estudo de 4 fases: revisão integrativa (1); estudo qualitativo de entrevistas semiestruturadas (2); integração dos resultados (3); Estudo de Delphi (4)
Pelayo-Alvarez et al, 2013 ¹³	J Palliat Med	PubMed	Testar a eficácia de uma ferramenta online de ensino sobre CP para médicos da APS através dos impactos em controle de sintomas, qualidade de vida e do conhecimento obtido em 18 meses.	Espanha	Ensaio clínico randomizado
Atreya et al, 2019 ¹⁴	J Family Med Prim Care	Google Scholar	Buscar preencher a lacuna entre o especialista hospitalar e o Médico da Família e Comunidade por meio da implantação do Modelo Centrado no Paciente na APS, alcançando assim pacientes que moravam longe da atenção especializada.	Índia	Estudo original exploratório
Howard et al, 2019 ¹⁵	J Palliat Med	Google Scholar	Examinar se a utilização de diferentes modelos de cuidados da APS está associada ao fim da vida e aos seus resultados.	Canadá	Estudo de Coorte retrospectivo
Alshammary et al, 2020 ¹⁶	Cureus	PubMed	Avaliar o resultado da integração dos serviços de CP ao nível dos cuidados de saúde primários e avaliar a satisfação dos pacientes com os serviços prestados pela APS.	Arábia Saudita	Estudo transversal
Matthew et al, 2023 ¹⁷	BMC Palliative Care	PubMed	Explorar qualitativamente as experiências de equipes de atenção primária à saúde em Ontário, Canadá, que participaram do piloto do CAPACITI, buscando entender os fatores que ajudaram ou atrapalharam as equipes participantes na aplicação dos componentes na prática.	Canadá	Ensaio clínico randomizado
Corrêa et al, 2017 ¹⁸	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Google Scholar	Apresentar o processo de identificação de pacientes de CP em uma equipe da ESF no Brasil.	Brasil	Estudo transversal
Junges et al, 2022 ¹⁹	Revista de Políticas Públicas	Google Scholar	Discutir o caso de uma paciente com grave cronicidade e agravos incapacitantes atendida em uma unidade de saúde no município da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, como uma candidata a receber CP na APS.	Brasil	Relato de caso
Gouveia et al, 2023 ²⁰	Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar	Google Scholar	Analizar o método ACERTAR, acróstico que congrega os sete objetivos (e intervenções decorrentes) da prestação de cuidados domiciliários: Avaliar; Comunicar; Empoderar; Rever/Reduzir; Tratar; Antecipar e Referenciar.	Portugal	Artigo de opinião e debate
Kittang et al, 2024 ²¹	BMC Health Services Research	PubMed	Descrever o impacto da pandemia do coronavírus em uma casa de repouso e seus impactos aos indivíduos mais velhos, que precisavam de CP em um nível primário.	Noruega	Estudo retrospectivo observacional

O Quadro 2 apresenta profissionais analisados, intervenção realizada e principais resultados encontrados. Demonstraram-se essenciais os CP na APS por equipes multidisciplinares: diversas especialidades médicas, assim como, enfermeiros, assistentes sociais e políticos. Em relação aos pacientes enquadrados como válidos ao recebimento de CP em APS houve destaque dos estudos para os pacientes oncológicos; com idade avançada e portadores de doenças crônicas.

Os principais resultados observados de maneira geral nos trabalhos selecionados foram: uma possibilidade de morte domiciliar, menor internações, menores gastos, maior satisfação dos usuários, maior conhecimento por parte dos profissionais e uma maior integração do cuidado.

Quadro 2. Estudos primários incluídos, segundo autor e ano, profissionais analisados, pacientes analisados, intervenção e principais resultados.

Passos, MG, Brasil, 2025.

