REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
RBMFC

www.rbmfc.org.br
ISSN 2179-7994

Relato de Experiência

Implantação de uma Rede Municipal de Atenção em Cuidados Paliativos

Implementation of a Municipal Palliative Care Network

Implementación de una Red Municipal de Cuidados Paliativos

Beatriz Zampar[1], Fernando Cesar Iwamoto Marcucci[2], Vânia Cristina da Silva Alcantara[3], Marina Gorgato de Carvalho[3], Franciane Fabiola Campos Sottile[4], Regina Melchior[1], Rosilene Aparecida Machado[3]

[1]Universidade Estadual de Londrina – Londrina (PR), Brasil.
[2]Hospital Dr. Anísio Figueiredo – Londrina (PR), Brasil.
[3]Secretaria Municipal de Saúde de Londrina – Londrina (PR), Brasil.
[4]Instituto Palliare Londrina – Londrina (PR), Brasil.

Resumo

Problema: Os Cuidados Paliativos (CP) são uma modalidade de assistência integral em saúde ofertada por uma equipe multiprofissional para a pessoa que lida com uma doença grave, ameaçadora da vida e que não responde ao tratamento modificador ou que apresenta sintomas complexos que comprometem a sua qualidade de vida e a da sua família. **Métodos:** Este estudo descreve a experiência de implantação de um Programa Municipal de Cuidados Paliativos em um município de grande porte, organizado como uma Rede de Atenção em Saúde (RAS) em CP, e apresenta as etapas realizadas para seu planejamento como política pública em saúde, as ações e os resultados alcançados. **Resultados:** As ações que foram aplicadas para organizar o acesso e a oferta de CP incluíram: 1) Realizar diagnóstico situacional, da demanda do suporte em CP no município e da forma de organização do trabalho em saúde na RAS; 2) Promover a capacitação de profissionais de saúde em CP; 3) Fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) para a orientação dos CP na rede de saúde; 4) Promover a integração entre serviços públicos de saúde que ofereciam CP; 5) Realizar ações para sensibilizar a comunidade em geral e estabelecer políticas públicas específicas para o desenvolvimento dos CP. Adotou-se a estratégia de criar um programa municipal de saúde com um grupo gestor de trabalho, com participação de serviços de todos os níveis de atenção, os quais já atendem pacientes com necessidade de receber CP. **Conclusão:** Conclui-se que a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia essencial para a integração e consolidação da Rede Municipal de Atenção em CP, com base nas necessidades de aperfeiçoamento do suporte em CP, focando nas diretrizes e nos objetivos do programa: oferecer cuidados paliativos de qualidade e conforto a pessoas e famílias que enfrentam doenças ameaçadoras da continuidade da vida, com suporte aos sofrimentos físicos, espirituais, sociais, familiares e emocionais.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Atenção à saúde; Educação continuada; Políticas de saúde.

Autor correspondente:
Beatriz Zampar.
E-mail: beatrizampar@gmail.com.
Fonte de financiamento:
não se aplica.
Parecer CEP:
não se aplica.
TCLE:
não se aplica.
Procedência:
não encomendado.
Editora Associada:
Monique Bourget
Avaliação por pares:
externa.
Recebido em: 19/04/2024.
Aprovado em: 17/05/2025.

Como citar: Zampar B, Marcucci FCI, Alcantara VCS, Carvalho MG, Sottile FFC, Melchior R, et al. Implantação de uma Rede Municipal de Atenção em Cuidados Paliativos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025; 20(47):4268. https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4268

CC BY

Abstract

Problem: Palliative Care (PC) is a comprehensive healthcare approach provided by a multidisciplinary team to individuals dealing with serious, life-threatening illnesses that no longer respond to curative treatments or who present complex symptoms that compromise their quality of life as well as that of their families. **Methods:** This study described the experience of implementing a Municipal Palliative Care Program in a large city, organized as a Palliative Care Health Care Network (*Rede de Atenção em Saúde* – RAS). It outlines the planning process involved in establishing it as a public health policy, along with the actions taken and the results achieved. **Results:** The actions adopted to organize the access to and the provision of PC included: 1) Performing a situational diagnosis and identifying the demand for PC support in the municipality and the way healthcare network was organized; 2) Promoting the training of healthcare professionals in PC; 3) Strengthening Primary Health Care (PHC) to guide PC in the health care network; 4) Promoting integration among public healthcare services that offered PC; 5) Carry out actions to raise community awareness and establish specific public policies for the development of PC. The strategy involved creating a municipal health program with a management working group comprising representatives from services at all levels of care, which already serve patients in need of PC. **Conclusions:** It is concluded that Permanent Health Education is an essential strategy for the integration and consolidation of the Municipal Palliative Care Network. This strategy is based on the need to improve PC support, focusing on the program's guidelines and objectives: to provide quality palliative care and comfort to individuals and families facing life-threatening illnesses, and to support physical, spiritual, social, family, and emotional suffering.

