

Construindo bases para os cuidados paliativos na atenção primária: relato de experiência do Projeto Manto

Building bases for palliative care in primary care: experience report of the Manto Project

Construyendo bases para los cuidados paliativos en atención primaria: informe de experiencia del Proyecto Manto

Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira¹ , Arthur Fernandes da Silva² 

¹Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – Recife (PE), Brasil.

²Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.

RESUMO

Problema: Trata-se de um relato de experiência sobre a idealização e a fase de implantação do Projeto Manto de Assistência em Cuidados Paliativos, desenvolvido em uma unidade básica de saúde do município de Caruaru (PE). **Método:** O Projeto Manto contou tanto com estratégias de educação continuada da equipe multiprofissional como com assistência integral à saúde do paciente em Cuidados Paliativos e acolheu 12 usuários nessa fase. **Resultados:** O projeto impactou a realidade de trabalho e cuidado de mais de uma equipe de saúde da família; promoveu e reforçou vínculos de unidades de cuidado pessoa/família com as equipes e consolidou-se como boa prática e experiência exitosa na Atenção Primária à Saúde e no Sistema Único de Saúde. **Conclusão:** A experiência do Projeto Manto desafia a realidade do interior do Nordeste brasileiro em um contexto de crise econômica, fragilidade na formação de profissionais e educação permanente de trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Cuidados paliativos. Práticas interdisciplinares.

Autor correspondente:

Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira
E-mail: gorayeb.albertopsi@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 01/02/2021.

Aprovado em: 31/05/2021.

Editor Associado:

Leandro David Wenceslau

Como citar: Ferreira AGC, Silva AF. Construindo bases para os cuidados paliativos na atenção primária: relato de experiência do Projeto Manto. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):2890. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2890](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2890)



ABSTRACT

Introduction: This is an experience report about the idealization and implementation phase of the Manto Project of Palliative Care Assistance, developed in a primary care facility at Caruaru (Pernambuco, Brazil). **Methods:** Manto Project had a continuing education strategy for the multidisciplinary team and a comprehensive assistance to the health of palliative care patients and their families. **Results:** The project impacted the reality of work and the care of more than one family health team; it promoted and reinforced care unit/family bonds with team and consolidated itself as a good practice and successful experience in primary health care and Sistema Único de Saúde. **Conclusions:** The Manto Project experience challenges the reality of Brazil's northeastern interior in the context of economic crisis, weaknesses in health care professional team training and continuing education of health care workers.

Keywords: Primary health care. Palliative care. Interdisciplinary placement.

RESUMEN

Problema: Es un informe de experiencia sobre la fase de idealización e implementación del Proyecto Manto de Asistencia en Cuidados Paliativos, desarrollado en una unidad básica de salud en el municipio de Caruaru (PE). **Método:** El primer ministro tenía estrategias de educación continua del equipo multiprofesional, así como asistencia integral para la salud del paciente en cuidados paliativos y dio la bienvenida a doce usuarios en esta etapa. **Resultados:** El proyecto impactó la realidad del trabajo y la atención de más de un equipo de salud familiar; promovió y reforzó los vínculos de las unidades de atención de personas/familias con los equipos y se consolidó como una buena práctica y una experiencia exitosa en Atención Primaria de Salud y el Sistema Único de Salud. **Conclusión:** La experiencia de Proyecto Manto desafía la realidad del interior del Noreste de Brasil en un contexto de crisis económica, fragilidad en la formación de profesionales y educación permanente del personal de salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Cuidados paliativos. Prácticas interdisciplinarias.

INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica em curso em nível mundial, atrelada à vertiginosa mudança no perfil de adoecimento da população, tem subsidiado uma reorientação nos cenários de assistência à saúde. Questionamentos sobre os cuidados a uma população mais longeva e, por consequência, mais exposta a adoecimentos por doenças crônico-degenerativas, neoplasias, entre outras, ocupam grande parte do debate em saúde pública.¹ Não obstante, também se faz necessário discutir a sustentabilidade dos diversos sistemas de saúde no mundo em uma realidade marcada pela incorporação tecnológica e por mudanças profundas na formação profissional em saúde e na relação entre profissionais e pacientes. Países em desenvolvimento como o Brasil enfrentam, ainda, uma tripla carga² de doenças. Condições crônicas convivem com doenças infectocontagiosas e causas externas como acidentes e violências, disputando as maiores taxas de mortalidade, com números expressivos relacionados às doenças e agravos não transmissíveis, entre eles as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes.^{3,4}