Autor e ano	Profissionais Analisados	Pacientes Analisados	Intervenção	Principais resultados
Rao et al, 2024 ¹¹	Profissionais da APS da parte oeste de Nova York (n= 47), Ohio Central (n=258), Nordeste de Ohio (n=89), Oeste da Pensilvânia (n=46), Sudeste de Ohio (n=30) e Noroeste de Ohio (n=67). Foram incluídos médicos, enfermeiros e assistentes sociais.	Beneficiários do programa Medicare que morreram entre 01/01/2021 e 31/01/2023 (n=889).	Foram estabelecidos 8 grupos em 6 comunidades que possuíam 20 ou mais pacientes sob CP. Todos passaram por um treinamento. Os grupos tiveram a flexibilidade de escolher entre se associarem com uma agência local paliativista ou de formarem um grupo com profissionais especializados na paliação. O modelo do estudo buscou priorizar um menor gasto financeiro por parte dos pacientes (Value Based Care Chassis).	Os CP centrados na APS evidenciaram uma melhora da qualidade de vida dos pacientes. Foram elencados em uma combinação entre os grupos: 5,4 dias a mais em casa ($P<0,001$), 40% menos hospitalizações ($p<0,001$), 17% menos mortes em hospitais ($p<0,001$) e redução de 10.393 dólares nos custos gerais por paciente ($p<0,001$).
Alizadeh et al, 2024 ¹²	Fase 1: não se aplica. Fase 2: 2 oncologistas, 1 médico paliativista, 1 médico generalista, 7 enfermeiras, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social, 1 especialista em questões religiosas, 3 gestores, 3 docentes do curso de Enfermagem. Fase 3: 2 docentes com as especialidades de enfermagem oncológica e de saúde comunitária, e 2 gestores políticos de saúde no MOHME (Ministério de Saúde e Educação Médica) com as especialidades em câncer CP e 1 estudante de doutorado em Enfermagem com a especialidade de Enfermagem médico-cirúrgica. Fase 4: dos 23 especialistas em CP apenas 12 permaneceram no estudo (1 médico paliativista, 1 oncologista, 1	Fase 1: não se aplica. Fase 2: 10 pacientes oncológicos e 7 cuidadores (família ou não). Fase 3: não se aplica. Fase 4: não se aplica.	Fase 1: revisão integrativa de 12 artigos pautada em encontrar as barreiras dos CP em domicílio. Fase 2: entrevistas semiestruturadas realizadas em 20-60 minutos. Análise de dados baseada no método de Hsieh e Shannon através do guia da OMS pelo software MAXQDA-10. Fase 3: integração dos dados com reavaliação realizada por especialistas. Fase 4: estudo de Delphi para determinar a importância dos indicadores e criar o rascunho inicial do modelo e validá-lo.	Fase 1: foram encontrados 52 indicadores divididos em 7 pilares (elaboração de políticas = 11, financiamento de cuidados de saúde = 5, prestação de serviços = 12, desenvolvimento da força de trabalho = 11, acesso a medicamentos = 5, informação e pesquisa = 6, e indicadores de questões éticas e legais = 2). Fase 2: foram obtidos 546 códigos, 22 subcategorias e 8 pilares foram extraídos. O diferencial da fase 1 foi a adição do pilar “empoderamento familiar”. Fase 3: Foram obtidos 118 indicadores em 8 pilares de estudo para a preparação do questionário da próxima fase. Fase 4: O modelo foi aprovado após 4 reajustes com a inclusão do “foco no princípio de integralidade” e adição de “desenvolvimento de um programa de monitorização para os profissionais ambulatoriais de CP”. Os 8 pilares finais foram as questões éticas e legais, elaboração de políticas, recursos financeiros, prestação de serviço, desenvolvimento da força de trabalho, informação e pesquisa, acesso à remédios e empoderamento familiar. Devendo ser todos esses pilares contemplados para um modelo de CP efetivos e sem lacunas quanto ao nível de atenção contemplado.

	gestor, 1 diretor de um centro de home care, 4 docentes e 4 enfermeiros).			
Pelayo-Alvarez et al, 2013 ¹³	169 médicos de 17 regiões de saúde da Espanha.	117 pacientes com câncer avançado sob CP.	<p>Os médicos foram divididos em grupo de intervenção (n=85) e grupo controle (n=84). O grupo de intervenção recebeu um curso online de 96 horas sobre CP, 86,6% (n=71) realizaram o curso completo. O grupo de controle recebeu opcionalmente um curso presencial de 20 horas, o qual 13,4% (n=11) optou por fazer.</p> <p>Os pacientes foram divididos entre os médicos que receberam o curso online e entre os que receberam o curso presencial ou não receberam curso algum. O grupo de intervenção contou com 63 pacientes e o controle com 54.</p> <p>O controle dos sintomas foi analisado pelo Brief Pain Inventory (BPI) e pelo Palliative Care Outcome Scale (POS), ambos respondidos pelos pacientes. O questionário dos profissionais incluiu o status de performance do Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG).</p> <p>A qualidade de vida foi analisada pelo Rotterdam Symptom Checklist (RSCL).</p> <p>A satisfação do cuidador foi mensurada pelo SERVQUAL que analisava tangíveis, confiabilidade do tratamento/cuidado, segurança, capacidade de resposta e empatia.</p> <p>O conhecimento dos médicos foi analisado por um questionário ao final dos 18 meses.</p>	<p>Dos 169 médicos da análise, apenas 67 médicos atenderam, juntos, 117 pacientes. Os outros 78 afirmaram que não ter atendido pacientes em CP.</p> <p>O grupo de intervenção teve suas escalas para dor, sintomas e ansiedade familiar reduzida em comparação ao grupo controle. (p=0,039).</p> <p>Não foi observada mudança significativa na qualidade de vida entre os grupos.</p> <p>A satisfação do cuidador não teve diferenças significativas.</p> <p>O conhecimento dos médicos foi mensurado por um questionário que possuía nota máxima de 33, mostrou uma diferença significativa entre os grupos de intervenção e controle que receberam o treinamento presencial (p=0,0001) e daqueles que não receberam (p=0,0018).</p>
Atreya et al, 2019 ¹⁴	165 médicos da família ou que atuam na APS de Calcutá.	Não se aplica.	<p>Estudo exploratório com a intenção de entender os facilitadores e desafios quanto aos CP integrados à APS através do Modelo de CP Primários Integrados.</p>	<p>100 dos 165 médicos completaram a pesquisa. Quanto às barreiras, verificou-se que 62% tinha cuidado de um paciente paliativo no último ano e 34% se sentia confiante em prover os CP necessários. Quanto à falta de confiança, ela foi associada à falta de conhecimento (32%), de confiança por si só (34%), falta de recursos (67%), falta de horas (89%) e comunicação deficiente do hospital de origem do paciente (87%).</p> <p>Quanto aos facilitadores, 46% dos médicos estariam dispostos a oferecer suporte à pacientes em CP, 21% em discutir o plano de cuidados com o paciente e família, 32% tentou se preparar para cuidar de pacientes em CP através da internet e 75% estão dispostos a receber treinamento</p>