Keywords: Palliative care; Delivery of health care; Continuing education; Health policy.

Resumen

Problema: Los Cuidados Paliativos (CP) son una modalidad de atención en salud ofrecida por un equipo multidisciplinario a personas que enfrentan enfermedades graves, que amenazan la vida y no responden a tratamientos modificadores de la enfermedad, o presentan síntomas complejos que comprometen su calidad de vida, así como a sus familias. **Método:** Este estudio describe la experiencia de implementación de un Programa Municipal de CP en un municipio grande, organizado como Red de Atención a la Salud (RAS), presenta los pasos dados para su planificación como política de salud pública, las acciones y resultados alcanzados. **Resultados:** Las acciones que se aplicaron para organizar el acceso y oferta de CP incluyeron: 1) Realizar un diagnóstico situacional y de demanda de CP en el municipio y la forma en que se organiza el trabajo en la RAS; 2) Promover la formación de profesionales de salud en CP; 3) Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) para orientar los CP en la red de salud; 4) Promover integración entre servicios de salud pública que ofrecen CP; 5) Realizar acciones de sensibilización de la comunidad en general y establecer políticas públicas específicas para el desarrollo de los CP. La estrategia fue adoptada para crear un programa municipal de salud, con un grupo de gestión de trabajo con la participación de servicios de todos los niveles de atención, que ya atienden pacientes que necesitan recibir CP. **Conclusión:** Se concluye que la Educación Permanente en Salud es una estrategia esencial para integración y consolidación de la Red Municipal de Atención de CP, basada en las necesidades de mejorar el soporte de CP, centrándose en directrices y objetivos del programa: ofrecer CP de calidad y confort a personas y familias que enfrentan enfermedades que amenazan la continuidad de la vida, con apoyo al sufrimiento físico, espiritual, social, familiar y emocional.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Atención a la salud; Educación continua; Política de salud.

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são um componente essencial na promoção de um cuidado integral, ofertados por meio de uma abordagem ativa de suporte às pessoas que lidam com uma doença grave, ameaçadora da vida e que não responde ao tratamento modificador da doença ou com condição de saúde em que se tem sintomas ou sofrimento complexos que comprometem a qualidade de vida, com atenção aos aspectos físicos, sociais, espirituais e emocionais, providos por uma equipe multiprofissional. O acesso aos CP é desigual entre os países, e estima-se que cerca de 78% da população adulta que tem necessidade de receber essa forma de cuidado está em países de média e baixa renda.[1,2] A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os CP sejam integrados ao sistema de saúde com cobertura universal e enfatiza a importância da Atenção Primária para o acesso da população a essa abordagem.[3]

A adoção de políticas públicas específicas para a inserção dos cuidados paliativos é importante para estabelecer essa prática no planejamento e desenvolvimento de ações na saúde pública, dentro de uma

área de abrangência. Ela define o comprometimento social e político a ser expresso na governança e no planejamento público; fundamenta as bases legais para os processos de trabalho, a regulamentação da prática e o fomento das ações; e garante os direitos de acesso e oferta de serviços e suporte relacionados.[1]

No Brasil, em 2018 foi aprovada a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 41, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP no âmbito do SUS.[4] Alguns estados também possuem leis estaduais que visam estabelecer a inserção dos CP na saúde pública.[5,6] Segundo o Atlas Global de Cuidados Paliativos, o Brasil apresentou um avanço nessa área nos últimos anos, com aumento do número de serviços que ofertam CP, mas estes serviços não são integrados ao sistema de saúde e não estão disponíveis para toda a população.[2] Em 07 de Maio de 2024 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.681/2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 e institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP).[7] Ainda é necessário explorar como os CP podem ser aplicados nos serviços vinculados ao SUS e como integrá-los na rede de atenção à saúde, com ênfase na Atenção Primária, desenvolver diretrizes e apresentar experiências para a ampla difusão dessa política no sistema de saúde.

Assim, este estudo tem o objetivo de descrever a experiência da implantação de um Programa Municipal de Cuidados Paliativos em um município de grande porte, organizado como uma Rede de Atenção em Saúde (RAS) em Cuidados Paliativos e fundamentado por políticas públicas, bem como apresentar as ações e os resultados alcançados e discutir as possibilidades de integração dos CP no contexto do SUS.