Cuidados integrais à saúde na contemporaneidade presumem atenção à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas pelas mais diversas condições. Nesse contexto, surgem os cuidados paliativos (CP) como modalidade de assistência que compreende o papel de objetivos curativos e agrega de forma prioritária a proporcionalidade das estratégias de cuidado diante de doenças ou condições irreversíveis, que conduzirão a pessoa e sua família à finitude da vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os CP são definidos como a abordagem que objetiva a promoção da qualidade de vida de pessoas e suas famílias em face de doenças ameaçadoras por meio de identificação precoce e avaliação criteriosa da dor e de outros problemas de ordem física, psicológica, social e espiritual. Pontua-se, ainda, a importância do entendimento dessa modalidade do cuidado em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo.⁵

Estima-se que 70%⁶ das pessoas que morrem anualmente no Brasil se beneficiariam dos CP. Muitas delas, entretanto, concentram-se nos leitos hospitalares, recebendo, muitas vezes, uma assistência inadequada, ainda norteada por uma prática majoritariamente curativa e que privilegia métodos invasivos e tecnologias duras. Esse cenário fortalece o fato de ter sido o Brasil o 42º país, entre 80, no *ranking* do Índice de Qualidade de Morte de 2015, o qual leva em conta, além de características socioepidemiológicas da população, a disponibilidade de assistência paliativa e a provisão de arsenal terapêutico para o controle da dor e outros estressores de fim de vida.⁷

Na perspectiva dos CP, a atuação multiprofissional e o caráter interdisciplinar da atenção à saúde são os caminhos para a efetivação do cuidado integral proposto por Cicely Saunders, fundadora do *St. Christopher's Hospice* na Inglaterra e principal propagadora dos CP em todo o mundo.⁸ No sentido prático dessa atuação, contemplam-se o controle dos sintomas físicos, a comunicação difícil em saúde, o trabalho em equipe, a avaliação e o prognóstico da funcionalidade, bem como a consideração de aspectos éticos e bioéticos à luz do sofrimento total predisposto pela finitude.

No tocante ao modo de atuação de uma equipe de trabalho em CP, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)⁹ o sistematizou com base em níveis de atenção: em uma ponta, cuidados de nível comunitário, operados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), passando por níveis intermediários até o outro extremo, com CP ofertados por equipe especializada em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, leitos de internação próprios e capacidade para a formação de profissionais na área.

Pela estrutura apresentada, compreende-se que a prática dos CP não só não se deve restringir à atenção secundária e terciária como precisa contemplar a Atenção Primária à Saúde (APS), que é o nível de assistência mais adequado para a prestação e coordenação dos CP em países com sistema de saúde universal.^{10,11,12}

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de implantação do Projeto Manto de Assistência em Cuidados Paliativos, descrevendo seu impacto e atuação na comunidade e na rede local de saúde.

MÉTODOS

O Projeto Manto foi desenvolvido em Caruaru (PE), cidade de 350 mil habitantes, localizada a 130 km do Recife e que dispõe de 64 Unidades de Saúde da Família (USF), tendo sido implantado na USF Santa Rosa II. Tal cenário apresentava 4 mil usuários adscritos e dispunha de equipe composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, agente de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde (ACS), além de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) — este composto por profissional de educação física, fisioterapeuta, psicóloga e assistente social. Seu propósito foi misto, tanto em caráter de assistência aos pacientes e familiares quanto em caráter de educação aos profissionais de saúde envolvidos, com vistas à construção de competências em CP. Nesse momento, não se objetivou elaborar avaliação das ações e intervenções realizadas.

O Projeto foi implantado mediante o apoio do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru após uma demanda apresentada pela própria comunidade.