				acerca dos CP primários.
Howard et al, 2019 ¹⁵	Foram analisados 3 grupos de médicos em Ontário, Canadá. O primeiro composto por médicos da família e generalistas, o segundo por médicos paliativistas e o terceiro por outros médicos especialistas.	194.112 pacientes já falecidos que receberam CP divididos em 3 grupos: captação (n=98.578), FFS (fee-for-service, taxa por serviço) melhorado (n=64.913) e FFS tradicional (n=30.621).	Foram analisados em prontuários os 6 meses finais da vida de pacientes sob CP entre abril de 2010 e março de 2013 em Ontário. Os dados obtidos foram analisados de acordo com o modelo de remuneração adotado pela instituição de forma a obter em seus resultados um menor custo e menores taxas de internação. Para isso, foi analisado o gasto total do paciente, os serviços prestados, o envolvimento dos profissionais, a realização de visitas domiciliares e o local de óbito do paciente. Foi utilizado o software SAS 9.3 para todas as análises.	62,7% dos falecidos tiveram mais contato com um especialista do que com o médico da família e comunidade no fim de suas vidas. 22,5% dos pacientes receberam visita do médico da família antes de falecerem e 1,1% a de um especialista. Dentro dos modelos de remuneração, os que mais realizaram visitas domiciliares foram aqueles com o modelo de FFS melhorado (23,3%), seguidos pelo modelo de captação (22,9%) e pelo FFS tradicional (19,5%). O envolvimento de um médico paliativista foi maior no FFS melhorado (41,5%). O custo total por paciente no modelo de FFS melhorado foi de 38905 dólares canadenses, do modelo de captação foi de 36229 e no tradicional de 36752. Os pacientes do modelo de FFS melhorado eram mais propensos a morrerem em instituições que os do modelo de captação ($p=0,02$).
Alshammary et al, 2020 ¹⁶	Médicos da família que trabalham na APS do distrito de Riyadh, Arábia Saudita, e que receberam treinamento por 3 meses.	110 participantes entre pacientes e cuidadores (7:3) que possuíam a demanda por CP em nível de APS.	Os questionários foram respondidos apenas pelos pacientes e cuidadores, as perguntas eram respondidas em escala de Likert. Os dados foram analisados no software SAS.	Em contexto geral, a avaliação geral de satisfação foi de 88%. O tempo de espera consistiu em satisfação extrema de 83%, satisfação de 9% e 1% de insatisfação. Quanto à divulgação de informações de forma adequada, 89% se sentiam extremamente satisfeitos ou satisfeitos, 4% neutros e ninguém tinha reclamações da informação recebida. No que tange a dignidade do paciente, 96% se sentiam extremamente satisfeitos com a forma em que foram tratados. Na avaliação dos CP gerais 84% se davam como extremamente satisfeitos, 3% como satisfeitos e apenas 1 paciente como insatisfeito.
Matthew et al, 2023 ¹⁷	Participantes do CAPACITI (159): médico (n=39); enfermeira registrada (n=29); enfermeiros praticantes (n=28); administrador (n=27); assistente social (n=15); farmacêutico (n=7); enfermeira prática registrada (n=7); dietista (n=4); outros (n=3).	Não se aplica.	Equipes de saúde de Ontário, Canadá, convidadas a participar do CAPACITI, oferecido gratuitamente. Nessa implementação inicial, sessões virtuais pelo aplicativo Zoom Video Communications foram realizadas em 10 módulos facilitadores. Cada sessão com um tópico central como aprimoramento de habilidades de comunicação, identificação e avaliação precoce, formação de equipe e envolvimento com cuidadores especialistas. Em todas as sessões foram incluídos suporte educacional, ferramentas baseadas em	O programa educacional multicêntrico em questão (CAPACITI) foi projetado para desenvolver capacidade de CP dentro de equipes de cuidados primários. Com uma abordagem facilitada para tradução de conhecimento, favoreceu as equipes de cuidados primários a desenvolver os princípios para aplicar uma abordagem paliativa ao cuidado.