O Brasil passa por um processo de transição epidemiológica, com um aumento da mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), associado ao envelhecimento e estilo de vida da população, mas ainda apresenta regiões com elevada proporção de mortes por condições agudas e causas externas. Estima-se que, nas próximas décadas, haverá um aumento da proporção de idosos dos atuais 9,2% (2018) para até 25,5% em 2060, com maior proporção nas regiões do Sul do país, o que aumenta a demanda por uma assistência em saúde contínua ao longo da trajetória de vida das pessoas.[8]

Assim, verifica-se uma demanda crescente por assistência em CP, especialmente nos países de baixa e média renda.[1,2] No entanto, ao avaliar o acesso e a qualidade da assistência no cuidado em fim de vida em 81 países, o Brasil foi classificado na 79ª posição, o que evidencia uma grave deficiência na oferta de assistência em CP e no cuidado ao final da vida. Esses dados são reforçados pelo *Quality of Death Index*, elaborado pela *Economist Intelligence Unit* e publicado pela *Lyon Foundation*, que traz uma análise comparativa global sobre a qualidade da morte.[9] No relatório de 2015, que considerou cinco indicadores nacionais de qualidade da assistência — como disponibilidade de serviços de CP, políticas públicas, recursos humanos e acesso a opioides — o Brasil ocupou a 42ª posição entre 80 países, desempenho ainda insatisfatório, mas que refletia uma avaliação baseada em critérios objetivos relacionados à estrutura do sistema de saúde dos países. Já na edição mais recente, publicada em 2022, a metodologia adotada foi distinta, baseando-se na consulta a especialistas nacionais, e foram considerados indicadores em cinco categorias: ambiente do cuidado em saúde geral e em cuidados paliativos, recursos humanos, acessibilidade do cuidado, qualidade do cuidado e engajamento da comunidade. Essa metodologia resultou na piora da avaliação do Brasil para a 79ª posição entre 81 países e reforça a importância de se compreender a composição dos indicadores utilizados, pois estes impactam diretamente a leitura crítica dos resultados. Diante disso, percebe-se que ainda há significativas limitações para a inserção e o acesso ao suporte em CP, especialmente no âmbito do setor público.

No Sistema Único de Saúde (SUS), as RAS são as principais diretrizes para a organização dos serviços e fluxos do cuidado, com o objetivo de ofertar uma atenção à saúde com equidade e integrar os sistemas e serviços de saúde, baseado na avaliação das tecnologias em saúde e em evidências, como empoderamento dos cidadãos. Neste arranjo organizacional, a APS tem o papel de centralizar a organização do cuidado, e, para os usuários com necessidade de receber CP, ela pode atuar no suporte do cuidado biopsicossocial, integrado ao contexto de vida do indivíduo e da família, e possibilitar o acesso a uma assistência interprofissional.[10]

No entanto, as diretrizes de implantação dos CP como política pública ainda necessitam ser desenvolvidas, com definição de suas práticas e formas de organização do acesso e da oferta dos CP nas RAS. Também são escassos os estudos e a exploração dessa prática na literatura para estabelecer essa abordagem de forma ampla no contexto do SUS. Assim, este relato de experiência descreve as etapas de criação de um programa municipal de cuidados paliativos, em um município de grande porte, com a implantação de uma rede de atenção em CP, em diversos níveis de atenção, tendo como elemento central e de coordenação do cuidado a APS.

MÉTODOS

O modelo de desenvolvimento de CP integrado na saúde pública, conforme adotado pela OMS, considera os seguintes componentes essenciais para sua efetivação:

1. Políticas de saúde relacionadas aos CP;
2. Envolvimento de pessoas e comunidades nesse contexto;
3. Pesquisa na área;
4. Acesso e uso de medicação essencial;
5. Educação e treinamento na área; e
6. Provisão de serviços de cuidados paliativos integrados nos sistema de saúde.[1]

Assim, com base nesta proposta, realizou-se as intervenções nos diferentes campos de desenvolvimento para implantar e organizar uma RAS em CP como política pública em um município de grande porte, no interior do Paraná, que já possuía histórico de ações relacionadas ao tema.[11]

Assim, realiza-se o relato de experiência do desenvolvimento da RAS, na forma de um programa de saúde em CP e instituído por lei municipal,[12] desenvolvido na cidade de Londrina (Paraná), no período de 2021 a 2024.

As ações foram aplicadas para organizar a oferta de CP, incluindo:

1. Realizar um diagnóstico situacional, da demanda do suporte em CP no município e da forma de organização do trabalho na RAS;
2. Promover a capacitação de profissionais de saúde em CP;
3. Fortalecer a APS para a orientação do CP na RAS;
4. Promover a integração entre serviços de saúde que ofereciam atendimento de pacientes com necessidade de CP;
5. Sensibilizar a comunidade e estabelecer políticas públicas específicas para o desenvolvimento dos CP.