Em agosto de 2017, uma usuária apresentou-se ao médico da equipe com angústias relacionadas a diagnóstico sintomático recente, em serviço privado de saúde, de neoplasia de pâncreas em seu esposo. Agendou-se visita domiciliar para avaliação do paciente e identificou-se homem de 64 anos com história de síndrome consumptiva importante associada a síndrome colestatíca progressiva havia três meses, além de dor em abdome superior. Além disso, por motivo de ruídos de comunicação no processo de

investigação diagnóstica, havia intenso estresse familiar associado, expresso por esposa e dois filhos do casal e que caracterizava expressiva dor total diante da gravidade da doença do pai de família. Incertezas estavam na base da angústia vivida pelo sistema familiar perante a finitude de um ente querido.

A demanda expôs a equipe de saúde à reflexão sobre questões fundamentais para a assistência a esse sistema familiar, tais como: a especificidade do cuidado que aquele usuário demandava; o acolhimento a uma família em sofrimento, com atenção à sua história; o respeito à autonomia de uma pessoa na finitude e os caminhos para ofertar cuidado em saúde proporcional às necessidades, sem acréscimo de intervenções fúteis ou sofrimentos desnecessários.

A emergência de incertezas na assistência a essa família revelou a falta de preparo daquela equipe de saúde para cuidar de um sistema (paciente e entes queridos) em sofrimento por doença grave e incurável, que progredia para a morte. Em reuniões para a discussão de processo de trabalho, essa equipe avaliou que seria necessário ajustar suas práticas com vistas à oferta de cuidados de qualidade e de acolhimento aos processos de doença, perdas e finitude do sistema familiar em questão e outros existentes no território. Nessa conjuntura foi estruturado o Projeto Manto, com o objetivo de sensibilizar e capacitar a equipe de saúde da família em fundamentos dos CP, diante dos recursos que a APS e a rede de saúde local dispunham.

A escolha do nome foi inspirada da etimologia do termo “paliativo”, que vem do latim *pallium* e significa “manto” ou “cobertor”, elemento que era utilizado para proteger peregrinos das intempéries do caminho na época das cruzadas na Europa medieval. Tendo em vista que as informações coletadas para a elaboração deste trabalho envolveram apenas dados secundários (anotações da equipe multiprofissional), sem identificação das pessoas (pacientes) envolvidas, não se fez necessária a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos local.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como disparadoras do projeto, foram elencadas duas estratégias:

1. Educação continuada da equipe multiprofissional e
2. Assistência integral à saúde do paciente em CP.

Educação continuada da equipe multiprofissional

Diante da escassez de conhecimentos teóricos e práticos sobre os CP entre a equipe, constatou-se a necessidade de uma proposta pedagógica que pudesse estimular seus membros a adquirir saberes para as peculiaridades dessa prática. Para tanto, foi elaborado o Curso de Sensibilização sobre Cuidados Paliativos, estruturado em cinco encontros realizados na própria USF Santa Rosa II, com carga horária total de 20 horas de atividades teóricas e práticas, conforme descrito no Quadro 1, ao longo do primeiro semestre do ano de 2017.

Foi proposta uma metodologia que contemplou os conhecimentos prévios dos participantes ao mesmo tempo que agregou as diversas categorias profissionais presentes, respeitando a autonomia e a interprofissionalidade. Para tanto, optou-se pelas metodologias ativas de ensino-aprendizagem como estratégia para a construção de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) voltadas ao cuidado na finitude. No tocante às estratégias de aprendizagem adotadas, lançou-se mão de aprendizagem baseada em problemas (ABP), aprendizagem baseada em equipes (ABE), problematização, treinamentos de habilidades com o uso de *role-play* e aprendizagem colaborativa ao longo do cronograma de atividades.

Quadro 1. Cronograma do Curso de Sensibilização sobre os Cuidados Paliativos direcionado à equipe interdisciplinar de saúde do Projeto Manto de Assistência em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. Dados dos autores.

Tema central do encontro	Objetivos	Metodologia
Princípios do SUS, da APS e dos Cuidados Paliativos	Relembrar o local da APS e da ESF no SUS.	Oficina; Leitura crítica de narrativas e artigo científico.
Projeto Manto: a que se propõe?	Definir os objetivos principal e secundários do Projeto Manto	Aprendizagem baseada em equipes; Exposição dialogada; Oficina de compartilhamentos.
Qual o meu papel no Projeto Manto	Estabelecer os papéis de atuação técnica dos profissionais de saúde envolvidos	Aprendizagem baseada em equipes; Exposição dialogada.
Comunicação difícil em saúde	Definir diretrizes para a construção de uma comunicação empática, compassiva e não violenta para com o usuário, a comunidade e a equipe de saúde envolvidos em todo o processo de cuidado.	Aprendizagem baseada em equipes; Exposição dialogada; <i>Role playing.</i>
A morte e o morrer: humanismo e sensibilidades em saúde	Acolher as experiências de pessoas e a biografia dos profissionais envolvidos, criando estratégias de trabalho que contemplem a biografia de cada pessoa	Aprendizagem baseada em equipes; Cineclubes; Roda de conversas.