			evidências e treinamento e facilitação para apoio dos profissionais.	
Corrêa et al, 2017 ¹⁸	Profissionais de uma equipe da APS da cidade de Rio Grande (RS).	38 pacientes.	Projeto Estar ao Seu Lado, que visa CP primários com enfoque no desenvolvimento em cuidadores comunitários ao lado de equipes de APS. De forma a identificar pacientes que necessitam de CP, o processo de identificação ocorreu 1) utilizando o sistema de trabalho de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família e os princípios da atenção primária e 2) aplicando o SPICT, uma ferramenta para ajudar a identificar pacientes que poderiam se beneficiar com CP.	Ao final do período de 12 meses 38 pessoas foram identificadas com necessidades paliativas de uma população total de 3.000 (1,2% da população de prática). Destes, 58% (n=22) foram mulheres, 63% (n=24) com mais de 65 anos, 74,7% (n=28) relataram etnia branca. Os diagnósticos principais mais frequentes foram câncer (39,5%), doença psiquiátrica (18,4%), doença cardiovascular (15,8%), fraqueza (10,5%), demência (10,5%) e doença respiratória (7,9%). A multimorbiidade foi maior em pacientes com mais de 65 anos (<i>t</i> -test, <i>p</i> =0,009) com uma mediana de quatro doenças. As patologias mais prevalentes entre os que sofrem de multimorbiidade foram doença cardiovascular (73,7%), doença psiquiátrica (65,8%), câncer (50%), fragilidade (39,5%), diabetes mellitus (31,6%) e doenças respiratórias. A aplicação da ferramenta se mostrou prática e viável no contexto inserido.
Junges et al, 2022 ¹⁹	Profissionais de saúde da APS responsável pelos CP da paciente em questão no caso relatado.	Paciente diabética e com insuficiência renal crônica.	No caso da paciente que apresenta fragilidades mentais, apenas o cuidado considerado erroneamente essencial para a saúde, como tratamento medicamentoso para diabetes e hemodiálise para a condição renal, a equipe de saúde notou a necessidade de uma intervenção mais aprofundada. A paciente carecia de uma atenção com tecnologias médicas leves porque o foco da sua necessidade deixou de ser a cura para tornar-se o alívio e a qualidade de vida por meio do fornecimento de informações devidas e diálogos sobre as vontades do paciente nesse momento de sua vida.	Os CP na APS podem fornecer maior qualidade de vida a pacientes com graves sequelas da condição crônica que se encontram e possibilitar a conversa sobre o processo de morrer, se o paciente assim desejar. As várias facetas do cuidado exigem um agregado de capacitação profissional em reconhecer o momento de introdução dos CP, acompanhamento psicológico e espiritual, atrelado ao acompanhamento clínico. A análise do emprego tecnologias leves em sobreposição às tecnologias levaduras é essencial para a melhor abordagem de CP na APS.
Gouveia et al, 2023 ²⁰	Médico de família e enfermeiro de família de Portugal.	Não se aplica.	A dificuldade na prestação de serviços na área de CP é notória pela ausência de normas e modelos que guiem os profissionais na APS. Para resolução da problemática, foi proposta a utilização do método ACERTAR, um acróstico guia para estruturar de forma prática a metodologia de aplicação do CP pelo profissional em uma visita domiciliar. O acróstico elenca os sete objetivos da prestação de CP: A- avaliar as	O acompanhamento do paciente pelo profissional médico ou enfermeiro de família da APS é de extrema relevância, ainda mais no âmbito paliativo. O método de intervenção guia o profissional nessa prestação de CP, divulgando e difundindo o saber a fim de acolher os pacientes sem sofrimento evitável.

			necessidades do doente e dos próximos; C- comunicar de modo efetivo para os participantes; E- empoderar os envolvidos; R- reverter e/ou reduzir com intervenções terapêuticas adequadas; T- tratar os sintomas presentes e antever os prováveis; A- antecipar por meio de um plano de cuidados efetivo; R- referenciar em casos e situações pertinentes.	
Kittang et al, 2024 ²¹	Ala de enfermaria de 23 casas de repouso públicas e 11 privadas do município de Bergen, Noruega	257 pacientes com COVID-19 tratados na ala da enfermeira, todos diagnosticados por RT-PCR para SARS-CoV-2. Foram avaliados de acordo com a fragilidade que se encontra vem, variando de 1-muito apto, até 9- doente terminal. Oitenta e cinco pacientes (33,1%) foram transferidos do hospital, enquanto os 172 restantes vieram de casas de repouso (n=149), serviços domiciliares (n=10) ou suas próprias residências (n=13). Dez pacientes (3,9%) foram hospitalizados com insuficiência respiratória grave por Covid-19 ou sepse por coinfeção respiratória.	Médicos e enfermeiros utilizaram o método "Livets Siste Dager/Os últimos dias de vida", o regulamento norueguês para hospitais e unidades primárias, desenvolvido pelo Liverpool Care Pathway. O planejamento antecipado do CP foi realizado em 95,3% dos pacientes e 29 faleceram com alívio da sintomatologia e terapêutica, com uma classificação de fragilidade inferior a 7 (moderadamente frágeis).	Com o planejamento antecipado de CP aos idosos acometidos com a infecção COVID-19 (n=90%), a redução da mortalidade ainda na fase inicial da pandemia. O cuidado com avaliação sistemática da intensidade adequada do tratamento individual para cada paciente e CP para os necessitados