RESULTADOS

Dividiu-se a experiência nos seguintes momentos (Figura 1):

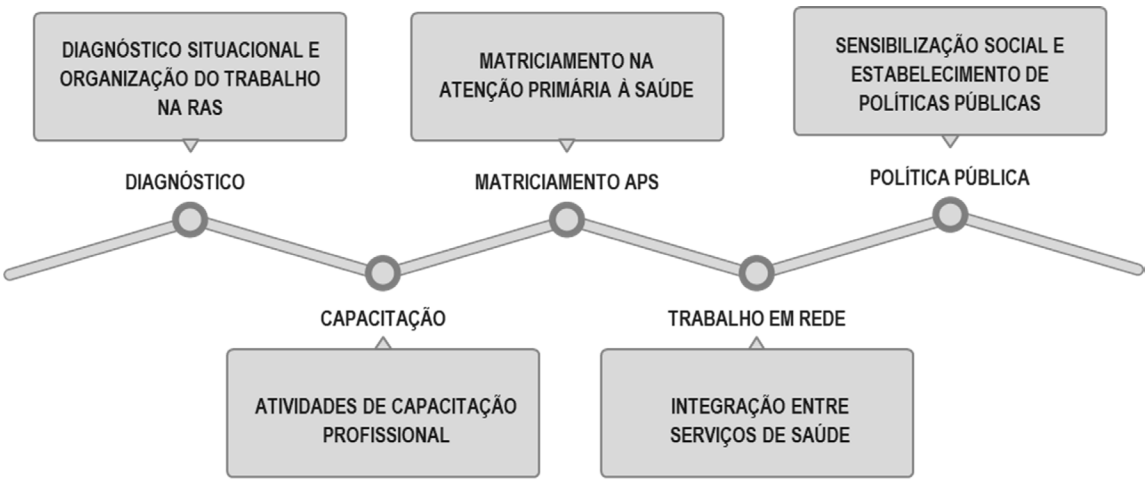
1. Diagnóstico situacional e organização do trabalho na RAS;
2. Atividades de capacitação profissional;
3. Matriciamento na APS;
4. Integração entre serviços de saúde; e
5. Sensibilização social e estabelecimento de políticas públicas.

Esses momentos são apresentados separadamente, para fins descritivos, mas, na prática, estes ocorreram de forma concomitante para que as ações contribuíssem entre si de forma integrada e para que os resultados fossem alcançados.

Diagnóstico situacional e organização do trabalho na Rede de Atenção em Saúde

Como ações preliminares, para a realização do diagnóstico situacional, identificaram-se profissionais e serviços que apresentavam interesse na promoção e no desenvolvimento dos CP no município. Inicialmente, foram realizados contatos individuais com cada um deles e organizado um grupo voluntário e informal de representantes que apresentaram aos gestores municipais de saúde a contextualização dos fundamentos e das demandas de suporte em CP na rede de saúde, por meio de reuniões e ações de sensibilização com coordenadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços vinculados à gestão municipal. Em adição, a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Autarquia Municipal de Saúde fez um levantamento, por meio de questionário online, de servidores da saúde que tinham formação (de curso básico a pós-graduação) em CP, e identificou-se menos de 10 profissionais com alguma formação, de um total de cerca de 3.000 servidores, o que evidenciou a necessidade de ações de sensibilização e capacitação ampla dos profissionais atuantes na rede de saúde.

Foi observado que, além de poucos profissionais capacitados em cuidados paliativos, havia grande desinformação em relação aos conceitos, princípios e indicações dessa abordagem. Tal fato também



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.
Figura 1. Momentos de implantação do Programa Municipal de Cuidados Paliativos de Londrina (PR), Brasil.

foi verificado em estudos prévios.[13] Além disso, se identificou que, na Atenção Primária, algumas ações paliativas já eram realizadas, como o apoio de projetos da residência em Medicina de Família e Comunidade, disponível em algumas UBS. Em relação aos hospitais, foram identificadas cinco instituições vinculadas ao SUS que ofereciam algum serviço ou suporte em CP, e destas, apenas um serviço oncológico apresentava atendimento de maior nível de complexidade em CP, com disposição de ambulatório, internação hospitalar e atendimento domiciliar especializado. Os demais serviços hospitalares dispunham de equipe consultiva ou de internação de nível de complexidade intermediária, restritas a pacientes com comprometimento funcional avançado e fase final de vida.

O município já possuía Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com alguns profissionais capacitados nessa área, mas sem uma equipe exclusiva e direcionada a pessoas elegíveis aos cuidados paliativos. Além disso, foi observado que os profissionais da rede de saúde tinham pouco conhecimento sobre as potencialidades das outras equipes, havia pouca comunicação e, consequentemente, descontinuidade do cuidado desses pacientes ao transitar por diferentes serviços de saúde. Assim, reconhecendo a necessidade de um trabalho integrado na rede de saúde, para a organização estratégica das ações foram realizados a sensibilização e o recrutamento dos atores envolvidos no projeto de intervenção composto por representantes da gestão municipal, profissionais das equipes básicas e multiprofissionais da APS, do programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), dos serviços hospitalares e dos serviços de urgência e emergência. Além disso, foi criado um grupo de trabalho intersetorial e interprofissional, com o objetivo de desenvolver e planejar o Programa Municipal de Cuidados Paliativos.