SUS: Sistema Único de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família.

O curso contou com a participação de três médicos, três enfermeiros, um odontólogo, quatro recepcionistas, duas técnicas em enfermagem, cinco estudantes de graduação em enfermagem e 14 agentes comunitários de saúde, totalizando 32 pessoas.

Assistência integral à saúde do paciente em cuidados paliativos

A atenção dos usuários incluídos no Projeto seguiu uma linha de cuidados desenhada pela equipe de saúde e que se iniciava pela captação realizada pelo médico e pelo agente comunitário de referência, ao longo do ano de 2017. Ressalte-se que um dos objetivos do segundo encontro do Curso de Sensibilização sobre os Cuidados Paliativos foi orientar os ACS quanto às indicações dos CP de modo a favorecer a identificação de usuários que poderiam se beneficiar com a inclusão no projeto.

No momento de cada captação, o paciente e sua família foram apresentados à proposta dos cuidados paliativos e às ações propostas pelo Projeto Manto, seguindo-se com as ações do projeto nos casos de concordância com a participação. Inicialmente foi aplicado um instrumento de anamnese que contemplou os domínios descritos no Quadro 2,¹³⁻²¹ em geral utilizando dois encontros pré-agendados de cerca de 50 min para sua consecução.

Uma vez incluídos no Projeto, os usuários e suas famílias foram convidados a participar do Grupo Terapêutico denominado “A Roda da Vida”, cujos encontros aconteceram uma vez a cada três semanas e contaram com a participação da equipe multiprofissional de saúde. Esse espaço foi inspirado nos princípios da Terapia Comunitária Integrativa e, com base em vivências profundas de diálogo e compartilhamento, temas como morte, dor e sofrimento foram discutidos, amparados em fraternidade e acolhimento coletivo. Os encontros duraram cerca de duas horas.

Quadro 2. Instrumento de anamnese desenvolvido para o Projeto Manto de Assistência em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. Dados dos autores.

Domínio	Dados em análise	Instrumento
Anamnese biográfica (conhecendo a pessoa)	Dados sociodemográficos	Questionário semiestruturado
	Estrutura da vida familiar	Genograma
	Contextos atual e remoto do sofrimento	Questionário semiestruturado
	Religiosidade	<i>Duke Religious Index (DUREL)</i> ¹³
	Espiritualidade	<i>Spirituality Self-Rating Scale (SSRS)</i> ¹⁴
Anamnese clínica (conhecendo a pessoa em sua experiência de adoecimento)	Histórico pessoal	Questionário semiestruturado
	Histórico familiar	Questionário semiestruturado
	Hábitos de vida	Questionário semiestruturado
	História da doença atual	Questionário semiestruturado
	Itinerário terapêutico	Questionário semiestruturado
	Funcionalidade	<i>Palliative Performance Scale (PPS)</i> ¹⁵ <i>Karnofsky Performance Status (KPS)</i> ¹⁶
	Desempenho e autonomia	Escala de Katz ¹⁷
	Sintomas estressores	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) ¹⁸
	Dor	Questionário Breve de Dor de McGill ¹⁹
	Cognição	Miniexame do estado mental
Humor	Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão reduzida ²⁰	
Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano	Dor total	Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM) ²¹
Plano conjunto de manejo de problemas		

Ademais, os usuários eram direcionados às consultas interprofissionais, compartilhadas pelo enfermeiro, pelo cirurgião-dentista e pela equipe do NASF. Tais consultas tinham como objetivo apresentar os novos usuários a toda a equipe e identificar demandas clínicas globais, complementando o Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM) e o plano conjunto de manejo de problemas (Figura 1).