DISCUSSÃO

A eficácia da integração dos CP foi apontada em todos os estudos incluídos, seja por fatores socioeconômicos, pela melhora da qualidade de vida do paciente terminal ou pelo conhecimento médico obtido por meio da intervenção, frisando os benefícios dessa fusão, sobretudo, destacando que os CP não devem se restringir aos níveis de atenção secundário e terciário de saúde¹¹⁻²¹.

Sob o aspecto financeiro, o trabalho estadunidense evidenciou um modelo que permitia uma maior flexibilidade pautados no *Value Based Healthcare* (VHBC) - Saúde Baseada em Valor (em tradução literal), no qual os profissionais da saúde são remunerados pela qualidade do serviço e não pela quantidade de procedimentos⁹. Além disso, a possibilidade de maior flexibilidade e autonomia por parte dos integrantes da APS em selecionar uma terapêutica mais individualizada promoveu um menor gasto ($p<0,001$) e uma menor taxa de mortes durante internações ($p<0,001$), favorecendo o falecimento do doente cercado por entes queridos dentro do meio familiar¹¹.

Na pesquisa norte-americana houve considerável redução de custos dos cuidados (diferença de -\$10.393 do grupo de tratamento para o grupo controle); redução das hospitalizações globais (intervalo de confiança- IC= -0,49, -0,25); diminuição dos dias em UTI (-0,6); diminuição da porcentagem de falecimentos em hospitais (-17% com IC= -0,20, -0,13); além de aumento de dias passados em casa (+5.42 com IC= 3,67, 7,18)¹¹.

Todavia, diferentemente do modelo brasileiro, em que a APS é majoritariamente pública e de acesso universal por meio do SUS, o sistema de atenção primária nos Estados Unidos é predominantemente privado, com acesso frequentemente condicionado à cobertura de seguros de saúde²².

De maneira complementar, outro estudo sinaliza que 16 dos 21 trabalhos analisados, constam que o custo de CP domiciliares diminuíram significativamente os custos do serviço e as taxas de internação²³. Em associação, outra investigação aborda a temática com questões legislativas dos CP que carecem de políticas públicas para a sua devida e eficaz implementação solidificada no cenário de APS²⁴.

Sob outra perspectiva econômica, agora canadense, foram analisados três diferentes métodos de remuneração para os profissionais que ofertavam CP domiciliares: (1) captação; (2) taxa por serviço; (3) taxa de serviço melhorada. Todavia, a pesquisa demonstra a preferência dos pacientes por receber cuidado domiciliar de especialistas quando comparado ao Médico da Família e Comunidade (MFC), um total de 62,7% tiveram mais contato com o especialista do que com o MFC, o que pode ser explicado pela falta de conhecimento de um

generalista nas práticas de CP, uma vez que tais cuidados não são exigidos na maioria das grades curriculares¹⁵.

Sobre os modelos financeiros, a maior economia foi observada no modelo de captação com um total de 36.229 dólares canadenses por paciente, o modelo de taxa por serviço melhorado contou com um maior índice de mortes em instituições quando comparado ao modelo de captação ($p=0,02$). O modelo de captação se mostrou, então, o mais econômico contando com um valor fixo de remuneração de acordo com o número de pacientes atendidos¹⁵. Além disso, o modelo de captação e o modelo de taxa por serviço não apresentam diferenças significativas na qualidade do cuidado quando aplicados, também, fora do contexto paliativo²⁵.

Quanto à análise de uma melhor qualidade de vida, foram observados consideráveis benefícios com a aplicação devida dos CP aos pacientes em seu período de término da vida. Os estudos trouxeram amostras significativas nos seguintes âmbitos, respectivamente: processo de alívio de sintomas, auxílio e apoio familiar no enfrentamento ao luto e observação holística dos indivíduos ali envolvidos, seja paciente direto ou terceiros, como familiares^{16,19,21}. De maneira análoga, uma revisão focada nas dinâmicas dos CP domiciliares demonstra que os cuidados feitos no lar do paciente se mostram mais econômicos e permitem uma abordagem voltada ao paciente. Esses dados esclarecem a relevância dos CP no aumento da qualidade no fim vida dos pacientes necessitados e dos familiares envolvidos²⁶.