Atividades de capacitação profissional

A demanda por uma abordagem específica, como é necessário para os cuidados paliativos, impõe a necessidade de capacitar os profissionais para a ampliação da resolutividade e da qualificação na atuação nessa área.[13,14] Os profissionais envolvidos no cuidado no fim da vida devem ser capazes de associar os conhecimentos técnicos com as realidades e as necessidades dos indivíduos e familiares nesse momento de maior sensibilidade física e emocional associados ao tema da morte e do morrer. Tais questões exigem a habilidade de lidar com relações humanas complexas, muitas vezes negligenciadas na formação profissional.[15]

Assim, numa primeira etapa, foi realizado um treinamento com um grupo experimental de profissionais de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), com a realização de sessões de apresentação de conteúdo teórico relacionado aos CP e discussão de casos clínicos, por meio da metodologia ECHO (*Extension for Community Healthcare Outcomes*), com parceria de um serviço de referência em CP. Essa iniciativa oferece o acesso direto de profissionais da APS a profissionais especializados, com ações de aprendizado e discussão de casos práticos no contexto real.[16]

Em uma etapa seguinte, foram oferecidos cursos de capacitação técnica básica em CP, com participação e integração de profissionais das equipes da APS, de serviços hospitalares, de atenção domiciliar, de urgência e emergência e de instituições de longa permanência vinculados à gestão pública. Como acréscimo das ações educativas, os programas de residência multiprofissional em Saúde da Família e em Medicina da Família e Comunidade foram envolvidos em ações práticas e de suporte para a capacitação profissional.

Buscou-se adotar nas atividades educativas a apresentação dos conhecimentos teóricos agregados à reflexão prática das equipes para a construção dos saberes sobre o tema, considerando que as demandas dos pacientes elegíveis para CP já fazem parte do contexto de atuação dos serviços de saúde,

nos diferentes níveis de complexidade. Considerou-se a importância de agregar profissionais de diversas profissões e serviços de saúde para ofertar um cuidado integral, longitudinal e ampliado dentro da rede de saúde.[17] A gestão municipal disponibilizou a estrutura de departamentos de educação profissional para organização logística, acesso de plataforma virtual para módulos online e certificação dos participantes.

No curso de capacitação básica, participaram 555 inscritos de diversas categorias profissionais, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, profissionais de educação física, agentes comunitários de saúde, administrativos, entre outros. Em questionário avaliativo, de 315 pessoas que responderam, quando questionadas, sobre a aplicabilidade dos conhecimentos na prática, 59,4% deram nota 5 de 5, seguidas de 28,9% com nota 4 de 5 e 10,7% com nota 3 de 5.

Matriciamento na Atenção Primária á Saúde

Para a identificação de pacientes elegíveis pelas equipes de ESF, orientou-se o uso da ferramenta de triagem *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT-BR), na versão em português brasileiro, associada à avaliação de funcionalidade pela Escala de Performance Paliativa (PPS). Para o plano de cuidados, optou-se por utilizar o Diagrama de Avaliação Multidimensional (DAM) para elaborar uma atenção integral nas múltiplas dimensões associadas à abordagem em CP.

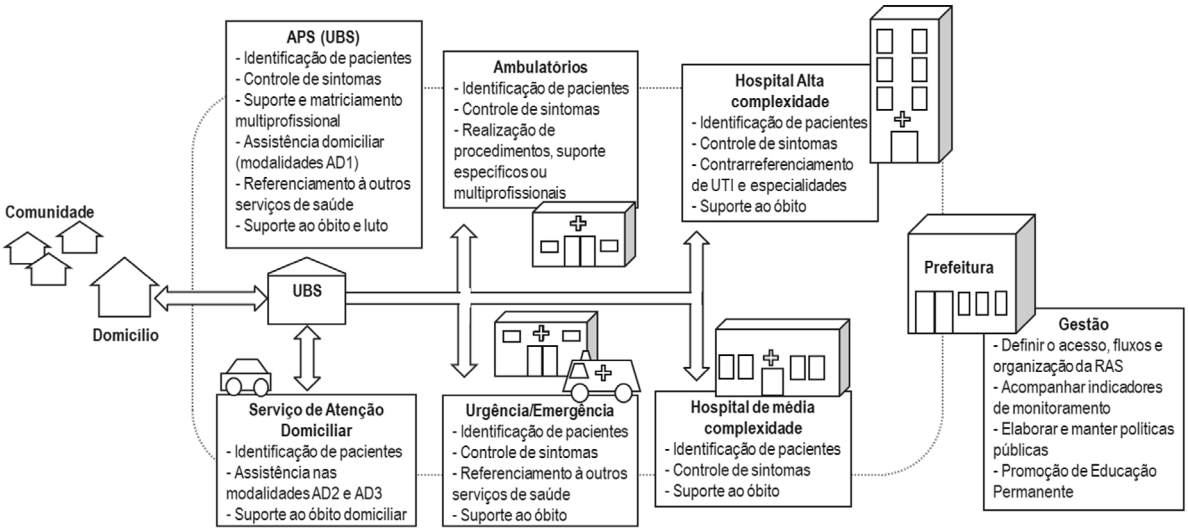
Após o curso de capacitação básica, iniciou-se uma ação de matriciamento com as equipes de saúde da família da APS em pequenos grupos nas 54 UBS, com participação de mais de 300 pessoas. Foi definido um cronograma de encontros para a discussão de casos na APS. Em cada encontro, a equipe, formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, apresentou um caso de sua área em que são aplicadas as ferramentas específicas de avaliação (SPCIT e PPS). Foi elaborado o DAM com a contribuição de todos os presentes, além da discussão de temas pertinentes, como o manejo de sintomas com foco na dor, cuidado com o cuidador, respeito ao sagrado de cada um, espiritualidade, nutrição e hidratação no fim da vida e demais assuntos pertinentes a cada caso, bem como a necessidade de que cada profissional olhe para a sua própria história ressignificando o que for necessário para ofertar um cuidado integral e individual.