Ao longo do segundo semestre de 2017, período de implantação da proposta, 12 usuários foram incluídos no Projeto. Suas idades variaram de 8 a 72 anos, com média de 52,3 anos. As patologias de base encontradas, que justificaram a assistência paliativa, estão descritas no Quadro 3. Alguns fatos foram pontuados pela equipe multiprofissional de saúde como sendo as principais barreiras para a efetivação do cuidado proposto. O primeiro diz respeito ao pobre diálogo com o nível especializado de atenção que compartilhava o cuidado desses usuários. Na maior parte das situações não havia compartilhamento de condutas (mudança de protocolo de quimioterapia, reestadiamentos, seguimento clínico com exames de imagem etc.) entre a equipe da atenção especializada e a equipe da APS responsáveis pela condução do usuário, sendo esse o principal veículo de informações.

O segundo refere-se ao difícil acesso a medicações essenciais para o tratamento da dor e outras condições comuns em CP. Ainda outro obstáculo resumia-se à indisponibilidade de declarações de óbito (DO) na unidade de saúde.

O Projeto utilizou a tensão gerada pela presença de uma unidade de cuidados (pessoa/família) em sofrimento intenso no território para provocar transformações na gestão do trabalho e da educação da

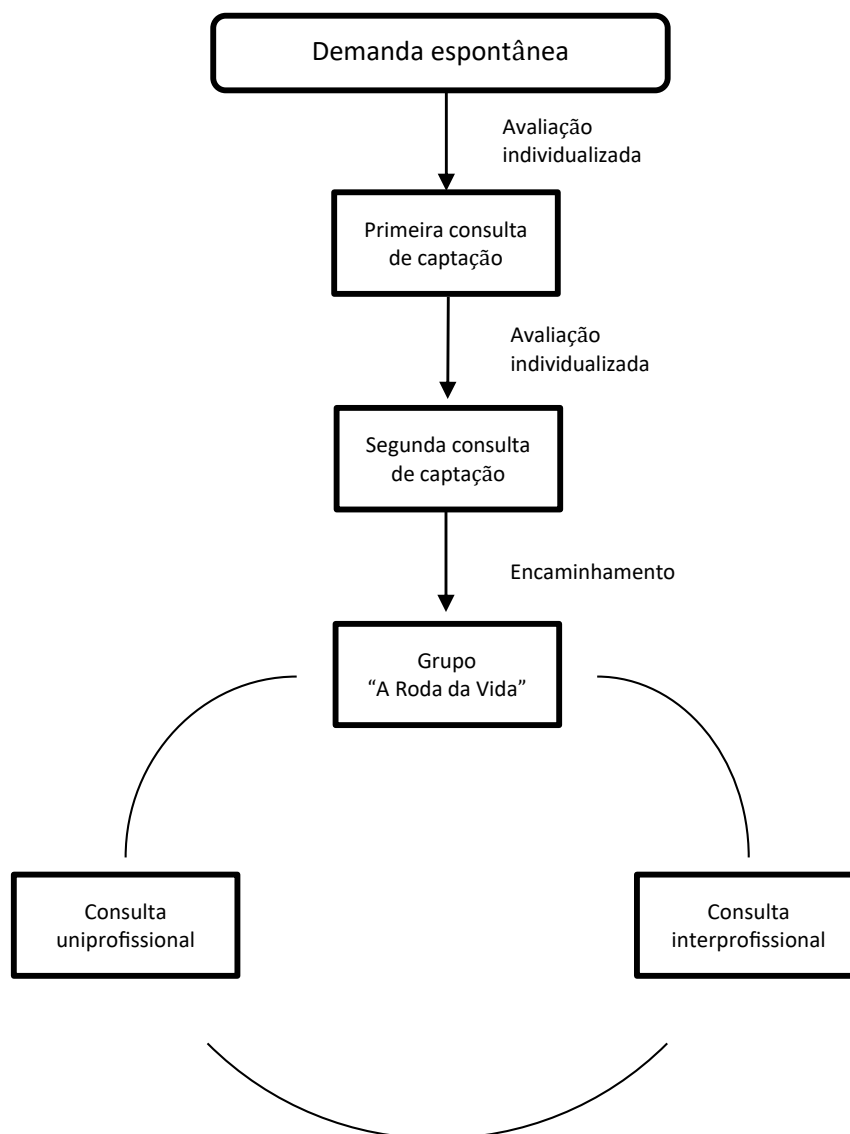


Figura 1. Fluxograma de execução do Projeto Manto de Assistência em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. Dados dos autores.