Em alguns dos artigos selecionados, evidencia-se uma ampliação do conhecimento médico e melhor confiança ao exercer os CP nos pacientes da APS. Majoritariamente, esse alavancamento de saberes se deu, respectivamente entre os trabalhos, por aplicação de cursos, questionários, workshops e capacitação eficientes para a posterior inserção prática desse uso no dia-a-dia do profissional bem qualificado e prestador de serviços aos pacientes no fim de suas vidas. Alguns trabalhos evidenciam métodos eficazes para a difusão dos CP entre os profissionais, que enfrentam a fase terminal de seus pacientes no decorrer da jornada profissional^{13,14,17,18,20}.

Esse objetivo seria alcançado por meio da implementação de estratégias, como descrita por Gouveia et al., que sintetizou as principais ações a serem tomadas pela equipe de APS de maneira a sistematizar as visitas domiciliares com os principais pontos a serem debatidos com o paciente e seus familiares, empoderando o doente e seus cuidadores de forma a participaremativamente das decisões tomadas²⁰.

Essa atuação se baseia no método ACERTAR, um acróstico que pontua as metas a serem alcançadas pela equipe de APS durante a visita ao enfermo sob CP, que engloba: Avaliação das necessidades paliativas de forma holística; Comunicação clara do diagnóstico e seus percalços,

ajustando a expectativa familiar e a vontade do paciente; Empoderamento do enfermo permitindo o exercício de sua autonomia e esclarecendo suas dúvidas; Tratar e medicar os sintomas presentes; Antecipar os principais acontecimentos prováveis com a progressão da doença, discutindo as preferências do doente quanto sua morte; e por fim Referenciar em cenários de difícil gestão domiciliar e de APS²⁰.

Em Portugal, no uso do método ACERTAR, o sistema de saúde tem como base o Serviço Nacional de Saúde (CNS), que assim como o SUS, no Brasil, fornece um atendimento universal e gratuito em todas as fases de atenção à saúde²⁷.

Um estudo realizado na Arábia Saudita busca retratar a importância do interesse do profissional acerca da obtenção de novos conhecimentos para facilitar a prática das Ciências da Saúde, a adesão levemente expressiva de profissionais cuidadores da área oncológica teve 75,4% de resposta e participação na ação de workshop a respeito do tema de CP, que tinha como foco o auxílio no desenvolvimento de um modelo de cuidado para pacientes com doenças que encurtam a vida naquele país¹⁶.

No Brasil, observam-se fragilidades semelhantes, com destaque para políticas públicas frágeis e pouco efetivas que garantem o processo de morte com dignidade no Brasil, um país com extensa dimensão territorial e somente 198 centros de serviço de CP (0,94 por milhão de habitante), sendo um dos piores países para se morrer no mundo, ficando na 79º posição²⁴. De outro lado, havia no Brasil, em 2022, 48161 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que conseguem atender uma média de 564234 pessoas por dia²⁸.

O modelo iraniano propõe a organização dos CP na atenção primária em oito pilares — questões éticas e legais, elaboração de políticas, recursos financeiros, prestação de serviços, desenvolvimento da força de trabalho, informação e pesquisa, acesso a medicamentos e empoderamento familiar - que guardam notável correspondência com os princípios e atributos estabelecidos pelo SUS no Brasil que se mostram presentes na APS do país^{12,24,29}.

Questões éticas e legais reforçam os valores de universalidade e equidade, garantindo acesso justo e igualitário aos cuidados de saúde. A elaboração de políticas direciona a coordenação do cuidado, favorecendo a integração e continuidade dos serviços. A disponibilização de recursos financeiros sustenta o acesso regular aos serviços de saúde, enquanto a prestação de serviços assegura a integralidade e a longitudinalidade do atendimento. O desenvolvimento da força de trabalho contribui para a competência cultural e a orientação comunitária, permitindo intervenções sensíveis às necessidades locais. A informação e a pesquisa, por sua vez, viabilizam o planejamento estratégico e a avaliação contínua das práticas de saúde^{12,24,29}.

A APS no Brasil tem um papel fundamental no cuidado das pessoas ao longo da vida. Organizada como porta de entrada do SUS, ela está presente nos territórios, próxima das comunidades e das realidades locais. Por meio da ESF, a APS se fortaleceu como uma forma de cuidar que valoriza o vínculo, a escuta e o acompanhamento contínuo, sendo peça-chave na promoção da saúde e no enfrentamento das desigualdades³⁰.