Entre outras ferramentas, adotou-se um grupo de comunicação eletrônica para orientar o matriciamento em CP na APS para facilitar a comunicação, trocar experiências, encaminhar informativos e esclarecer dúvidas das equipes. Também foi criado um e-mail específico para receber a contrarreferência de casos de paciente elegíveis para cuidados paliativos, inicialmente daqueles atendidos em hospitais secundários do município. Os dados foram monitorados entre o período de outubro de 2022 e março de 2023, e foram referenciados 103 pacientes para a continuidade dos cuidados pelas equipes das UBS.

Considera-se que a abordagem multiprofissional é fundamental para o desenvolvimento dos CP. Também foram realizadas oficinas temáticas com as equipes de ESF, multiprofissionais e de saúde bucal, com o objetivo de elaborar, juntos, planos de cuidado individualizados, ampliar o conhecimento e a integração do suporte oferecido e discutir os desafios das diferentes categorias profissionais. Para os profissionais farmacêuticos, discutiu-se os desafios para a incorporação de medicamentos para controle de sintomas, como ampliar o acesso a opioides e gestão com equidade dos recursos disponíveis nas unidades. Para o suporte de nutricionista, revisou-se o protocolo de fornecimento de dietas para usuários elegíveis a cuidados paliativos. Para a psicologia, discutiu-se a organização de apoio matricial para o suporte ao luto, comunicação de notícias difíceis e abordagem familiar.[17]

Integração entre serviços de saúde

Para organizar a integração entre os diferentes serviços de saúde, definir os processos de trabalho e estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência, estabeleceu-se um Grupo de Trabalho (GT) do Programa Municipal de CP, com participação de representantes de diferentes serviços de saúde e de todos os níveis de atenção (APS, hospitais de média e alta complexidade, serviços de urgência e emergência, serviço de atenção domiciliar e gestão), conforme ilustrado na Figura 2.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.
Figura 2. Modelo de fluxo e serviços de uma Rede de Atenção em Cuidados Paliativos.

Para os serviços de gestão municipal foram realizadas oficinas e reuniões com as equipes com o objetivo de orientar os conceitos fundamentais do CP, aprofundamento teórico e estudos de casos, controle de sintomas e cuidados de final de vida, com SAD (com 3 equipes multiprofissionais) e serviços de urgência e emergência (117 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores de ambulância e assistentes sociais), incluindo duas UPAs municipais, Pronto Atendimentos Adultos e Infantil, Central de Regulação e equipes do SAMU.

Também foram uniformizados instrumentos e informativos com orientação do fluxo de pacientes acompanhado por serviços que oferecem a abordagem em CP para estabelecer referência e contrarreferência entre os pontos da rede, visando à melhora da comunicação e longitudinalidade do cuidado aos usuários.

Inicialmente, três serviços hospitalares gerais e públicos foram vinculados ao programa municipal (dois de média e um de alta complexidade), os quais delimitaram leitos exclusivos para pacientes com necessidade de CP.[18] Devido à demanda interna desses serviços, como prioridade, definiu-se como pacientes elegíveis aqueles com SPICT positivo em dois ou mais itens e PPS menor ou igual a 40. Também foi elaborada e emitida uma carteira de identificação que é acompanhada por equipes de CP, a qual, em caso de intercorrências clínicas, orienta o fluxo de encaminhamento do SAMU para o mesmo hospital, visando a continuidade do cuidado, estabelecimento de vínculo com a equipe, suporte continuado para a família e agilização do fluxo. Esses serviços fazem a contrarreferência de alta com o SAD ou com a UBS, por carta de encaminhamento e e-mail específico, e são comunicados à UBS da área de abrangência para verificar a necessidade de suporte ao luto.

O município também já possuía um serviço de referência em oncologia, com uma unidade de internação exclusiva e especializada em CP, com oferta de atendimento ambulatorial e domiciliar específico para os casos com câncer.

Para a política pública em CP, a APS deve ter protagonismo como coordenadora do cuidado por conhecer melhor o contexto de vida do paciente e de seus familiares, oferecer um acompanhamento longitudinal e identificação precoce da necessidade de CP. Numa análise dos pacientes referenciados dos hospitais para as UBSs, verificou-se que 99% deles já eram acompanhados e conhecidos pelas equipes de ESF, em maioria composta por idosos frágeis, com idade acima dos 70 anos e com doenças crônicas em fase avançada.

No entanto, ainda é necessário avançar na integração e no preparo de serviços de saúde para a oferta de ações paliativas em ambulatórios de especialidades (ex.: cardiologia, pneumologia, nefrologia, neurologia, geriatria etc.) e Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI), que são serviços que frequentemente lidam com pessoas com necessidade de receber cuidados paliativos, para que possam identificar essas necessidades e oferecer suporte conforme o campo de atuação.

Sensibilização social e estabelecimento de políticas públicas

Foram realizadas ações de sensibilização com a comunidade para o esclarecimento sobre a área e promoção do envolvimento social. Entre ações, estão: elaboração de folder explicativo ao público geral, participação de colaboradores em programas de rádio, televisão e transmissões pela internet.

Foram realizados eventos de promoção do tema, como do Dia Mundial de Cuidado Paliativo, comemorado todo segundo sábado do mês de outubro, e eventos científicos (simpósios, palestras etc.), com instituições colaboradoras. Também foram identificadas organizações sociais que atuam na área social e de saúde, o que possibilitou a organização de oferta de doação ou cessão de equipamentos necessários para o cuidado domiciliar (cama hospitalar com colchão, cadeira de banho com rodas, suporte de soro, escadinha, mesinha de apoio a refeições, colchão de ar) a usuários que estejam sob cuidados paliativos e em situação de vulnerabilidade social, com o intuito de melhorar a qualidade de vida deles e de suas famílias, uma vez que podem promover conforto e dignidade a eles.

Para a gestão pública, estabeleceu-se uma cooperação para a elaboração de um projeto de lei municipal para fundamentar a prática e definir a criação do Programa Municipal de CP.[12] Para o estabelecimento de políticas públicas duradouras é necessário instituir regulamentações e marcos legais para fundamentar o planejamento e a prática. Uma legislação municipal específica consagra o direito de acesso aos cuidados paliativos nos serviços de saúde do município, em todos os níveis de atenção à saúde, e visa instituir a forma de aplicação dessa abordagem.

No Brasil, um importante marco legal foi a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 41, de 2018, que estabeleceu diretrizes para a organização dos CP no SUS[4], e, no Paraná, a Lei Estadual nº 20.091, de 2019, sobre a instituição dos preceitos e fundamentos dos CP no estado.[5] Também há projetos de lei no âmbito federal em trâmite. Em 2024, foi estabelecida a PNCP, pelo Ministério da Saúde, que atendeu a demanda de propostas apresentadas por entidades representativas nas Conferências de Saúde, em 2023.[7]

A PNCP visa inserir e ampliar o acesso à assistência em CP no SUS, com ênfase na APS, no apoio matricial e na articulação dos serviços na Rede de Atenção à Saúde. Assim, acredita-se que este relato de experiência servirá como subsídio para a organização dessa rede, no contexto dos municípios brasileiros. Também está prevista a oferta de apoio financeiro de entes municipais e estaduais para o cadastro de Equipes Matriciais e Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos (EMCP e EACP, respectivamente), como composição mínima de profissionais de medicina, serviço social, psicologia, enfermagem e técnico de enfermagem.[7]

A criação de um Programa Municipal de Cuidados Paliativos centrado na prevenção e no alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, busca organizar o acesso e a prática do CP na rede de saúde. No projeto de lei municipal apresentado buscou-se assegurar a prestação dos cuidados paliativos; ampliar a progressiva do acesso e do investimento em recursos materiais e humano; garantir a qualidade da assistência em cuidados paliativos por meio do acompanhamento de indicadores de qualidade e de desempenho; e esclarecer e promover a formação de profissionais por meio de educação permanente. O projeto foi apresentado pelo poder executivo municipal e aprovado pela Câmara de Vereadores em 17 de abril de 2023, na forma da na Lei nº 13.567, criando o Programa Municipal de Cuidados Paliativos.[12]

Como perspectiva futura espera-se elaborar um Linha-Guia Municipal de Cuidado Paliativo, estabelecer Protocolos Clínicos de Controle de Sintomas na Urgência e Emergência, em particular para agilizar e ampliar o acesso a medicação analgésica, como opioides, e o suporte adequado no processo de morte em todos os pontos de atenção. Também se buscará a realização de pesquisas para a identificação das barreiras e dos resultados a serem alcançados, bem como a integração dessa experiência local com a PNCP, como forma de potencializar seu alcance e sua continuidade.

Ainda são muitos os desafios para a inserção do CP na rede de saúde, como a necessidade de fomento específico, a ampliação do acesso a medicação analgésica com agilidade, a composição multiprofissional de equipes e a inclusão da abordagem dos CP na formação dos profissionais de saúde. Faz-se necessário avançar e manter os fluxos de encaminhamento de paciente entre os serviços de saúde de forma ágil, segura e confortável ao paciente e à sua família. Também é necessária a realização de pesquisas para fundamentar a prática dos CP no SUS, a inclusão do tema na formação universitária para sensibilizar e capacitar a comunidade acadêmica e a posterior disseminação do conhecimento para a população.

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia essencial para a integração e consolidação da Rede de Atenção em Cuidado Paliativo no município, tendo por base as necessidades de aperfeiçoamento dos serviços, focando nas diretrizes e nos objetivos do programa: oferecer cuidado e conforto a pessoas e famílias que enfrentam doenças ameaçadoras da continuidade da vida, por uma equipe multiprofissional, e suporte aos sofrimentos físicos, espirituais, sociais, familiares e emocionais.

Este relato visa contribuir, nesse contexto, ao descrever a possibilidade de aplicação dos CP na RAS considerando a estrutura e a organização do SUS em um município de grande porte e de gestão plena em saúde. Adotou-se a estratégia de criar um programa municipal de saúde, com um grupo gestor de trabalho com participação de serviços de todos os níveis de atenção, os quais já atendem pacientes com necessidade de receber CP. Com o estabelecimento da PNCP espera-se que essa iniciativa relatada seja potencializada com a disponibilidade de fomento para a formação de equipes próprias de CP e sensibilização de gestores públicos e da sociedade para a manutenção do programa e ampliação do acesso aos CP de qualidade no SUS.

AGRADECIMENTOS

Aos usuários, profissionais, gestores, instituições e serviços envolvidos na experiência.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

BZ: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Investigação, Metodologia. FCIM: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Investigação, Metodologia. VCSA: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Investigação, Metodologia. MGC: Análise formal, Administração do projeto, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Investigação, Metodologia. FFCS: Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão, Visualização. RM: Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão, Visualização. RAM: Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care. 2nd ed. Connor SR, editor. Londres: WPCA; 2020.
3. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course [Internet]. 2014 [acessado em 10 dez. 2023]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. 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) [Internet]. 2018 [acessado em 08 nov. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2041%2C%20DE%2031,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).
5. Matos TB, Campos TSP, Oliveira AA, Barreto PPM, Boery RNSO, Vilela ABA, et al. State legislation on palliative care: convergent and divergent points. Lat Am J Palliat Care. 2023;1:eLAPC20220011. https://doi.org/10.59679/LAPC20220011
6. Paraná. Lei nº 20.091, de 19 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a instituição dos preceitos e fundamentos dos Cuidados Paliativos no Paraná [Internet]. Curitiba: DIOE; 2019 [acessado em 08 nov. 2023]. Disponível em: http://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=52075&tipo=L&tplei=0
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2024 [acessado em 30 jun. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população: Brasil e unidades da federação - revisão 2018 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acessado em 01 dez. 2023]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf
9. Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, Baid D, Singh R, Bhatnagar S, et al. Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. J Pain Symptom Manage. 2022;63(4):e419-e429. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Marcucci FCI, Rodrigues LF, Almeida MJ. A necessidade de fortalecer os cuidados paliativos na saúde pública do Paraná. R Saúde Públ Paraná. 2020;3(1):18-30. https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3n1p18
12. Londrina. Lei nº 13.567, de 17 de abril de 2023. Institui o Programa Municipal de Cuidados Paliativos e dá outras providências [Internet]. Londrina: Jornal Oficial; 2023 [acessado em 01 dez. 2023]. Disponível em: https://www1.cml.pr.gov.br/leis/2023/web/LE135672023consol.html
13. Correia MC. Conhecimento sobre cuidados paliativos dos profissionais de saúde. Uma revisão sistemática [dissertação de mestrado]. Covilhã (Portugal): Universidade Beira Interior; 2022 [acessado em 01 dez. 2023]. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/12863/1/8875_19105.pdf
14. Li WW, Chhabra J, Singh S. Palliative care education and its effectiveness: a systematic review. Public Health. 2021;194:96-108. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.033
15. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados Paliativos: prática dos médicos da Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Educ Med. 2019;43(3):62-72. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172
16. Arora S, Brakey HR, Jones JL, Hood N, Fuents JE, Cirolia L. Project ECHO for cancer care: a scoping review of provider outcome evaluations. J Canc Educ. 2023;38(5):1509-21. https://doi.org/10.1007/s13187-023-02292-x
17. Ryan K, Connolly M, Charnley K, Ainscough A, Crinion J, Hayden C, et al. Palliative care competence framework. Dublin: Health Service Executive; 2014.
18. Marcucci FCI, Mendes IAS, Dias CAM, Nascimento LA, Pedri WLN. Implantação de uma Unidade de Cuidados Paliativos num hospital de média complexidade de Londrina – PR: relato de experiência. Espac Saude. 2017;18(1):196-203. https://doi.org/10.22421/15177130-2017v18n1p196