Quadro 3. Descrição das patologias de base encontradas nos usuários incluídos na fase de implantação do Projeto Manto de Assistência em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. Dados dos autores.

Patologia de base	Número de usuários
Neoplasia de pâncreas	1
Demência vascular	1
Demência de Alzheimer	1
Mieloma múltiplo	1
Esclerose múltipla	1
Infecção pelo HIV/AIDS	2
Encefalopatia crônica não progressiva	1
Neoplasia de mama	2
Neoplasia do colo do útero	1
Leucemia mieloide crônica	1

equipe, direcionando-a à aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados aos CP. Atuando em dois eixos considerados centrais para a referida transformação, quais sejam, a educação em saúde e a análise do processo de trabalho da equipe, o projeto permitiu a valorização da dimensão emocional no trabalho em saúde em uma cogestão das atividades, construindo pactos com tom afetivo, como defende Vasconcelos.²²

Outro aspecto ressaltado pelo conjunto das ações do Projeto foi a construção coletiva de uma visão de cuidado essencial conforme posto por Boff,²³ isto é, impregnando de cuidado todas as atividades, sejam direcionadas à unidade pessoa/família ou entre os próprios profissionais. Tal construção do sentido de cuidado na equipe é catalisadora do trabalho vivo em ato descrito por Merhy,²⁴ profundamente relacional e repleto de significado. Não obstante, o Projeto Manto estruturou um método de avaliação do paciente complexo, composto de instrumentos validados e recursos de abordagem familiar e compreensão global da pessoa, como genograma e DAM.

Além das contribuições nas dimensões da unidade pessoa/família e da equipe, a geração de uma nova forma de fazer saúde na ESF também cria tensões para a gestão local. Essa tensão foi exposta em dificuldades como acesso restrito a medicamentos especiais, como opioides para o controle da dor e laxativos para o tratamento da constipação, ambos sintomas comuns em CP; pouco diálogo e obtenção de contrarreferência da atenção de média e alta complexidades para a equipe da APS e indisponibilidade de DO para a referida equipe. Nessas situações, foram colocados em xeque princípios doutrinários do SUS,²⁵ como equidade na atenção à saúde e integralidade da assistência. Graças ao trabalho vivo que produziu e consolidou vínculos, a equipe e a comunidade assistida foram parceiras no diálogo com a gestão local com vistas à resolução dos imbróglios de forma sustentável para o sistema, resultando em conquistas como a disponibilização de DO na unidade sob responsabilidade do médico da equipe e a garantia de fluxo para a dispensação de medicamentos laxativos como bisacodil e lactulose na unidade.

Há que ser apontado o entrave burocrático determinado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica,²⁶ publicado pelo Ministério da Saúde em 2012 para ordenar o acesso a medicamentos como morfina, metadona, gabapentina e codeína por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Tendo em vista que o financiamento deste último é de responsabilidade dos estados, as respectivas secretarias de saúde restringem o acesso à medicação aos portadores de dois únicos códigos na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), R52.1 (i.e., dor crônica intratável) e R52.2 (i.e., outra dor crônica), com prescrição feita por unidades de saúde do SUS que “atendam à especialidade correspondente à patologia” referida. Assim, instala-se inconsistência em razão de interpretações confusas quanto a essa especialidade, podendo ser consideradas a anestesiologia, a reumatologia, a oncologia clínica ou a geriatria no estado de Pernambuco, excluindo-se a medicina de família e comunidade (MFC) desse rol. Levando em conta o papel central da MFC na gestão do cuidado da pessoa e as dificuldades relacionadas ao diálogo entre a APS e a atenção especializada e ao acesso a esta última, a referida inconsistência limita um melhor manejo de situações de dor crônica (frequentemente relacionadas ao câncer) na APS pelo médico de família e comunidade.

O Projeto Manto impactou a realidade de trabalho e cuidado de mais de uma equipe de saúde da família; promoveu e reforçou vínculos de unidades de cuidado pessoa/família com as equipes e consolidou-se como boa prática e experiência exitosa na APS, no SUS, desafiando a realidade do interior do Nordeste brasileiro em um contexto de crise econômica, fragilidade na formação de profissionais e na educação permanente de trabalhadores da saúde. Ressaltando-se o componente de trabalho em equipe interdisciplinar e comunitário desenvolvido ao longo de toda a iniciativa, novos estudos podem

considerar essa experiência como ponto de partida para a estruturação da oferta de cuidados paliativos na APS, especialmente com o estímulo e o fortalecimento de comunidades compassivas,^{27,28} capacitando pacientes, familiares e outros interessados para a atenção a pessoas com necessidades de CP. Ademais, essa experiência pode e deve ser replicada em outros contextos de APS com vistas ao aumento da oferta de CP nesses cenários. Adicionalmente, estudos podem avaliar as percepções dos usuários e dos profissionais sobre a proposta de cuidados, bem como o impacto dela na qualidade de vida dos pacientes e familiares.

AGRADECIMENTOS

A Zilda Cavalcanti, Mirella Rebello e Maria Goretti Maciel, médicas paliativistas, por serem mestras de trabalho e de vida.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÃO AOS AUTORES

AGCF: Administração do projeto; Investigação; Escrita – primeira redação; Validação.

AFS: Administração do projeto; Análise formal; Conceituação; Escrita – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Guarieto ME, Neri AL. Assistência ambulatorial ao idoso. Campinas: Editora Alínea; 2010.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(5):2297-305. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
3. World Health Organization. Noncommunicable Diseases. Country Profiles 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. [acessado em 1 nov. 2021]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf;jsessionid=A4A6C6CC74E46A810D3AE015EC9B9AE5?sequence=1
4. Malta DC, Moura L, Silva Junior JB. Epidemiologia das doenças crônicas não – transmissíveis no Brasil. In: Rouquaryol MZ, Gurgel M, eds. *Rouquaryol: Epidemiologia e Saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 273-96.
5. World Health Organization. Palliative Care. [acessado em 1 nov. 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
6. Arantes ACLQ. Indicações de cuidados paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p. 20-36. [acessado em 1 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-cuidados-paliativos.pdf>
7. The Economist. Intelligence Unit. The 2015 quality of death: ranking palliative care across the world. 2015. [acessado em 1 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%202015%20FINAL.pdf>.
8. Kovács MJ. Educação para a morte: temas e reflexões. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2008.
9. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.
10. Borgsteede SD, Deliens L, van der Wal G, Francke AL, Stalman WAB, van Eijk JTM. Interdisciplinary cooperation of GPs in palliative care at home: a nationwide survey in the Netherlands. *Scand J Prim Health Care* 2007;25(4):226-31. <https://doi.org/10.1080/02813430701706501>
11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. [acessado em 1 nov. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
12. 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* 2017;12(39):1-8. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1507](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1507)

13. Koenig HG, Parkerson GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry* 1997;154(6):885-6. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.885b>
14. Gonçalves AMS, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Rev Psiq Clín* 2009;36(1):10-5. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832009000100002>
15. Lau F, Downing GM, Lesperance M, Shaw J, Kuziemy C. Use of palliative performance scale in end-of-life prognostication. *J Palliat Med* 2006;9(5):1066-75. <http://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1066>
16. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM, ed. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press; 1949. p. 191-205.
17. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jakson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9. <http://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
18. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmer P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7(2):6-9. <https://doi.org/10.1177/082585979100700202>
19. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm. USP* 1996;30(3):473-83. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000300009>
20. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57(2-B):421-6. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
21. Saporetti LA, Andrade L, Sachs MFA, Guimarães TVV. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.
22. Vasconcelos EM. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: Vasconcelos EM, org. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 13-157.
23. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 1999.
24. Merhy EE, Onocho R. *Agir em saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
25. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 set 1990. [acessado em 1 nov. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 out. 2012. Seção I, p 54*. [acessado em 1 nov. 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-dor-cronica-2012.pdf>
27. Abel J, Kellehear A, Karapliagou A. Palliative care – the new essentials. *Ann Palliat Med* 2018;7(Suppl 2):S3-S14. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.03.04>
28. Vieira RR, Robortella AR, Souza AB, Kerr GS, Oliveira JAC. Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2017;11(38):1-7. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1281](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1281)