Mesmo com as desigualdades regionais e sociais do país, o SUS segue como um sistema público e universal, com estrutura capaz de integrar os cuidados paliativos à APS. A presença contínua das equipes nos territórios favorece o reconhecimento precoce de necessidades paliativas e o cuidado próximo e humanizado³¹. Assim, inserir os cuidados paliativos na APS é garantir dignidade, alívio do sofrimento e acompanhamento integral. Ao estar junto das pessoas em todas as fases da vida - inclusive no final dela - a APS se torna um espaço essencial para oferecer cuidado que respeita a história, os valores e a singularidade de cada indivíduo³².

Além disso, o acesso a medicamentos reforça a integralidade e a equidade do cuidado, enquanto o empoderamento familiar fomenta a orientação familiar e comunitária, fortalecendo o vínculo entre pacientes, famílias e profissionais. Assim, os pilares propostos pelo estudo iraniano se alinham aos atributos essenciais e derivados da APS, destacando a importância da integração entre Cuidados Paliativos e Atenção Primária para um atendimento mais abrangente, equitativo e humanizado^{12,24,28}.

CONCLUSÃO

Os CP apresentam muitas barreiras em sua condução, seja em seu contexto, ensino ou aplicação: ideia de “cura”, indisponibilidade de profissionais interessados na área e pacientes pouco informados sobre suas condições e inconscientes de seus prognósticos.

Também, a falta de uma grade curricular que conte com a temática no plano de ensino dos cursos da Saúde traz dificuldades para a execução do manejo em pacientes paliativos; assim como, os órgãos competentes precisam atuar no desenvolvimento e gestão de políticas públicas que contemplam o problema de forma eficiente.

Em síntese, os CP na APS buscam uma diminuição dos dias de internação, redução de sofrimentos potencialmente evitáveis e buscam promover uma humanização durante o processo de fim de vida dos pacientes e dos familiares envolvidos de forma mais individualizada. Contudo, há poucos estudos brasileiros que abordam o tema e desafios como a carência de políticas públicas, falta de profissionais interessados e capacitação dos mesmos.

Logo, a necessidade de novos estudos é imprescindível para a condução do tema em um espectro ampliado para uma melhor avaliação de sua eficácia no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado em 17 jun 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1>
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [citado em 17 jun 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Ministério da Saúde (Brasil). Linhas de Cuidado. Cuidados paliativos na unidade de atenção primária [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 17 jun 2024]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/acompanhamento/cuidados-paliativos-aps>
4. Cancian M, Cavalcante WT, Pinho ST. Desafios na gestão pública no processo de gestão em saúde: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences [Internet]. 2023 [citado em 2 jul 2024]; 5(4):2697-715. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2697-2715>
5. Sabino SA, Souza FRC, Moreira ACCG. Cuidados paliativos: desafios para a prática no Brasil. Cuadernos De Educación Y Desarrollo [Internet]. 2024 [citado em 2 jul 2024]; 16(2 N Esp):1-11. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n2-ed.esp.022>
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 28 abr 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2008 [citado em 14 maio 2025]; 17(4):758-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
8. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2007 [citado em 2 jul 2024]; 15(3):508-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. [Internet]. 2005 [citado em 2 maio 2025]; 52(5):546-53. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
10. Moher D, Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. [Internet]. 2009 [citado em 2 jul 2024]; 6(7):e1000097. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
11. Rao K, Anderson GF, Lin GA, Berwick DM, Greer PJ, Leff B, et al. Effects of primary care-led, integrated palliative care for Medicare patients in a value-based model. J Pain Symptom Manage

- [Internet]. 2024 [citado em 2 jul 2024]; 67(3):195-203. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.11.006>
12. Alizadeh Z, Rohani C, Rassouli M, Ilkhani M, Hazrati M. Bridging the gap and developing a home-based palliative care model for cancer patients. *Asia-Pac J Oncol Nurs.* [Internet]. 2024 [citado em 2 jul 2024]; 11(11):100583. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100583>
13. Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y. Clinical effectiveness of online training in palliative care of primary care physicians. *J Palliat Med.* [Internet]. 2013 [citado em 2 jul 2024]; 16(10):1188-95. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0005>
14. Atreya S, Patil C, Kumar R. Integrated primary palliative care model: facilitators and challenges of primary care/family physicians providing community-based palliative care. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2019 [citado em 2 jul 2024]; 8(9):2877-81. DOI:
https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_653_19
15. Howard M, Bernard C, Tan A, Slaven M, Klein D, Barwich D, et al. Barriers to and enablers of advance care planning with patients in primary care. *Can Fam Physician* [Internet]. 2018 [citado em 8 jul 2024]; 64(4):e190-e198. Disponível em: <https://www.cfp.ca/content/cfp/64/4/e190.full-text.pdf>
16. Alshammary SA, Duraisamy BP, Salem L, Altamimi A. Integration of palliative care into primary health care: model of care experience. *Cureus* [Internet]. 2020 [citado em 8 jul 2024]; 12(6):e8866. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.8866>
17. Matthew M, Wright DK, You JJ, Dhaliwal S, Neves K, Herbert R, et al. Implementing palliative care education into primary care practice: a qualitative case study of the CAPACITI pilot program. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2023 [citado em 8 jul 2024]; 22:143. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01265-7>
18. Corrêa SR, Mazuko C, Mitchell G, Pastrana T, Lima L, Murray S. Identificando pacientes para cuidados paliativos na atenção primária no Brasil: experiência do Projeto Estar ao Seu Lado. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2017 [citado em 12 jul 2024]; 12(39):1-8. DOI:
[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1507](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1507)
19. Junges JR, Schaefer R, Lopes PPS, Nied C, Weber S. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: discussão de um caso. *Sanare (Sobral, Online)* [Internet]. 2022 [citado em 8 jul 2024]; 21(2). DOI:
<https://doi.org/10.36925/sanare.v21i2.1661>
20. Gouveia MF, Reis-Pina P. A atuação do médico de família e os cuidados paliativos: o método ACERTAR. *Rev Port Med Geral Fam.* [Internet]. 2023 [citado em 8 jul 2024]; 39(1):84-90. DOI:
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i1.13255>
21. Kittang BR, Kumar S, Myrmel GB, Rosland JH. Clinical characteristics, treatment, and outcomes for elderly patients in a dedicated Covid-19 ward at a primary health care facility in western Norway: a retrospective observational study. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2024 [citado em 5 set 2024]; 24(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11539-2>

22. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 2011.
23. Luta X, Maurer J, Puhan MA, Fehr R. Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions: a narrative review of reviews. *BMC Palliat Care [Internet]*. 2021 [citado em 5 set 2024]; 20(89). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00782-7>
24. Rodrigues LF, Silva JFM, Cabrera M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2022 [citado em 5 set 2024]; 38(9):e00130222. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130222>
25. Tummalapalli SL, Taylor DH, Carey TS, Robinson JC. Capitated versus fee-for-service reimbursement and quality of care for chronic disease: a US cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res. [Internet]*. 2022 [citado em 02 jul 2024]; 22(19). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07313-3>
26. Roberts B, Robertson M, Ojukwu EI, Wu DS. Home based palliative care: known benefits and future directions. *Curr Geriatr Rep. [Internet]*. 2021 [citado em 24 jul 2024]; 10:141-7. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13670-021-00372-8>
27. Nunes AM. O serviço nacional de saúde português: caracterização, classificação e perspectivas. *Rev Gest Sist Saúde [Internet]*. 2020 [citado em 24 jul 2025]; 9(3):499-516. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.18541>
28. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde explica. Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 23 jul 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>
29. Presidência da República (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 [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1990 [citado em 24 set 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080,%20DE%201990%20SETEMBRO%20DE%201990.%20Disp%C3%B5e
30. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate [Internet]*. 2018 [citado em 24 jul 2025]; 42(1):208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
31. Pinto LF, Giovanella L, Mendonça MH. A construção do SUS e o fortalecimento da atenção primária à saúde como base do sistema. *Ciênc Saúde Colet. [Internet]*. 2018 [citado em 24 jul 2025]; 23(6):1829-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018>

32. Santos DS, Nascimento VF, Barreto JOM, Silva IR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021 [citado em 24 jul 2025]; 74(2):e20200293. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0293>

Editor Associado: Vania Del Arco Paschoal

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses

Financiamento: não houve

Contribuições:

Conceituação – Alves MG, Costa VV, Resende ISA

Investigação – Alves MG, Costa VV, Resende ISA

Escrita – primeira redação – Alves MG, Borges AA, Costa VV, Resende ISA, Silva AT, Oliveira ISB

Escrita – revisão e edição – Alves MG, Borges AA, Costa VV, Resende ISA, Silva AT, Oliveira ISB

Como citar este artigo (Vancouver)

Resende ISA, Costa VV, Silva AT, Oliveira ISB, Borges AA, Alves MG. Integração dos Cuidados Paliativos à Atenção Primária à Saúde: estratégias para uma abordagem integral. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2025 [citado em inserir dia, mês e ano de acesso]; 13:e025017. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8201>

Como citar este artigo (ABNT)

RESENDE, I. S. A.; COSTA, V. V.; SILVA, A. T.; OLIVEIRA, I. S. B.; BORGES, A. A.; ALVES, M. G. Integração dos Cuidados Paliativos à Atenção Primária à Saúde: estratégias para uma abordagem integral.

Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, Uberaba, MG, v. 13, e025017, 2025.

DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8201>. Acesso em: inserir dia, mês e ano de acesso.

Como citar este artigo (APA)

Resende, I. S. A., Costa, V. V., Silva, A. T., Oliveira, I. S. B., Borges, A. A., & Alves, M. G. (2025). Integração dos Cuidados Paliativos à Atenção Primária à Saúde: estratégias para uma abordagem integral. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 13, e025017. Recuperado em inserir dia, mês e ano de acesso de <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8201>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons