



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

DÁRIA CRISTINA SAMPAIO FAUSTINO PEREIRA

**USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PORTADORES DE  
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
ELEGÍVEIS AO CUIDADO PALIATIVO**

---

Londrina  
2025

DÁRIA CRISTINA SAMPAIO FAUSTINO PEREIRA

**USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PORTADORES DE  
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
ELEGÍVEIS AO CUIDADO PALIATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador(a): Prof(a). PhD. Eleine Aparecida Penha Martins.

Londrina  
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Pereira, Daria.

Usuários da Atenção Primária portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis Elegíveis ao Cuidado Paliativo / Daria Pereira. - Londrina, 2025.  
107 f. : il.

Orientador: Eleine Aparecida Penha Martins.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

Inclui bibliografia.

1. Retornos à UBS e Elegibilidade para Cuidados Paliativos: Um Estudo utilizando o SPICT em Usuários Idosos com DCNT. - Tese. 2. SPICT Positivo em Idosos: Sinal de Alerta para Declínio Funcional e Necessidade de Cuidados Paliativos. - Tese. I. Penha Martins, Eleine Aparecida . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

DÁRIA CRISTINA SAMPAIO FAUSTINO PEREIRA

**USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PORTADORES DE  
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
ELEGÍVEIS AO CUIDADO PALIATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador(a): Prof(a). PhD. Eleine Aparecida  
Penha Martins  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof(a). PhD. Maria Gefe da Rosa Mesquita  
Universidade Federal do Rio de Janeiro -  
UFRJ

---

Prof(a). Dr. Carlos Takeo Okamura  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 16 de abril de 2025.

**GRUPO DE PESQUISA:** Núcleo de Estudos em Espiritualidade, Práticas Integrativas e Complementares e Cuidado Paliativo (NEEPICS).

## **Agradecimentos**

Primeiramente, agradeço a Deus, cuja graça e força me sustentaram ao longo desta jornada acadêmica.

À minha família, pilar essencial na minha caminhada, expresso minha profunda gratidão. Em especial, à minha mãe, Irene, por seu amor incondicional e apoio constante; ao meu esposo, por sua paciência e encorajamento; e à minha irmã, por estar ao meu lado em todos os momentos.

De maneira especial, expresso minha sincera gratidão à minha orientadora, cuja sabedoria, paciência e incentivo foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação, pela oportunidade e aprendizado enriquecedor. Aos professores que contribuíram para minha formação, agradeço pela dedicação e orientação.

À minha banca examinadora, pelo tempo dedicado, pelas contribuições valiosas e pelo olhar crítico que ajudaram a enriquecer e aprimorar este estudo.

À Unidade Básica de Saúde Ernani, que possibilitou a realização desta pesquisa, e a todos os profissionais que colaboraram de maneira direta ou indireta para que este trabalho fosse concretizado.

À minha amiga e coordenadora, Marisa, por sua parceria, apoio e confiança ao longo de todo esse processo, tornando o caminho mais leve e enriquecedor.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte desta trajetória, meu sincero agradecimento.

PEREIRA, Dária Cristina Sampaio Faustino. **Usuários da atenção primária portadores de doenças crônicas não transmissíveis elegíveis ao cuidado paliativo**. 2025. 107 f. Exame de Qualificação de Mestrado/ Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

## RESUMO

**Introdução:** A atenção primária em saúde (APS) é a porta de entrada dos pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo o cenário ideal para a caracterização desses pacientes e a elegibilidade ao cuidado paliativo como uma medida de controle de sintomas e qualidade de vida. **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo identificar a prevalência e classificar o risco dos pacientes idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis elegíveis aos cuidados paliativos, por meio da aplicação das escalas Palliative Performance Scale (PPS) e Ferramenta de Indicadores de Cuidados de Suporte e Cuidados Paliativos (SPICT-BR™), vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). **Método:** Estudo transversal, de natureza quantitativa e caráter analítico, realizado a partir de dados secundários extraídos do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A população deste estudo é composta por pessoas de 60 anos ou mais que foram atendidas na UBS em um período de 30 dias. Foram caracterizados os motivos pelos quais os usuários retornaram à UBS durante o período do estudo, identificadas as DCNT e seus fatores de risco, além de verificada a elegibilidade ou não aos cuidados paliativos por meio das ferramentas SPICT-BR™ e PPS. **Resultados:** Foram avaliados 1701 atendimentos, que representam 288 pessoas, das quais 269 apresentam uma ou mais patologias do grupo das DCNT. Dezenove pessoas não apresentam comorbidades. Em relação à elegibilidade ao cuidado paliativo, 53,9% pessoas são elegíveis, das quais 22,9% apresentam pontuação de PPS menor ou igual a 50%. **Conclusão:** Conclui-se que existe uma prevalência de pessoas portadoras de DCNT elegíveis ao cuidado paliativo atendidas na atenção primária em saúde. Este fato aponta a importância do acompanhamento precoce da equipe de cuidados paliativos.

**Descritores:** doenças crônicas não transmissíveis; cuidado paliativo; atenção primária à saúde.

PEREIRA, Dária Cristina Sampaio Faustino. **Primary care users with noncommunicable chronic diseases eligible for palliative care**. 2025. 107 p. Exame de Qualificação de Mestrado/ Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

## ABSTRACT

**Introduction:** Primary Health Care (PHC) serves as the gateway for patients with NonCommunicable Chronic Diseases (NCDs), making it the ideal setting for characterizing these patients and determining their eligibility for palliative care as a means of symptom management and quality-of-life improvement. **Objective:** This study aims to identify the prevalence and classify the risk of patients with NCDs eligible for palliative care through the application of the Palliative Performance Scale (PPS) and the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™), in connection with a Basic Health Unit (BHU). **Method:** This is a cross-sectional, quantitative, and analytical study based on secondary data extracted from the Citizen's Electronic Medical Record System (PEC). The study population consists of individuals aged 60 years or older who were treated at the BHU within a 30-day period. The reasons for patient return visits to the BHU during the study period were characterized, NCDs and their risk factors were identified, and the eligibility for palliative care was assessed using the SPICT-BR™ and PPS tools. **Results:** A total of 1,701 consultations were evaluated, corresponding to 288 individuals, of whom 269 presented one or more NCDs. Nineteen individuals did not present any comorbidities. Regarding eligibility for palliative care, 145 individuals were identified as eligible, with 22.9% scoring 50% or lower on the PPS. **Conclusion:** It is concluded that there is a prevalence of individuals with NCDs eligible for palliative care being treated in primary health care.

**Keywords:** non-communicable chronic diseases; palliative care; primary health care.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Caracterização Sociodemográfica .....	48
<b>TABELA 2</b> – Motivo de procura dos usuários pelos serviços da ubS.....	49
<b>TABELA 3</b> – Caracterização Das Comorbidades Identificadas Nos Usuários da UBS .....	50
<b>tabela 4</b> - Caracterização dos idosos atendidos na ubS, quanto aos aspectos sociodemográficos, morbidades, SPICT e PPS.....	69
<b>TABELA 5</b> – Caracterização dos dados relacionados ao SPICT POSITIVO.....	72
<b>TABELA 6</b> – Escala De Desempenho Paliativo (PPS) .....	76
<b>TABELA 7</b> - Demonstrativo do resultado da prevalência entre as escalas PPS E SPICT em usuários acima de 60 anos entre PPS menor $\leq$ 50% com SPICT positivo e SPICT negativo e PPS >50% com SPICT positivo e SPICT negativo. .....	77

## LISTA DE SIGLAS

ACNP	<i>American College of Neuropsychopharmacology</i>
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AES	Atenção Especializada em Saúde
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Inter Gestores Tripartite
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COVID-19	Doença do Coronavírus
CP	Cuidado Paliativo
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
DC	Doença Crônica
DCNT	Doenças Crônicas Não transmissíveis
DCNT	Doenças Crônico-Degenerativas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Melito
DMII	Diabetes Melito tipo II
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer

IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAE	Programa Mais Acesso a Especialista
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
PNH	Política Nacional de Humanização
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SARS-CoV-2	Corona Vírus Disease
SPICT	<i>Supportive and Palliative Care Indications Tool</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
UBS	Unidades Básicas de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>17</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>18</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>19</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>20</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>22</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
2.1 TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM .....	19
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>24</b>
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE .....	24
3.2 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....	31
3.3 DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL .....	33
3.4 CUIDADOS PALIATIVOS .....	34
<b>4 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>39</b>
<b>5 OBJETIVO</b> .....	<b>40</b>
5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	40
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>41</b>
6.1 ESTUDO 1 .....	41
6.1.1 Retornos à UBS e Elegibilidade para Cuidados Paliativos: Um Estudo utilizando o SPICT em Usuários Idosos com DCNT. ....	41
6.1.2 Resumo .....	41
6.1.3 Introdução .....	42
6.1.4 Objetivo .....	44
6.1.5 Método .....	45
6.1.6 Resultados .....	48
6.1.7 Discussão.....	54
6.1.8 Considerações finais.....	60
6.1.9 Referências .....	61
6.2 ESTUDO 2 .....	63

6.2.1	<b>SPICT Positivo em Idosos: Sinal de Alerta para Declínio Funcional e Necessidade de Cuidados Paliativos.</b>	63
6.2.2	Resumo	63
6.2.3	Introdução	63
6.2.4	Objetivo	66
6.2.5	Método	66
6.2.6	Resultados	69
6.2.7	Discussão	78
6.2.8	Considerações finais	84
6.2.9	Referências	87
7	<b>CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO</b>	<b>89</b>
8	<b>RECURSOS</b>	<b>90</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE A INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO PACIENTE</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>96</b>
	<b>ANEXO A INSTRUMENTO SPICT-BR</b>	<b>97</b>
	<b>ANEXO B <i>PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE – PPS</i></b>	<b>98</b>
	<b>ANEXO C TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO</b>	<b>99</b>
	<b>ANEXO D AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA DE PESQUISA</b>	<b>101</b>
	<b>GRÁFICO 1</b> Relação Das Demais Doenças Crônicas Não Transmissíveis Identificadas Nos Usuários De Uma Ubs.	53
	<b>GRÁFICO 2-</b> Indicadores De Piora De Saúde Nos Usuários Idosos Atendidos Na Ubs	71
	<b>GRÁFICO 3 -</b> Indicadores De Piora Nos Usuários Idosos Atendidos Na UBS.	72

## INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica vivenciada pelo Brasil nos últimos anos trouxe desafios sem precedentes para o sistema de saúde. O envelhecimento populacional, combinado com a elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), configura uma verdadeira crise silenciosa que afeta milhões de indivíduos e exige respostas eficazes (Silva, Fonseca, *et al.*, 2022).

Frente a este cenário, marcado pelas transformações demográficas e epidemiológicas, a atenção integral à saúde, o cuidado paliativo e a organização da rede assistencial emergem como pilares fundamentais para enfrentar as complexidades impostas por essa realidade. No Brasil, cerca de 625 mil pessoas necessitam de cuidados paliativos, evidenciando a demanda crescente por uma assistência que promova o alívio de sintomas, o controle da dor e o suporte emocional. Reconhecer os impactos físicos, psicológicos e sociais dessas condições é essencial para transformar as diretrizes de cuidado, garantindo uma abordagem centrada no paciente e integrada aos princípios da humanização (Brasil, 2024).

Ao longo dos anos, a pirâmide etária sofreu alterações significativas. O estreitamento da base ocorreu devido à redução das taxas de natalidade no Brasil, o que modificou o perfil demográfico e epidemiológico das doenças (Brasil, 2023a). Conseqüentemente, o envelhecimento da população está associado a uma elevada incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), caracterizadas por condições multifatoriais e de longa duração, relacionadas à deterioração progressiva da saúde clínica e da qualidade de vida dos indivíduos, com impactos físicos, psicológicos e sociais (Rodrigues *et al.*, 2021).

Essas doenças configuram as principais causas de morbimortalidade e incapacidade, sendo responsáveis por 75% das mortes no Brasil e 74% dos óbitos globais, sobretudo em regiões de baixa renda (WHO, 2018; OMS, 2022).

Além do impacto sobre a saúde e o bem-estar, Estudos acerca das principais DCNT indicam que essas condições estão associadas a fatores de risco modificáveis, como o consumo excessivo de tabaco e álcool, a adoção de uma alimentação inadequada e o sedentarismo, fatores que contribuem para o desenvolvimento das doenças (Devi *et al.*, 2020).

As consequências das DCNT na população brasileira refletem sua complexidade na assistência à saúde, gerando desafios para os diferentes níveis de atenção. Embora exista um compromisso global para reduzir a mortalidade prematura relacionada às DCNT, o avanço tem sido lento, especialmente nos países de baixa e média renda. Essa situação reforça a necessidade de reformular o modelo atual de cuidados (Viante *et al.*, 2020; Devi *et al.*, 2020).

Nesse contexto, um número crescente de indivíduos é indicado para receber Cuidado Paliativo (CP), entendido como: cuidado holístico que aborda o processo de adoecimento e os sofrimentos graves relacionados à saúde, especialmente em situações de finitude, com o propósito de melhorar a qualidade de vida de pacientes, familiares e cuidadores (OMS, 2020). Os cuidados paliativos têm como objetivo proporcionar condições que favoreçam a manutenção da qualidade de vida, o controle de sintomas e a promoção da autonomia dos pacientes (Marques; Cordeiro, 2021).

A OMS (2020) e a ACNP (2021) reconhecem os cuidados paliativos como um componente essencial da Cobertura Universal de Saúde, compromisso assumido por países individualmente, sob a liderança das Nações Unidas e da OMS, com vistas a ser atingido globalmente até 2030.

Ao contrário do que se acredita comumente, a maioria dos pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos não é composta por pacientes oncológicos. A maior parte dos adultos (estima-se que em torno de 66%) que necessita desse tipo de cuidado apresenta doenças crônicas, como doenças cardiovasculares (38%), doenças pulmonares crônicas (10%), síndrome da imunodeficiência adquirida (5,7%), diabetes (4,6%), além de doenças neurológicas, como síndromes demenciais, doenças renais crônicas, doença hepática crônica, entre outras (Rogers *et al.*, 2017; Marques; Cordeiro, 2021).

Com base na pactuação realizada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que estabelece diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos (CP), à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha o papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, sendo responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras da vida em seu território adstrito (Brasil, 2018).

A rede de saúde tem papel fundamental na classificação de risco, na UBS é essencial para identificar e priorizar em especial o atendimento dos idosos mais vulneráveis, garantindo cuidados imediatos e necessários. Isso permite um planejamento individualizado de cuidados paliativos, otimiza o uso dos recursos e melhora a eficiência do sistema de saúde, além de facilitar o monitoramento contínuo dos pacientes e ajustes nos cuidados prestados (MALTA, MALTA, *et al.*, 2023).

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) acompanham os pacientes em todas as fases da vida. Nenhum outro serviço de saúde oferece apoio aos pacientes e às suas famílias com tanto conhecimento do contexto em que estão inseridos quanto as unidades de APS. A Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo assistencial da APS, é orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilita a organização de atividades que busquem o enfrentamento e a resolução de problemas na unidade de saúde e no domicílio, promovendo assistência integral e contínua a todos os membros da família (Brasil, 2020).

O cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica em conjunto com a equipe multiprofissional, antigo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), conta com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção e é elegível para qualquer pessoa acometida por uma doença que ameace a vida. Ambas as áreas compartilham uma abordagem integral centrada no paciente. Entre os usuários de uma unidade básica de saúde, é comum que muitos sejam portadores de doenças crônicas, evidenciando a necessidade urgente da classificação de risco dos pacientes para elegibilidade aos CP na APS. Contudo, essa abordagem é pouco descrita na literatura brasileira.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM

No campo científico, o modelo teórico é entendido como um conjunto de hipóteses dedutivas que possibilita representar a vida real e, a partir dessa representação, traçar estratégias baseadas na interação entre teoria e empirismo, com o objetivo de confirmar ou refutar a prática ideal para o desenvolvimento do fazer científico. O modelo teórico constitui a base da ciência, norteador das ações práticas e sustentando os estudos (Souza Filho; Struchiner, 2021).

As teorias de enfermagem desempenham um papel essencial na prática diária da enfermagem, ao fortalecerem a profissão como ciência, para além de sua caracterização como arte (Lima *et al.*, 2023). Portanto para ao desenvolvimento desta dissertação adota-se como referencial teórico a Teoria Humanística de Enfermagem das autoras Josephine Paterson e Loretta Zderad, enfermeiras pesquisadoras voltadas para as áreas de Saúde Pública e Saúde Mental.

A Teoria Humanística de Enfermagem foi criada em 1976 por enfermeiras das áreas de Saúde Pública e Saúde Mental, em um contexto de reflexão social sobre a forma e o conteúdo da existência humana centrada no diálogo. Essa teoria classifica o ser humano como capaz de compreender a si mesmo e de se posicionar no mundo em sociedade, fundamentando-se na fenomenologia e no existencialismo (Paterson; Zderad, 1979; Rocha, 2021).

O existencialismo é integrado à teoria como uma experiência que possibilita o conhecimento humano do ser e da qualidade do ser do outro. A teoria reconhece o indivíduo como um ser dotado de autopercepção, com liberdade e responsabilidade para tomar decisões, enquanto compartilha experiências com os outros. Nesse processo, o indivíduo busca sua própria identidade ao mesmo tempo em que se relaciona com outras pessoas, em uma tentativa de atribuir sentido à vida (Lélis; Pagliuca; Cardoso, 2014; Costa *et al.*, 2022).

A teoria humanística de enfermagem desenvolvida por Paterson e Zderad baseia-se em uma perspectiva fenomenológica, priorizando a relação interpessoal entre o enfermeiro e o paciente como elemento central do cuidado. Essa

abordagem teórica possui quatro fases fundamentais que orientam a prática de enfermagem de maneira humanística e holística (COSTA *et al.*; 2022)

A primeira fase, denominada preparação, envolve o processo de reflexão do enfermeiro, que considera suas próprias experiências, valores e predisposições antes do encontro com o paciente. Trata-se de um momento essencial de introspecção e abertura para compreender as singularidades do indivíduo que será cuidado. Na segunda fase, o encontro, ocorre a interação entre o enfermeiro e o paciente como seres humanos únicos, estabelecendo um vínculo pautado no diálogo genuíno e na troca de perspectivas. Essa etapa destaca a necessidade de uma abordagem empática e respeitosa, buscando compreender as experiências e sentimentos do paciente. (LIMA, ROCHA, *et al.*, 2023)

A terceira fase, chamada de confirmação, caracteriza-se pela validação das experiências do paciente por parte do enfermeiro, promovendo um ambiente de aceitação, respeito mútuo e segurança emocional. Essa validação é essencial para fortalecer a relação terapêutica e construir um cuidado centrado nas necessidades reais do paciente. Por fim, a última fase, conclusão, engloba a reflexão sobre os impactos do cuidado oferecido e o aprendizado obtido a partir da interação entre enfermeiro e paciente. Nesse momento, o enfermeiro avalia tanto os resultados práticos do cuidado quanto os aspectos humanos envolvidos no processo (LÉLIS *et al.*, 2014, COSTA *et al.*, 2022).

Essa teoria destaca a importância de reconhecer o paciente como um ser humano único, valorizando suas experiências subjetivas e necessidades individuais. Ao integrar os princípios humanísticos na prática de enfermagem, promove-se um cuidado mais completo e alinhado aos valores éticos e sociais da profissão. Assim, Paterson e Zderad oferecem uma abordagem que transcende as técnicas e procedimentos, enfatizando a profundidade e a essência da relação humana no contexto da saúde. (SCHAFER, LUNARDI, *et al.*, 2020)

A teoria Humanística proposta por PATERSON, ZEDERAD (1979), tem como conceitos principais: saúde, doença, enfermagem, ser humano e ambiente. Valoriza a saúde de forma necessária para a sobrevivência, como um estado de bem-estar que vai além da ausência de doença em um processo contínuo de crescimento e desenvolvimento humano. Considera que a doença pode vir a limitar o

potencial humano, mas também é uma oportunidade de crescimento e transformação pessoal. (LÉLIS et al., 2014, COSTA et al., 2022).

Já o ser humano é visto como um ser capaz, aberto a opções, possuidor de valores e em constante processo de escolha e relacionamento com os outros. A individualidade e a autenticidade são centrais nessa perspectiva. Em relação ao ambiente entende como um fator importante que influencia a saúde e o bem-estar do indivíduo, mas é visto através da experiência e percepção do próprio paciente. (SCHAFER, LUNARDI, *et al.*, 2020).

Para as teóricas, PATERSON e ZEDERAD (1979), a enfermagem, enfatiza a relação intersubjetiva entre enfermeiro e paciente, onde ambas as partes influenciam o resultado das intervenções de enfermagem. A enfermagem é vista como um diálogo vivo e uma interação genuína. (PATERSON e ZEDERAD, 1979, ROCHA, 2021).

O vínculo profissional entre paciente e enfermeiro deve ser construído de forma objetiva, clara, transparente, respeitosa e empática. O enfermeiro precisa manter-se receptivo às experiências relatadas pelo paciente, adotando uma escuta ativa e compreendendo as vivências de forma integral e personalizada. Cada paciente é reconhecido como um ser singular, possuidor de vivências únicas, desejos e sonhos que devem ser respeitados, mesmo em situações de grave enfermidade ou durante o processo de morte e morrer (Schafer *et al.*, 2020).

Segundo Paterson e Zderad (1979), a enfermagem humanística ocorre por meio de um ato humano. O fenômeno da vivência cotidiana na enfermagem contribui para o desenvolvimento integrado da teoria e da prática, a partir das experiências acumuladas individualmente por profissional.

Esse processo proporciona a unificação entre conceitualização e vivência pessoal, permitindo que a enfermagem, embasada na experiência existencial, enxergue a pessoa como um ser único, formado por seus compromissos e em constante estado de “vir a ser”. Essa prática fundamenta-se nas vivências do enfermeiro que cuida e do ser humano que recebe o cuidado (Lima *et al.*, 2023).

Os elementos do marco de referência da Teoria Humanística de Enfermagem, voltados para a promoção da saúde, englobam o ser humano (paciente e equipe de saúde), unidos em uma transação intersubjetiva (ser e vir a ser), com um objetivo definido (promover o bem-estar e o estar melhor). Esse processo ocorre no

tempo e no espaço, e a equipe de saúde deve considerar o modo como o paciente vive e seu universo de experiências para atender adequadamente às suas necessidades (Costa *et al.*, 2022).

A perspectiva do Modelo de Cuidados Paliativos (CP) emergiu do movimento iniciado por Cecily Saunders, em 1984, com o desenvolvimento da medicina paliativa. Esse modelo introduziu um conceito de cuidar focado no cuidado em si e não na cura definitiva do paciente, abordando o indivíduo e suas dores, em vez de restringir-se exclusivamente à doença (Lima *et al.*, 2023).

A medicina paliativa associa a essa filosofia o trabalho de uma equipe de saúde multidisciplinar, dedicada ao controle da dor e ao alívio de sintomas. Essa abordagem contempla as necessidades físicas, biológicas, psicológicas e sociais, e se expande também para as dimensões espirituais, crenças, cultura e valores do paciente (Costa *et al.*, 2022).

Esses elementos, discutidos em conjunto com o doente, determinam como ele prefere ser tratado. Além disso, a filosofia da medicina paliativa busca envolver todos os cuidadores no objetivo comum de oferecer qualidade de vida e assistência integral (Silva; Rocha, 2021).

Os Cuidados Paliativos destacam o ethos, entendido como o conjunto de sentimentos vivenciados e expressados pelo ser humano, em contraposição ao método tradicional que prioriza a cura. O ethos da cura inclui virtudes como a perseverança e a determinação em enfrentar desafios. Já o ethos da atenção tem como valor central a dignidade humana, enfatizando a solidariedade entre paciente e profissionais de saúde, e culmina em uma compaixão efetiva (Schafer *et al.*, 2020).

O paciente é compreendido em sua individualidade e, por meio de sua autonomia, participa da condução da doença, do ambiente em que está inserido e do desenrolar de sua trajetória, da mesma forma como gerenciou sua vida. Esse processo de cuidado é compartilhado entre o paciente, os profissionais de saúde e os familiares (Costa *et al.*, 2022).

Dessa forma, a compreensão da Teoria Humanística e dos Cuidados Paliativos revela que ambos têm como objetivo ampliar o cuidado para além da cura de doenças, promovendo o respeito à autonomia do paciente e uma abordagem global e humanizada (Lima *et al.*, 2023).

A atuação da enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS) em cuidados paliativos e no manejo de doenças crônicas é essencial para garantir um cuidado integral e humanizado, quando fundamentada nas terias de enfermagem é possível vislumbrar na Teoria Humanística da Enfermagem, proposta por Paterson e Zderad, 1979, que enfatiza a relação interpessoal entre o enfermeiro e o paciente, valorizando a singularidade de cada indivíduo e promovendo um cuidado centrado na pessoa, suas necessidades e experiências (Schafer *et al.*, 2020).

Na APS, a enfermeira desempenha um papel crucial ao realizar a estratificação de risco, identificar precocemente as necessidades dos pacientes e planejar intervenções que promovam a qualidade de vida. No contexto dos cuidados paliativos, essa atuação inclui o alívio de sintomas, o controle da dor e o suporte emocional, tanto para os pacientes quanto para suas famílias. A Teoria Humanística reforça a importância de enxergar o paciente como um ser único, com valores, crenças e histórias que devem ser respeitados e integrados ao cuidado (Silva; Rocha, 2021).

Além disso, a enfermeira na APS atua como coordenadora do cuidado, articulando os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e promovendo a continuidade do cuidado. Essa abordagem é especialmente relevante para pacientes com doenças crônicas, que demandam acompanhamento longitudinal e intervenções personalizadas. A prática humanística da enfermagem na APS também inclui a educação em saúde, capacitando os pacientes e suas famílias para o autocuidado e fortalecendo sua autonomia (Lima *et al.*, 2023).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Historicamente o modelo de APS foi discutido pela primeira vez durante a Conferência de Alma-Ata, em 1978. Esse evento, em conjunto com o Movimento Sanitarista das décadas de 1970 e 1980, teve um papel fundamental na formulação do modelo de saúde pública adotado pelo Brasil até a atualidade. Esses movimentos tinham como objetivo fornecer cuidados essenciais embasados em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas. (Lamare e Sobreira, 2024)

A proposta defendia que esses cuidados fossem acessíveis e estivessem localizados o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, assegurando o alcance universal para os indivíduos, promovendo a participação ativa da comunidade. Além disso, priorizavam regiões de alta vulnerabilidade social, influenciando diretamente a abordagem abrangente da APS no Brasil (Brasil, 1990).

Nos anos 1980, transformações demográficas e econômicas, associadas ao aumento das despesas e à ineficiência dos serviços, impulsionaram reformas nos sistemas de saúde das Américas e da União Europeia. Essas reformas buscaram otimizar custos e melhorar a coordenação e a qualidade dos serviços de APS. Na América do Sul, tais reformas ocorreram paralelamente aos processos de democratização, reforçando a saúde como um direito humano fundamental e promovendo a equidade social e a participação democrática, com maior foco na família, na comunidade e em políticas intersetoriais (Timmermann; Brites; Rocha, 2023).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), anteriormente denominada Atenção Básica, destaca-se como um componente essencial e fundamental para garantir o acesso integral à saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), o modelo de APS ganhou maior abrangência e estruturação.

Essa lei estabelece, em todo o território nacional, a regulamentação das ações e serviços de saúde, realizados de forma isolada ou integrada, de maneira

permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. O texto considera a saúde um direito fundamental do ser humano, atribuindo ao Estado a responsabilidade de oferecer as condições indispensáveis para o pleno exercício desse direito. Complementarmente, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, aborda a participação da comunidade na gestão do SUS e regula as transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados à saúde (Almeida; Medina, 2021).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, foi inicialmente implementado em áreas vulneráveis do Nordeste brasileiro, com o objetivo principal de reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade infantil na região, esse programa introduziu os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como profissionais essenciais da APS (Brasil, 1991).

Por residirem no território onde atuam, os ACS facilitam a comunicação com líderes comunitários e estabelecem vínculos de confiança. O conhecimento aprofundado das necessidades da comunidade e das áreas de maior vulnerabilidade torna os ACS figuras centrais na execução das ações de atenção básica no Brasil. A regulamentação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde foi consolidada em 2006. (Timmermann; Brites; Rocha, 2023).

Já em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), o Governo Federal buscou consolidar a Atenção Básica como uma estratégia prioritária para reorganizar e reorientar as práticas profissionais nesse nível de assistência. As equipes do PSF eram formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com o território e a área de abrangência. Esses profissionais receberam capacitações que incluíam práticas voltadas à promoção da saúde, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (Brasil, 1997).

O PSF marcou uma mudança significativa ao implementar um modelo de atenção primária mais abrangente, trazendo avanços no acesso aos serviços de saúde básica e na organização do sistema. Essa inovação resultou na criação de equipes multiprofissionais territoriais que desenvolvem ações continuadas e intersetoriais, com foco na família como unidade central, em vez de priorizar apenas o indivíduo. A abordagem considera o contexto local e promove a participação da

comunidade, alinhando-se aos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade (Almeida; Medina, 2021).

A Equipe Saúde da Família (ESF) é um componente essencial da APS, que visa reorganizar a atenção básica, com a oferta de uma assistência longitudinal, com destaque para a proximidade cultural e geográfica com os usuários, contribuindo para o cuidado ser humanizado. Nesse modelo, respeita-se a autonomia do paciente e de sua família, além de evitar a fragmentação do indivíduo. Adicionalmente, a APS se beneficia da possibilidade de prestar cuidado domiciliar, promovendo maior proximidade do paciente com sua família e garantindo assistência integral e contínua (Radbruch *et al.*, 2020; Marcucci; Rodrigues; Almeida, 2020).

É relevante destacar que a composição da equipe ESF permaneceu semelhante à da equipe PSF. Entretanto, com as capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde (MS), os profissionais de nível superior passaram a ser preferencialmente formados em saúde da família, e a carga horária dos profissionais foi fixada em 40 horas semanais (Timmermann; Brites; Rocha, 2023).

Em continuidade histórica, em 2003, ao instituir a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde estabeleceu a humanização como eixo norteador das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS, reconhecendo, ainda, o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de APS (Brasil, 2003).

Dada a necessidade de capacitação e preparo dos profissionais atuantes na APS, surge a Clínica Ampliada, como uma diretriz da PNH voltada para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica consiste em aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, bem como da família e da comunidade. Essa diretriz também busca integrar trabalhadores da saúde de diferentes áreas na prestação de cuidado e tratamento individualizados, fortalecendo o vínculo com o usuário (Brasil, 2003).

A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados nesse modelo, e o diagnóstico é construído não apenas a partir do conhecimento dos especialistas clínicos, mas também com base na história de quem está sendo cuidado. Nesse sentido, a humanização na saúde intensificou as discussões relacionadas à comunicação, reconhecendo o acesso à informação como um elemento essencial

para o usuário poder tomar decisões fundamentadas, sobre sua saúde. (Aranovich; Krieger, 2020).

Ainda em 2003, o Ministério da Saúde (MS) designou um grupo para desenvolver a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e inseriu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2008).

A PNAB foi aprovada pela Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006 e inclui novas especialidades no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído pela Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008). Essa portaria estabeleceu diretrizes para a organização e o funcionamento do NASF, reforçando a importância da atuação multiprofissional e interdisciplinar no fortalecimento da APS. Profissionais como assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, professor de educação física, psicólogo e terapeuta ocupacional foram integrados às equipes de saúde (Brasil, 2008).

Por meio da PNAB 2006 o Programa Saúde da Família passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF) e, atualmente, Equipe Saúde da Família (Pinto *et al.*, 2011; Silva; Rocha, 2021)

Em 2013, foi implementada no Brasil a Atenção Domiciliar (AD) como uma política pública destinada a minimizar o tempo de internação hospitalar de pacientes que apresentavam diagnósticos frequentemente irreversíveis e exigiam cuidados prolongados. Tal medida visava também atender à problemática relacionada à permanência hospitalar de pacientes acamados, cujas famílias muitas vezes não dispunham de infraestrutura ou condições para acolhê-los em ambiente domiciliar. Ressalta-se que grande parte desses pacientes possuía condições clínicas crônicas que poderiam ser manejadas em suas residências, desde que recebessem assistência especializada aliada ao suporte familiar (Brasil, 2013).

Nesse contexto, a Atenção Domiciliar foi fortalecida pela criação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), conforme estabelecido pela Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013. Este serviço configura-se como uma estratégia de cuidado que privilegia o ambiente domiciliar, promovendo a humanização do atendimento à saúde, o uso mais racional de recursos e a melhoria da qualidade de vida de pacientes e cuidadores. Assim, o SAD representa uma alternativa eficiente ao modelo tradicional

de internação hospitalar, favorecendo a integração entre cuidado clínico e convivência familiar (Brasil, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2006, passou por sua primeira revisão em 2011, por meio da Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Essa revisão reforçou a APS como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e como coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A RAS consiste em arranjos organizativos que integram ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas. Esses arranjos são estruturados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado. A RAS opera de maneira sistemática para responder a condições de saúde específicas, oferecendo um ciclo completo de atendimentos em todos os níveis de atenção à saúde. Dessa forma, busca assegurar os princípios e diretrizes do SUS, mantendo o indivíduo no nível de assistência mais adequado às suas necessidades no momento em que acessa o serviço de saúde (Almeida; Medina, 2021).

Em 2017, a PNAB foi novamente reformulada, por meio da Portaria n.º 2.423, de 21 de setembro de 2017, que mantém as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como a principal estratégia para a organização do sistema de saúde. Além disso, a Atenção Básica foi reafirmada como a porta de entrada preferencial do SUS (Brasil, 2017).

A PNAB 2017 reafirma e orienta que a universalidade, definida como o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, é exercida na Atenção Primária por meio do acolhimento de todas as pessoas que procuram seus serviços, garantindo fácil acesso, sem distinções, e buscando atender às necessidades da população. A equidade, por sua vez, está diretamente relacionada às iniquidades no campo da saúde, cuja origem é predominantemente social. (Pinto *et al.*, 2011; Silva; Rocha, 2021).

A integralidade é considerada alcançada quando as redes de atenção conseguem atender às necessidades de saúde da população adscrita, preservando sua autonomia. Na PNAB (Brasil, 2017), a integralidade abrange os campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. As diretrizes estabelecem normas a serem seguidas pelos entes federados

na APS, destacando entre elas a regionalização e o modelo de organização da RAS (Aranovich; Krieger, 2020).

O planejamento, a gestão e o atendimento das necessidades de saúde da população na APS requerem a delimitação do território, definido na PNAB (Brasil, 2017) como “unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS para execução das ações estratégicas de saúde” (Brasil, 2017).

A rede de atenção, em todos os níveis, deve alcançar resolutividade, cujo fundamento, de acordo com a PNAB, é a clínica ampliada, a coordenação do cuidado e a vinculação com os territórios (Almeida; Medina, 2021).

Essa abordagem integra diferentes saberes em uma perspectiva transdisciplinar, organizada a partir de eixos como: compreensão ampliada do processo saúde-doença, incluindo os determinantes sociais; construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, por meio do projeto terapêutico singular, aplicável a indivíduos ou coletivos; utilização do apoio matricial e da rede de atenção; ampliação do objeto de trabalho, prevenindo a fragmentação na abordagem de pessoas e coletivos; transformação dos instrumentos de trabalho, por meio do uso da escuta e da empatia; e suporte aos profissionais de saúde, considerando que problemas no processo de trabalho da equipe podem resultar em adoecimento dos membros (Brasil, 2017).

Em 2023, o NASF foi renomeado como Equipe Multiprofissional (eMulti), por meio da Portaria GM/MS n.º 635/2023. Essa mudança trouxe novos investimentos para fortalecer o cuidado multidisciplinar, com um aumento no repasse de recursos financeiros aos estados e municípios, além da incorporação de novas especialidades, incluindo cardiologistas, dermatologistas, endocrinologistas, infectologistas e hansenologistas. (Brasil, 2023).

A chegada desses profissionais de diferentes especialidades possibilitou a criação de uma ampla rede de unidades de saúde, implementando um novo modelo de atenção com as chamadas “Equipes Matriciais”. Essas equipes passaram a atuar em temas específicos, como saúde mental, reabilitação, atividade física e práticas complementares. Fundamentadas nos conceitos da Clínica Ampliada, as Equipes Matriciais têm como objetivo superar o cuidado fragmentado, promovendo a corresponsabilização entre as equipes de saúde e aumentando a resolutividade no âmbito da APS (Timmermann; Brites; Rocha, 2023).

Em 2024, o Ministério da Saúde formalizou a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria GM/MS n.º 3681, de 7 de maio de 2024, consolidando um marco na atenção à saúde voltada à dignidade e qualidade de vida de pacientes com doenças graves ou terminais. A PNCP estabelece a oferta precoce de cuidados paliativos ao longo do curso de qualquer condição que ameace a continuidade da vida, abordando aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Além disso, a política prevê a extensão desses cuidados à fase de luto, proporcionando suporte amplo para pacientes e seus familiares (Brasil, 2024).

Estruturada em três eixos principais, a PNCP foca na criação de equipes multiprofissionais, na promoção de capacitação e disseminação de informações qualificadas, e na garantia do acesso a insumos e medicamentos necessários. Estima-se a formação de 1,3 mil equipes em todo o território nacional, divididas entre equipes matriciais e assistenciais, que atuarão em diferentes níveis do sistema de saúde, desde hospitais até unidades de atenção primária e serviços de atenção domiciliar (Brasil 2024).

A política também incorpora princípios como transversalidade e capilaridade, conectando-se com outros programas do SUS, como a Estratégia Saúde da Família e a Atenção Especializada em Saúde. Essa integração assegura a oferta de cuidados paliativos em qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com foco no acompanhamento contínuo e humanizado dos pacientes (Brasil 2024).

Ao longo dos anos, o SUS foi se consolidando como um modelo único de atenção à saúde, promovendo o fortalecimento de diversas políticas e estratégias, sobretudo na atenção primária à saúde (APS) que ocupa um lugar central no sistema, sendo reconhecida como a principal porta de entrada para o cuidado em saúde (Martins, Silva, *et al.*, 2021).

Por meio da implementação de diretrizes e políticas de saúde que promovem a equidade, a universalidade e a integralidade, o SUS favorece tanto a estratificação de risco quanto a resolutividade dos serviços de saúde oferecidos aos seus usuários (Brasil, 2020).

Andrade e Silva (2020) destacam que a estratificação de risco, integrada às políticas públicas do SUS, contribui significativamente para a

organização e eficiência dos serviços de saúde, tornando-os mais resolutivos e acessíveis às populações vulneráveis. Assim, essa prática consolidada integra-se como uma ferramenta indispensável no fortalecimento da atenção primária e na promoção de um sistema de saúde mais equitativo e eficiente.

## 2.2 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Para discutir os aspectos propostos neste estudo, torna-se essencial contextualizar a transição epidemiológica, que abrange o envelhecimento populacional e as mudanças no padrão de morbimortalidade que impactam a sociedade de maneira significativa. Esse processo reflete profundas transformações na dinâmica demográfica e nas demandas por serviços de saúde, exigindo uma adaptação das estratégias de cuidado para atender às novas necessidades da população (Brasil, 2024).

As alterações observadas na pirâmide etária ao longo das últimas décadas, especialmente o estreitamento de sua base devido à redução das taxas de natalidade, modificaram substancialmente o perfil demográfico e epidemiológico no Brasil (Brasil, 2023a).

O censo de 2022, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), alerta para questões relacionadas ao envelhecimento populacional acelerado no Brasil. A proporção da população em idade avançada, que em 2012 era de 11,3%, corresponde atualmente a 15,1%. Projeções sugerem que, em 2060, mais de um terço da população brasileira será composta por pessoas com 60 anos ou mais (Rodrigues; Alvarez; Rauch, 2019).

O envelhecimento populacional está associado ao aumento das taxas de incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), responsáveis por 75% das mortes no Brasil e 74% dos óbitos globalmente, com maior prevalência em locais de baixa renda (WHO, 2018; OMS, 2022).

Com o avanço da idade, os idosos apresentam necessidades crescentes e específicas em relação aos cuidados de saúde, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), fragilidades físicas, declínio funcional e alterações cognitivas (Cordeiro, Santos, *et al.*, 2020).

Essas condições demandam uma abordagem integral e contínua, que contemple tanto a prevenção quanto o manejo de doenças, além de promover a qualidade de vida e a autonomia. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel central na garantia desses cuidados, por meio de políticas públicas que visam atender às demandas dessa população de forma equitativa e universal (Brasil, 2023).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, é um marco no cuidado à saúde do idoso no SUS. Essa política estabelece diretrizes para a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de agravos e a atenção integral à saúde, com ênfase na atenção primária (Brasil, 2006).

As Equipes Saúde da Família (ESF), são fundamentais para o acompanhamento contínuo dos idosos, permitindo a identificação precoce de riscos e a implementação de intervenções preventivas e terapêuticas no âmbito comunitário (Pereira, Mota, *et al.*, 2024). Além disso, a Atenção Domiciliar, regulamentada pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, fortalecida pela PNAB 2017, possibilita que idosos com limitações recebam cuidados em casa, reduzindo hospitalizações desnecessárias e promovendo o conforto e a dignidade (PNAB 2017).

Outro avanço significativo é a incorporação de cuidados paliativos no SUS, que assegura assistência humanizada e integral a idosos em condições de saúde graves ou terminais. Essa abordagem, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3681, de 2024, reforça o compromisso do SUS com a qualidade de vida e o alívio do sofrimento, integrando equipes multiprofissionais e promovendo a articulação entre os diferentes níveis de atenção (Brasil, 2024).

O atendimento às necessidades de saúde dos idosos no âmbito do SUS requer a integração de políticas públicas, a capacitação de profissionais e a articulação entre os níveis de atenção, garantindo cuidados centrados no indivíduo e alinhados aos princípios de universalidade, integralidade e equidade. (Cordeiro, Santos, *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, desempenha um papel essencial ao promover o acolhimento qualificado, valorizar as relações interpessoais e assegurar o respeito à autonomia e à dignidade dos idosos, favorecendo uma abordagem integral e humanizada nos

serviços de saúde, incluindo a atenção primária, a atenção domiciliar e os cuidados paliativos (Brasil, 2023).

### 2.3 DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL

Indivíduos de todas as faixas etárias, regiões e países são impactados pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Embora estejam frequentemente relacionadas a grupos etários mais avançados, as evidências indicam que 17 milhões de mortes por DCNT ocorrem antes dos 70 anos. Dessas mortes prematuras, estima-se que 86% ocorram em países de baixa e média renda (Viante *et al.*, 2020).

Crianças, adultos e idosos estão expostos aos fatores de risco das DCNT. Esses fatores são classificados como comportamentais modificáveis, incluindo o consumo de tabaco, a inatividade física, a alimentação inadequada, o consumo nocivo de álcool e a poluição atmosférica. Além disso, fatores de risco metabólicos agravam o quadro, contribuindo para alterações como pressão arterial elevada, sobrepeso, obesidade, hiperglicemia (níveis altos de glicose no sangue) e dislipidemia (níveis elevados de gordura no sangue) (Devi *et al.*, 2020; Viante *et al.*, 2020).

Entre as DCNT, destacam-se aquelas que apresentam maior morbidade e incapacidade funcional, como as doenças cardiovasculares (infartos, insuficiência renal crônica e acidentes vasculares cerebrais), o câncer, as doenças respiratórias crônicas (como a doença pulmonar obstrutiva crônica e a asma) e o diabetes. Essas condições são patologias multifatoriais e de longa duração, associadas à deterioração progressiva da saúde clínica e da qualidade de vida dos indivíduos, com implicações físicas, psicológicas e sociais (Brasil, 2018).

Indivíduos que convivem com DCNT têm uma vivência direta e prolongada da doença, compreendendo de forma singular o impacto causado em sua qualidade de vida e em sua capacidade funcional (Devi *et al.*, 2020). De acordo com Durães *et al.* (2022), as mortes prematuras associadas às DCNT afetam principalmente pessoas jovens e economicamente ativas. Embora não sejam

exclusivas das classes mais baixas, essas mortes incidem predominantemente nessa população, exacerbando situações de pobreza e vulnerabilidade.

Conforme Viante *et al.* (2020), a identificação precoce das DCNT tem como propósito analisar as bases epidemiológicas, interpretar os riscos e implementar intervenções que reduzam a prevalência dessas condições, bem como suas complicações crônicas, que comprometem significativamente a qualidade de vida e a longevidade da população.

Os indivíduos com DCNT apresentam condições que exigem cuidados progressivos e contínuos, sendo indicado o acesso precoce aos cuidados paliativos (CP) para garantir uma melhor qualidade de vida e apoio às famílias em situações de fim de vida e luto. Com a progressão da doença, os pacientes necessitam de diversos serviços de saúde, muitos dos quais são essenciais enquanto permanecem na comunidade (OMS, 2020).

## 2.4 CUIDADOS PALIATIVOS

Historicamente o grande marco dos cuidados paliativos foi a fundação do St. Christopher's Hospice na Inglaterra, em 1967, por Cicely Mary Strode Saunders, uma enfermeira e administradora social e pública que posteriormente tornou-se médica. Essa instituição consolidou ações específicas que representaram um modelo inovador na assistência a doentes em fase terminal (Lima *et al.*, 2023).

Além de oferecer atendimento aos pacientes, o St. Christopher's Hospice desempenhou um papel central no desenvolvimento de ensino e pesquisa na área, recebendo acadêmicos de vários países (Aranovich, Taffarel e Graça, 2020).

No Brasil, os Cuidados Paliativos (CP) surgiram na década de 1980, ao final da ditadura, em um período em que o sistema de saúde priorizava exclusivamente a cura das doenças. A expansão dos CP ocorreu em 1997, com a criação da Associação Brasileira de CP. Em 1998, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugurou, no hospital, a unidade IV, destinada exclusivamente aos CP. Posteriormente, em 2005, foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), consolidando ainda mais a prática no país. Um marco importante foi

registrado em 2011, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu os CP como área de atuação médica, por meio da Resolução CFM 1973/2011 (INCA, 2023).

Segundo Marques e Cordeiro (2021), o cuidado paliativo (CP) é definido como: cuidado holístico ativo voltado aos indivíduos que enfrentam graves sofrimentos relacionados à saúde devido a doenças graves e, especialmente, àqueles próximos do fim da vida, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores. Esse cuidado visa oferecer condições que favoreçam a manutenção da qualidade de vida, o controle de sintomas e a promoção da autonomia dos pacientes.

A definição atual da OMS sobre cuidados paliativos, publicada em junho de 2023, ressalta a importância de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam doenças ameaçadoras à vida. Isso ocorre por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, que incluem a identificação precoce, a avaliação precisa e o tratamento adequado da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

A OMS (2023) destaca que os cuidados paliativos devem ser aplicáveis a todas as doenças incuráveis, incluindo casos de perda de capacidade funcional por trauma, prematuridade extrema ou fragilidade associada ao envelhecimento. Esses cuidados são essenciais para melhorar a qualidade de vida e reduzir a sobrecarga sobre os sistemas de saúde.

Os cuidados paliativos se distinguem por uma abordagem multiprofissional que abrange o manejo da dor e de outros sintomas físicos, a prevenção e o alívio do sofrimento, e a atenção às questões sociais, psicológicas e espirituais. Esses cuidados não aceleram nem retardam a morte, afirmam a vida e reconhecem a morte como um processo natural (ANCP, 2021).

A cada ano, estima-se que aproximadamente 40 milhões de pessoas necessitem de CP, incluindo indivíduos com câncer, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, AIDS e diabetes. De acordo com o Atlas Mundial de CP, 80% da necessidade global de cuidados paliativos concentra-se em países de renda média e baixa. Segundo a ANCP (2020), em um grupo de 1 milhão de habitantes, cerca de mil pessoas precisariam de cuidados paliativos anualmente (WHO, 2020).

Segundo Low *et al.* (2021), a identificação de pessoas com necessidade de cuidados paliativos ainda é um desafio para os profissionais de saúde, em decorrência da insuficiência de formação nessa área. Para superar essas dificuldades, existem instrumentos que permitem a indicação precoce de pacientes elegíveis aos cuidados paliativos (Afshar *et al.*, 2020).

Estudos evidenciam que as equipes de saúde enfrentam dificuldades em classificar pacientes elegíveis aos CP. Contudo, a atuação nesse nível de atenção é crucial. Pacientes com doenças crônicas, acompanhados pela Atenção Primária à Saúde (APS), podem ser considerados elegíveis aos CP mediante a utilização de ferramentas como a *Palliative Performance Scale* (PPS) e a Ferramenta de Indicadores de Cuidados de Suporte e Cuidados Paliativos (SPICT-BR™). Essas ferramentas são valiosas para identificar pacientes que podem se beneficiar dos CP, mesmo nos estágios iniciais de suas condições (Almeida; Medina, 2021).

A Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de Suporte (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool* – SPICT) desempenha um papel importante ao identificar a deterioração das condições de saúde com base em indicadores específicos. Entre esses indicadores de piora estão internações hospitalares não programadas, declínio da capacidade funcional, dependência de outra pessoa para cuidados pessoais, perda de peso significativa, sintomas persistentes mesmo com tratamento, solicitação de CP pela pessoa ou pela família e suspensão de tratamentos. Os indicadores clínicos relacionados a doenças avançadas incluem o câncer, as doenças cardiovasculares, as doenças hepáticas, as doenças renais, as doenças respiratórias, as demências e as doenças neurológicas (Liyanaige *et al.*, 2018; Marques; Cordeiro, 2021).

Pesquisadores sugerem a avaliação da capacidade funcional e da incapacidade como critérios para a indicação de Cuidados Paliativos (CP). Um exemplo é a Escala *Palliative Performance Scale* (PPS), em que pontuações de 70 pontos ou menos indicam elegibilidade para CP precoce, enquanto pontuações de 50 pontos ou menos constituem indicação objetiva de CP, devido ao maior risco de mortalidade em curto e médio prazo (INCA, 2023).

As informações sobre a condição clínica e funcional de pacientes em CP nos diferentes contextos do sistema de saúde ainda são escassas. A caracterização dos aspectos funcionais e sintomas de pacientes atendidos em

unidades básicas de saúde que necessitam de CP possibilita comparações entre a funcionalidade em diferentes doenças e gêneros, além de permitir distinções entre pacientes com e sem SPICT positivo (Marcucci; Rodrigues; Almeida, 2020).

Para um atendimento adequado, a ANCP (2020) enfatiza a importância de introduzir os CP no início do curso da doença, em vez de restringi-los apenas aos estágios finais. De forma semelhante, a OMS (2020) recomenda a integração de serviços em todos os níveis de atenção à saúde, com ênfase nos cuidados primários. Contudo, no Brasil, os serviços de CP ainda são limitados e estão concentrados nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Na fase de terminalidade, os cuidados paliativos têm como objetivo proporcionar um processo de morrer que acolha o paciente, o cuidador e a família, oferecendo suporte durante e após o processo de morte (Brasil, 2024). Quando não é mais possível reverter o processo de morte, a equipe, a família e o paciente — caso este tenha condições de expressar suas vontades — devem reunir-se para decidir sobre os cuidados de finitude, garantindo conforto e dignidade na etapa final da vida. Esses cuidados são personalizados e consideram aspectos físicos, emocionais, psicossociais e espirituais, focando no alívio do sofrimento de acordo com os desejos e necessidades do paciente e da família (OPAS, 2020).

Conforme Kashyap *et al.* (2022), diante de um diagnóstico de doença incurável, é fundamental disponibilizar meios para tornar o processo mais digno, acordando previamente com o paciente as medidas a serem adotadas. Nesse contexto, surgem as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), instituídas em 1967 pela *Euthanasia Society of America*. Posteriormente, em 1969, o advogado Luis Kutner propôs o modelo do documento no trabalho “*Due process of euthanasia: the living will, a proposal*”, no qual argumenta que a recusa de tratamento prolongador de vida em casos irreversíveis e incuráveis é legítima e faz parte dos direitos à privacidade (Borges; Lima, 2024).

A Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS determina que os cuidados paliativos sejam ofertados precocemente no curso de qualquer doença que ameace a continuidade da vida, com o objetivo de assegurar maior autonomia e qualidade de vida por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, além de estender os cuidados à fase de luto (Brasil, 2024).



### **3 JUSTIFICATIVA**

Com base na discussão apresentada, este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer a realidade da Atenção Primária em Saúde e o manejo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população idosa, bem como pela importância de avaliar os critérios de elegibilidade aos cuidados paliativos. Adicionalmente, busca-se oferecer subsídios para promover a implantação da indicação precoce de cuidados paliativos.

## 4 OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é conhecer a prevalência de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis elegíveis aos cuidados paliativos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

### 4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os fatores demográficos e perfil populacional do território adstrito da Unidade Básica de Saúde;
2. Mensurar a capacidade funcional, dos usuários através da aplicação da escala *Palliative Performance Scale* (PPS);
3. Aplicar a Ferramenta de Indicadores de Cuidados de Suporte e Cuidados Paliativos (SPICT-BR™).

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com o modelo 2, recomendado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem stricto sensu da Universidade Estadual de Londrina (UEL), conforme disponível na página <https://pos.uel.br/ppenf/>.

Os achados da pesquisa serão estruturados em dois artigos:

1. Retornos à UBS e Elegibilidade para Cuidados Paliativos: Um Estudo utilizando o SPICT em Usuários Idosos com DCNT.
2. SPICT Positivo em Idosos: Sinal de Alerta para Declínio Funcional e Necessidade de Cuidados Paliativos.

### 5.1 ESTUDO 1

5.1.1 Retornos à UBS e Elegibilidade para Cuidados Paliativos: Um Estudo utilizando o SPICT em Usuários Idosos com DCNT.

#### 5.1.2 Resumo

**Introdução:** O envelhecimento populacional aumenta as taxas e a incidências das doenças crônicas, impactando a qualidade de vida. Os Cuidados Paliativos são essenciais para oferecer suporte integral ao paciente e sua família. Essa abordagem foca nas necessidades individuais, independentemente da expectativa de vida. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo caracterizar os usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), descrever as doenças crônicas não transmissíveis e identificar os motivos que levam os usuários a retornarem à UBS em um período de 30 dias. Além disso, o estudo busca caracterizar os usuários elegíveis ou não ao cuidado paliativo, utilizando a Ferramenta SPICT. **Método:** Este é um estudo transversal, de natureza quantitativa, com abordagem analítica e retrospectiva, baseado em dados secundários extraídos do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A população-alvo é composta por indivíduos com 60 anos ou mais, atendidos em uma UBS durante um período de 30 dias. Avaliado a evolução ou não para o cuidado paliativo por meio da ferramenta (SPICT-BR™). **Resultados:** Foram analisados 1.701 atendimentos, representando 288 indivíduos. Dentre eles, 269 apresentaram uma ou mais patologias do grupo das doenças crônicas não transmissíveis, enquanto 19 não apresentaram comorbidades. Com relação à elegibilidade para cuidados paliativos, 145 indivíduos foram considerados elegíveis, de acordo com a ferramenta SPICT utilizada. **Conclusão:** Os resultados demonstram a prevalência de usuários com DCNT que frequentam a UBS e possuem critérios de

elegibilidade para cuidados paliativos, evidenciando a relevância de estratégias de identificação precoce e manejo dessas condições.

**Descritores:** Cuidados Paliativos (CP); Atenção Primária à Saúde (APS); Sistema Único de Saúde (SUS); Doença Crônica (DC).

### 5.1.3 Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que, segundo dados da OMS (2023), tem se intensificado nos últimos anos. Esse cenário tem como consequência o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), condições multifatoriais que, em muitos casos, são incuráveis e comprometem a capacidade funcional e cognitiva dos indivíduos. Para atender a essa demanda crescente, torna-se imprescindível adotar estratégias de cuidado que promovam qualidade de vida. Nesse contexto, os Cuidados Paliativos (CP) buscam proporcionar suporte integral, focado na qualidade de vida, independentemente da expectativa de vida restante da pessoa (Aranovich; Krieger, 2020).

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que a expectativa de vida da população aumentou de 71,1 anos em 2000 para 76,4 anos em 2023. Esse aumento contribuiu para a elevação das taxas de incidência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT) (IBGE, 2022).

Os avanços nas terapias para doenças que anteriormente eram fatais têm transformado essas condições em enfermidades crônicas, possibilitando que os indivíduos convivam com doenças incuráveis enquanto mantêm qualidade e maior tempo de vida (OPAS, 2021). Além disso, os avanços tecnológicos no campo da saúde têm viabilizado descobertas e melhorias significativas, que impactam positivamente tanto a vida dos pacientes quanto o trabalho dos profissionais de saúde (Borges; Lima, 2024).

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 71% de todas as mortes no mundo. No Brasil, as DCNT representaram 41,8% das mortes registradas em 2019 (Brasil, 2020).

As DCNT são classificadas como condições crônicas que não têm origem em agentes infecciosos e, geralmente, apresentam progressão lenta. As

principais categorias incluem diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas e distúrbios cardiovasculares (Brasil, 2019).

Essas condições podem ter origem genética ou ser desencadeadas ao longo da vida por fatores comportamentais e relacionados ao estilo de vida. Entre os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento de DCNT estão o sedentarismo, o consumo de álcool e tabaco e uma alimentação inadequada. Além disso, a vulnerabilidade social e a insegurança alimentar, especialmente em países de baixa renda e em desenvolvimento, também estão associadas ao aumento da incidência dessas doenças (OMS, 2023).

Malta *et al.* (2019) realizaram uma análise sobre a relação entre a pandemia e a epidemiologia das DCNT no Brasil, utilizando dados do Vigitel, uma pesquisa telefônica anual do Ministério da Saúde que cobre aproximadamente 54 mil habitantes em todas as capitais brasileiras. Desde 2006, o Vigitel monitora fatores de risco para DCNT e apoia a adaptação de programas de prevenção (Brasil, 2023b).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel crucial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle das condições crônicas. Seu foco é integral, engajando os usuários na definição e implementação de estratégias de controle e autocuidado, ao mesmo tempo em que considera os determinantes e condicionantes dessas condições (Malta *et al.*, 2019). Além disso, a APS é responsável pela coordenação do cuidado, promovendo o gerenciamento das necessidades dos usuários e atuando como elo entre o usuário e a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que integra os diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) equitativamente (Brasil, 2017).

No estudo desenvolvido por Kashyap *et al.* (2022), realizado na comunidade periurbana de Chandigar, na Índia, os autores relatam que, ao classificar o risco dos usuários de um determinado território de atuação, como a área adstrita de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), é possível identificar, em seu território, os indivíduos hipertensos, diabéticos, obesos e todos aqueles que convivem com doenças ameaçadoras à vida, além do contexto social em que estão inseridos. Tal abordagem favorece o processo de trabalho, promovendo ações centradas nas necessidades de cada indivíduo, fortalecendo o vínculo entre a equipe e o paciente. Isso reflete tanto na adesão aos tratamentos necessários quanto no autocuidado, prevenindo agravos à saúde da população.

A OMS (2021), por sua vez, define como paliativo qualquer tratamento destinado ao controle de uma doença incurável, e afirma que o ideal seria a aplicação de CP desde o diagnóstico da enfermidade, com foco na qualidade de vida. Os CP proporcionam qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio de avaliações adequadas e tratamentos direcionados às dores e/ou aos problemas físicos, psicossociais ou espirituais (Barros *et al.*, 2022).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), mais de 20 milhões de pessoas no mundo necessitam de cuidados paliativos anualmente. Entretanto, apenas uma em cada dez pessoas que precisam desse tipo de assistência recebe o atendimento adequado. Estima-se que esse número chegue a 56 milhões, caso sejam incluídos pacientes nos estágios iniciais de suas enfermidades (Azevedo *et al.*, 2020).

Em soma os pacientes com doenças crônicas, especialmente as não oncológicas, frequentemente são atendidos em modelos de saúde que priorizam o tratamento de condições e eventos agudos. Essa abordagem, muitas vezes limitada, tem levado as organizações de saúde a buscar o desenvolvimento de políticas que levam em conta a estratificação de riscos e necessidades (BARRA, MORAES, *et al.*, 2019).

O presente estudo justifica-se pelo aumento significativo no número de usuários do SUS com diagnóstico de DCNT que acessam diariamente as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território nacional. No contexto atual, o Brasil já implementou a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), sendo a APS a responsável pela elegibilidade dos pacientes que podem se beneficiar dessa política. Este estudo tem como objetivo descrever as DCNT de usuários de uma UBS, localizada em uma cidade do sul do país, caracterizando os usuários elegíveis ao cuidado paliativo.

#### 5.1.4 Objetivo

Caracterizar os usuários idosos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), apontando as doenças crônicas não transmissíveis identificadas e os motivos que levam esses usuários a retornarem à UBS em um período de 30 dias e por meio

da aplicação da Ferramenta SPICT aos usuários idosos com DNCT de modo a identificar aqueles elegíveis ou não ao cuidado paliativo.

#### 5.1.5 Método

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de natureza quantitativa e caráter analítico dos dados secundários extraídos do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Estudos transversais analíticos têm ampla aplicabilidade, sendo o desenho transversal especialmente relevante para avaliar a prevalência de doenças. Esses estudos são caracterizados pela coleta de informações significativas (dados) em um único ponto no tempo (Vieira; Hoosne, 2015).

O Sistema e-SUS Atenção Básica é um software que armazena todas as informações clínicas e administrativas dos pacientes, sendo utilizado no contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS). Seu principal objetivo é informatizar o fluxo de atendimento ao cidadão de forma organizada, permitindo a geração de dados sobre a saúde da população e a avaliação da eficiência das políticas de saúde (Brasil, 2017; Thum; Baldisserotto; Celeste, 2019).

O estudo foi conduzido em uma cidade de médio porte localizada na região sul do Brasil, cuja população é estimada em aproximadamente 555.937 habitantes (IBGE, 2023). O município dispõe de 54 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas entre áreas urbanas e rurais, organizadas em macrorregiões. A população do estudo foi composta por usuários com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência de uma UBS localizada na região leste da cidade. Essa área é caracterizada por baixos índices de renda e escolaridade, além de condições de vulnerabilidade social, incluindo registros de atividades relacionadas ao tráfico de entorpecentes. A escolha da UBS para o estudo ocorreu por conveniência, considerando que um dos pesquisadores atuava profissionalmente na unidade e possuía conhecimento aprofundado sobre o território e suas particularidades.

Para garantir a representatividade da população estudada, utilizou-se uma amostragem probabilística estratificada, que consiste na divisão da população em subgrupos homogêneos (WANG e CHENG, 2020).

A estratificação foi realizada com base em variáveis relevantes, como: idade, sexo, tempo de vínculo do usuário com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), número de atendimentos, frequência de retornos à UBS durante o período do estudo, comorbidades, vícios e índice de massa corporal. (BARRA, MORAES, *et al.*, 2019) Para identificar a elegibilidade aos Cuidados Paliativos (CP), os dados compilados incluíram informações provenientes da escala SPICT, garantindo que cada subgrupo tivesse representatividade (VIEIRA e HOOSNE, 2015).

Os critérios de inclusão foram: usuários com idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos do estudo crianças e pessoas com idade inferior a 60 anos. Para identificar os portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), foi realizada uma estratificação individual.

A coleta de dados foi conduzida pela pesquisadora no período de 22 de maio de 2024 a 5 de novembro de 2024, abrangendo atendimentos realizados entre 22 de dezembro de 2023 e 22 de janeiro de 2024. Durante esse intervalo, a UBS registrou um total de 4.500 atendimentos, dos quais 1.701 foram destinados a pessoas com 60 anos ou mais, que constituem a população do estudo.

Dos 1.701 atendimentos analisados, foram identificadas 288 pessoas, que juntas representaram 935 atendimentos durante o período de coleta de dados, formando a amostra do estudo. Como a análise dos dados foi realizada em um intervalo de trinta dias, alguns usuários foram contabilizados em mais de um atendimento. Contudo, cada indivíduo foi estratificado apenas uma vez, sendo registrada a frequência de retorno à UBS, bem como as queixas apresentadas em cada atendimento. Ao todo, 766 atendimentos foram excluídos da análise, pois referiam-se a registros duplicados de um mesmo usuário.

No atendimento da UBS, o indivíduo é inserido no sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ao chegar. Após essa inserção, cada profissional que atende o usuário gera um atendimento diferente. Tal situação ocorre porque o usuário pode, em um único dia, passar por consulta médica, retirar medicações, realizar exames, tomar vacinas, entre outras atividades.

Foram descartados 13 atendimentos que correspondiam ao mesmo usuário, mas com números de prontuário diferentes; 365 atendimentos realizados por diferentes profissionais dentro da UBS no mesmo dia; e 199 atendimentos classificados como registros tardios para renovação de receitas de medicações de uso

contínuo. Nestes casos, o paciente é inserido no PEC com a observação de que o cidadão não está presente, tratando-se de uma renovação de prescrição médica. Nessa situação, o paciente foi estratificado no atendimento em que ele ou um familiar esteve na UBS para solicitar a renovação da prescrição médica. Além disso, 189 registros de atendimentos tardios foram descartados, pois referiam-se à conferência dos dados da prescrição realizada pelo Técnico em Enfermagem.

Para a caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos, as informações foram organizadas em uma planilha do Excel, incluindo: idade, sexo, tempo de vínculo do usuário com a UBS, número de atendimentos, retornos à UBS no período do estudo e o motivo dos retornos. Além dos dados demográficos, foram levantadas informações sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), fatores de risco como tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas e Índice de Massa Corporal (IMC). Outras comorbidades também foram categorizadas, assim como a participação dos usuários nas atividades em grupo promovidas pela equipe multiprofissional.

No que tange à elegibilidade aos cuidados paliativos, além dos dados já mencionados, a Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de Suporte (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool* - SPICT) foi inserida na íntegra na planilha, com seus indicadores e subitens de avaliação (Afshar; Wiese *et al.*, 2020).

O SPICT apresenta cinco sinais gerais de piora da saúde: internações hospitalares não programadas; dependência de terceiros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental; necessidade de maior suporte para o cuidador; perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ou baixo índice de massa corporal; e sintomas persistentes, mesmo com o tratamento otimizado das condições de base. Além disso, pode haver solicitação, por parte da pessoa ou de sua família, de cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento, ou um foco maior na qualidade de vida. A ferramenta também inclui indicadores clínicos baseados em evidências das principais condições avançadas e progressivas, como câncer, demência, doença neurológica, doença cardiovascular, doença respiratória, doença renal e doença hepática (SPICT-BR, 2021).

Os pacientes foram considerados elegíveis a CP quando apresentaram dois ou mais itens assinalados no instrumento, tanto na condição clínica geral como nos indicadores específicos relacionados à doença.

Destaca-se que o profissional de saúde ou pesquisador que utiliza a ferramenta SPICT na elegibilidade de pacientes que possam se beneficiar dos cuidados paliativos precisam receber capacitação, para indicação correta e assertiva (ANCP, 2021). Diante desse contexto a pesquisadora que já possuía especialização em Oncologia e Cuidados Paliativos, também realizou uma formação em Cuidados Paliativos de 40 horas oferecida pelo município, onde o estudo foi realizado.

#### 5.1.6 Resultados

No presente estudo, foram avaliados 288 pacientes com 60 anos ou mais que passaram por atendimento em um período de 30 dias em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em uma cidade do sul do Brasil.

Na Tabela 1, apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos 288 pacientes que frequentaram a UBS durante o período de 30 dias.

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica**

<b>Características</b>	<b>valor absoluto</b>	<b>valor relativo</b>
Sexo:		
Feminino	170	59,3%
Masculino	117	40,8%
Média de Idade		72,3%
Tempo médio em que o usuário está vinculado ao PEC	mais de 5 anos	
Média da quantidade de atendimentos no PEC/ Usuário em um mês	125,9	
Média da quantidade de retornos por paciente em 30 dias	3,3	

**Fonte:** da autora.

Dentre os participantes, 170 eram do sexo feminino, correspondendo a 59,23%, enquanto 117 eram do sexo masculino, representando 40,77%. A idade média dos participantes foi de 72,3 anos. Além disso, 269 pacientes apresentaram diagnóstico de uma ou mais doenças crônicas. Por outro lado, entre os 19 pacientes sem diagnóstico clínico de comorbidades, três demonstraram perda significativa da capacidade funcional.

O tempo médio de prontuário dos pacientes avaliados foi de cinco anos, com uma média de 125,9 atendimentos por usuário. Na Tabela 1, apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos 288 pacientes que frequentaram a UBS durante o período de 30 dias.

A tabela 2 apresenta os motivos pelos quais os 288 usuários procuraram a UBS no período de 30 dias.

**Tabela 2 –Motivo de procura dos usuários pelos serviços da UBS.**

<b>Motivo do retorno</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Assistência Farmacêutica	528	56,5%
Consulta Médica	89	9,5%
Vacinação	70	7,5%
Coleta de Exames	56	6,0%
Estadiamento de Dengue	35	3,7%
Agendamento de consulta	32	3,4%
Dor	16	1,7%
Atividade em Grupo	18	1,9%
Cefaleia	12	1,3%
Controle de Pressão Arterial	10	1,0%
Agendamento fisioterapia	2	0,21%
Agendamento de visita domiciliar	4	0,43%
Agendamento de exames	8	0,86%
Reação alérgica	1	0,11%
Obstipação	1	0,11%

**Fonte:** da autora.

A análise dos prontuários revelou que 269 pacientes já possuíam diagnóstico de uma ou mais doenças crônicas, enquanto 19 não apresentaram nenhuma comorbidade.

Os motivos para o acesso à UBS, no período analisado, incluíram 528 atendimentos relacionados a assistência farmacêutica, esse número compõe: 229 retiradas de medicações fornecidas pelo SUS, de uso contínuo; 174 solicitações de renovação de receitas de medicações controladas e de uso contínuo; 125 retiradas de receitas previamente solicitadas para renovação, os demais 89 consultas médicas;

70 visitas para vacinação; 33 para realização de curativos; 56 coletas de exames laboratoriais; 45 para estadiamento de dengue; 32 agendamentos de consultas médicas; 10 para controle de pressão arterial; 18 participações em atividades em grupo promovidas pela UBS; oito para agendamento de exames; dois para agendamento de fisioterapia e quatro para agendamento de visita domiciliar.

Além disso, os atendimentos realizados por pacientes que apresentaram sintomas inespecíficos foram em menor número. Os sintomas relatados incluíram febre (10); cefaleia (12); dor (16); e reação alérgica ao camarão (1). Durante o mesmo período, também foram registrados 14 atendimentos realizados por meio de visitas domiciliares pelas equipes do programa saúde da família, os quais foram incluídos no conjunto da análise geral.

Os atendimentos relacionados à vacinação (7,49%) são compatíveis com a faixa etária dos participantes do estudo. O aumento de casos de dengue (4,81%) entre os meses de dezembro e janeiro também se alinha aos dados epidemiológicos nacionais para esse período.

As atividades em grupo (1,93%) são bem aceitas, sendo majoritariamente frequentadas por pessoas com 60 anos ou mais. A UBS analisada no estudo oferece atividades em grupo voltadas a diversas necessidades, como psicologia, acompanhamento de diabéticos, hipertensos e dislipidêmicos, além de programas para tabagismo, alongamento e dor crônica. Tais atividades são conduzidas pela equipe multiprofissional da APS, atendendo às demandas específicas dessa população.

Em relação às queixas de saúde, destacaram-se os seguintes sinais e sintomas: dor, cefaleia, febre, reação alérgica e obstipação. Entre os comportamentos associados ao cuidado contínuo e ao controle das DCNT, destaca-se o controle de pressão arterial, que correspondeu a 1,07% dos atendimentos.

Os demais atendimentos foram relacionados a agendamentos diversos. Segue na Tabela 3 a caracterização das principais comorbidades.

**Tabela 3 – Caracterização das comorbidades identificadas nos usuários da UBS**

<b>Comorbidade</b>	<b>valor Absoluto</b>	<b>Valor Relativo</b>
<b>Total de prontuários avaliados</b>	<b>288</b>	

Hipertensão Arterial	251	87,15%
Dislipidemia	204	70,83%
Depressão	155	53,82%
Diabetes Tipo II	147	51,04%
Hipotireoidismo	58	20,14%
Doenças Cardiovasculares	37	12,85%
Doenças Respiratórias	28	9,72%
Doenças Neurológicas	23	7,99%
Neoplasias	8	2,78%
Hepatopatias	8	2,78%
Doenças Reumatológicas	7	2,43%
Obesidade	6	2,08%
Diabetes Tipo I	3	1,04%
Fibromialgia	3	1,04%
Doenças Psiquiátricas	2	0,69%
Doenças de Pele	2	0,69%

**Fonte:** da autora.

Na Tabela 3, os dados foram organizados conforme a frequência de ocorrência de cada comorbidade. Contudo, observou-se que a maioria dos pacientes apresenta multimorbidades. Destaca-se que 87,15% dos pacientes são hipertensos, 70,83% apresentam dislipidemia e 53,82% possuem diagnóstico de depressão, o que chama atenção para a necessidade de cuidado com a saúde mental dessa população. Entre os diabéticos tipo II (DMII), que representam 51,04% dos pacientes, 47 fazem uso de insulina, refletindo um aumento das síndromes metabólicas, em conformidade com os dados do Vigitel (Brasil, 2021).

O hipotireoidismo representa 20,14% dos casos, enquanto as doenças cardiovasculares correspondem a 12,85%. Este último percentual é composto por pacientes com diagnósticos de insuficiência cardíaca congestiva, miocardiopatias e insuficiência venosa. Entre os casos analisados, foram registrados 12 usuários que desenvolveram o infarto agudo do miocárdio (IAM), incluindo dois pacientes com infartos recorrentes, um com duas ocorrências de IAM e dois que passaram por revascularizações, com a implantação de um total de 12 stents.

As doenças respiratórias correspondem a 9,72%, englobando DPOC, asma, enfisema pulmonar e tuberculose. Já as doenças neurológicas totalizam 7,99%,

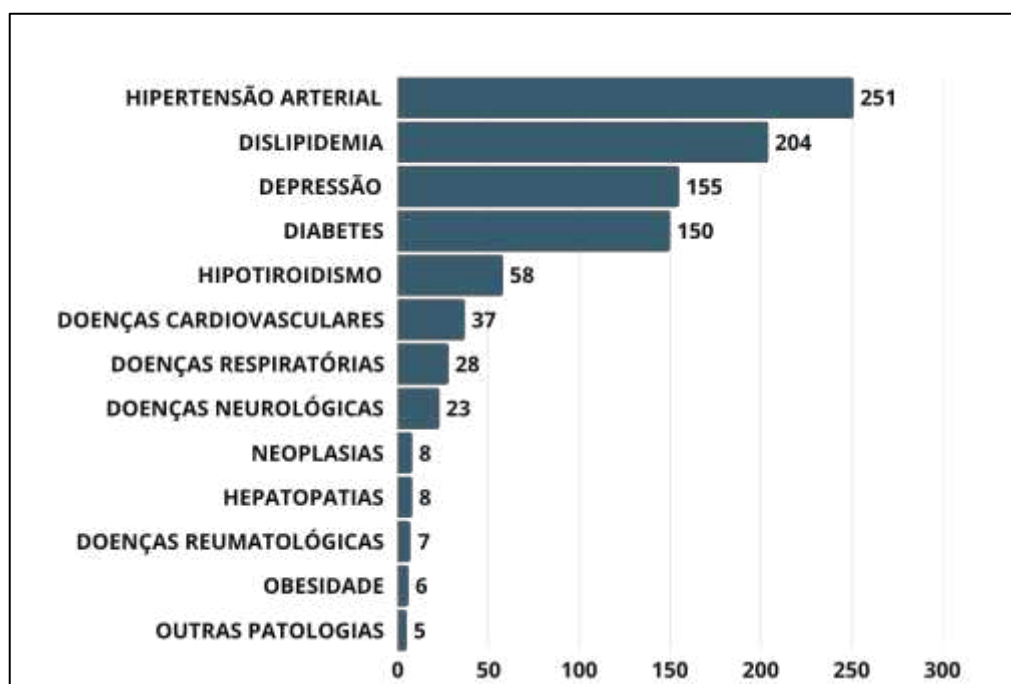
incluindo Alzheimer e demência senil. Entre os pacientes avaliados, três apresentaram Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), e um apresentou histórico de AVCI e Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH).

As neoplasias representam 2,78% dos casos, divididas entre câncer de boca, laringe, pulmão metastático, intestino, mama, próstata metastático, pâncreas metastático e leucemia mieloide aguda com transplante autólogo. Hepatopatias somam 2,78%, incluindo casos de cirrose e hepatites. As doenças reumatológicas perfazem 2,43%, com diagnósticos de artrite reumatoide e osteoartrites. Já a obesidade está presente em 2,08% dos casos.

Além disso, foram identificados três pacientes com diabetes tipo I, entre os quais um possui retinopatia diabética com perda progressiva da visão e outro encontra-se em tratamento para pé diabético. Dois pacientes apresentaram diagnósticos psiquiátricos de esquizofrenia. No grupo das doenças de pele, foram registrados um caso de psoríase e um caso de hanseníase, que está em acompanhamento no segundo ano de tratamento.

O gráfico 1, apresenta os 269 pacientes com diagnóstico de uma ou mais doenças crônicas, contabilizados pela frequência de cada diagnóstico.

**Gráfico 1** Relação das demais Doenças Crônicas Não Transmissíveis identificadas nos usuários de



uma UBS. **Fonte:** da autora

A estratificação permitiu a avaliação dos fatores de risco relacionados. No entanto, houve dificuldade em obter tais informações, visto que apenas 95 prontuários apresentavam registros relacionados a hábitos e vícios, os quais 56 são tabagistas, 28 etilistas e 1 relato de abuso no uso de medicações.

As análises estatísticas foram compiladas utilizando os arquivos de dados em formato tabular com extensão, *csv* e o software de *RStudio* (versão 4.3.1) para a análises estatísticas.

A análise estatística da razão de prevalência (RP) é de 14,14 o que indica que a prevalência de doenças crônicas é 14 vezes maior no grupo exposto do que no grupo não exposto.

No que tange à elegibilidade para cuidados paliativos, foram avaliados 288 pacientes, com a aplicação da SPICT a todos. O território da UBS conta com duas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente inserido na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A análise identificou 45 pacientes vinculados aos cuidados do PSF, devido a condições crônicas relacionadas ao avanço de doenças ou às limitações impostas pela idade. Contudo, apenas quatro pacientes desse grupo

recebem cuidados paliativos especializados, uma mulher de 70 anos com diagnóstico de câncer de pâncreas em fase de terminalidade; um homem de 88 anos com principal diagnóstico de câncer de próstata com metástase óssea; totalmente acamado com quadro de demência; Uma mulher de 68 anos com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica que necessita de oxigenioterapia contínuo e uma mulher de 98 anos com Alzheimer totalmente acamada. Esses pacientes estão devidamente referenciados as equipes de matriciais de cuidado paliativo do município.

### 5.1.7 Discussão

Nesta pesquisa, entre os 288 pacientes com idade superior a 60 anos, 145 foram identificados como elegíveis para cuidados paliativos.

Uma Atenção Primária à Saúde (APS), que implementa eficazmente seus princípios teóricos, estabelece uma interface ideal com os níveis secundário e terciário de atenção. Essa articulação permite a construção de um atendimento mais eficiente, dinâmico e coordenado, resultando em melhorias contínuas e progressivas em todo o sistema de saúde (PNCP, 2024).

O aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos resulta em um crescimento expressivo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Atualmente, estas constituem o principal grupo de doenças na população adulta do Brasil, sendo as maiores responsáveis por óbitos decorrentes de suas complicações (Aranovich; Krieger, 2020).

Com a chegada da pandemia de Covid-19, em 2020, a prevalência de DCNT aumentou significativamente, em razão das complicações e sequelas inerentes à Covid-19, somadas ao impacto social e financeiro vivenciado pela população (Azevedo *et al.*, 2020). O sistema de saúde pública enfrentou uma sobrecarga em todos os aspectos (Borges; Lima, 2024).

Esse contexto tornou ainda mais urgente a implementação de medidas de controle e prevenção das DCNT, que se desenvolvem de forma lenta e silenciosa, caracterizando-se por períodos de remissão e exacerbação, e que, muitas vezes, não possuem cura. Nessa perspectiva, destaca-se que indivíduos com DCNT podem sofrer comprometimento da saúde física e emocional, o que tem grande impacto na qualidade de vida (QV) (Kashyap *et al.*, 2022).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) desempenha um papel essencial na atenção primária à saúde. No presente estudo, evidencia-se que a população investigada utiliza a UBS como principal porta de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos indicam que a proximidade geográfica da UBS com o local de residência dos usuários favorece o acesso e fortalece o vínculo entre a equipe de saúde e o paciente (Almeida *et al.*, 2018).

Ao analisar 288 prontuários de pessoas com 60 anos ou mais, observou-se a predominância de pacientes do sexo feminino, um padrão também identificado em outras pesquisas realizadas na APS, como as de Costa *et al.* (2020). Essas pesquisas apontam que as mulheres apresentam maior adesão aos serviços de saúde, comportamento frequentemente associado ao papel cultural de cuidadoras da família e à maior conscientização sobre saúde.

Em contrapartida, a menor representatividade masculina sugere a necessidade de estratégias específicas para aumentar o acesso e a procura por parte dessa população, visto que os homens tendem a buscar assistência apenas em estágios mais avançados de doenças (Azevedo *et al.*, 2020).

A frequência de retornos de um mesmo paciente à UBS, em um período de trinta dias, apresentou uma média de 3,3 retornos por pessoa, reforçando a facilidade de acesso ao serviço. Entre as dificuldades encontradas na coleta de dados, destacam-se a ausência de registros de informações relevantes, como sinais vitais, medidas antropométricas, hábitos e vícios, além de informações completas sobre o histórico de doenças e tratamentos realizados anteriormente.

Em relação ao vínculo dos usuários com o PEC, verificou-se que 75% dos pacientes avaliados estão cadastrados no sistema há cinco anos ou mais. Esse dado ressalta a importância da APS como porta de entrada e como estratégia para o acompanhamento contínuo, conforme preconizado pelo modelo de cuidado longitudinal estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esse vínculo consistente reflete a solidez de um sistema que possibilita maior integração das informações e continuidade do cuidado (Brasil, 2024).

A UBS, por sua vez, desempenha o papel de ponto central que conecta os usuários aos programas e políticas de saúde em toda a rede de atenção à saúde, abrangendo seus diversos níveis (Brasil, 2024). Os principais motivos que levaram os pacientes a procurar a UBS durante o período analisado refletem a

amplitude dos serviços ofertados. Entre esses motivos, destacam-se os retornos dos usuários por motivos voltados a assistência farmacêutica que passa pela retirada de medicações, que sugere um dos pressupostos centrais deste estudo: a alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nesse nível de atenção, que tem como objetivo atender os problemas de saúde mais comuns da população.

A Assistência Farmacêutica, integrante das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como finalidade garantir o acesso da população a medicamentos essenciais, abrangendo uma ampla gama de problemas de saúde tratados nos serviços de atenção primária. Esse serviço é indispensável, por contribuir significativamente para a promoção, recuperação e prevenção de doenças prevalentes. Os medicamentos, nesse contexto, tornam-se uma ferramenta indispensável nos sistemas de saúde, desempenhando um papel crucial na prevenção de agravos e no cuidado à saúde (Brasil, 2024).

O fato de a renovação de receitas médicas representar 18,61% dos atendimentos está diretamente relacionado à quantidade de pacientes com diagnóstico de depressão (53,82%). As Políticas Farmacêuticas são consideradas relevantes na contribuição do processo de coordenação de cuidados e integração clínica, especialmente em sistemas integrados na perspectiva das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2023).

O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS tem finalidade contribuir para o por processo de aprimoramento, implementação e sistêmica integração das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada, que por meio da implantação do trabalho das equipes Equipe Multiprofissional (eMULT), passa pela dispensação dos medicamentos com informações necessárias e o acompanhamento dos resultados da efetividade, segurança e adesão ao tratamento essa estratégia coloca o profissional farmacêutico em contato direto com o usuário o que contribui no desenvolvimento de medidas que contemplem as necessidades da população sem a necessidade de vários retornos nas unidades básicas de saúde por motivos diferentes porém para a mesma finalidade assistencial (BRASIL, 2024).

Entre as DCNT, incluem-se patologias de ordem neuropsicológica e/ou transtornos mentais, que acarretam ao indivíduo acometido um elevado grau de incapacidade e comprometem significativamente sua qualidade de vida (Azevedo *et al.*, 2020).

As alterações mentais mais frequentes incluem a depressão e os transtornos mentais comuns, caracterizados por sintomas como ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Esses sintomas foram registrados nas evoluções clínicas realizadas pelos profissionais de saúde, com base nas descrições dos pacientes. Considerando que o tratamento medicamentoso para essas condições frequentemente envolve medicações de controle especial, há uma clara associação entre os dados apresentados. No contexto do cuidado ampliado, além das ações realizadas pela UBS, destaca-se a formalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como objetivo apoiar e facilitar o acesso aos serviços de saúde mental (Cordeiro *et al.*, 2020).

Os atendimentos relacionados a consultas médicas, vacinação, coletas de exames, agendamentos de consultas, atividades em grupo e monitoramento da pressão arterial ressaltam o papel essencial da Atenção Primária à Saúde (APS) como o primeiro nível de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Essas ações estão alinhadas aos princípios da promoção da saúde, da prevenção de agravos e da manutenção do bem-estar da população, evidenciando a integralidade e a resolutividade da atenção primária. A realização de consultas médicas periódicas, além disso, possibilita o acompanhamento contínuo dos pacientes, promovendo o diagnóstico precoce e o manejo adequado de condições agudas e crônicas.

A vacinação é reconhecida como uma das estratégias mais eficazes para a prevenção de doenças infecciosas, reduzindo a morbimortalidade e contribuindo para o controle epidemiológico de enfermidades preveníveis. Ressalte-se que as vacinas são amplamente aceitas pela população acima de 60 anos (Brasil, 2018).

De forma complementar, a coleta de exames laboratoriais desempenha um papel essencial na detecção precoce de alterações metabólicas e funcionais, possibilitando a adoção de condutas terapêuticas oportunas. Durante a

coleta de dados, observou-se que os pacientes acompanhados pelas equipes de PSF realizam coletas de exames programadas periodicamente.

No que diz respeito às doenças, Malta *et al.* (2019) defendem a necessidade de estratificação do risco em pessoas com condições crônicas. Essa estratificação considera não apenas as características individuais dos usuários, mas também os tipos e locais de atenção, além da concentração relativa de cuidados em cada grupo populacional (Brasil, 2020).

Nesse sentido, indivíduos com condições crônicas e capacidade funcional preservada são orientados por profissionais de saúde com base em tecnologias de autocuidado apoiado, sempre com foco na APS. Em contrapartida, aqueles classificados como de alto ou muito alto risco demandam atenção profissional especializada, com maior volume de cuidados prestados pela equipe de saúde, em constante articulação com a APS (PNAB, 2017).

Um estudo realizado em uma cidade do interior de Minas Gerais teve como objetivo estratificar o risco de fragilidade dos idosos atendidos pela APS durante a pandemia de Covid-19. Para isso, utilizou-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), que permite avaliar as condições clínicas e funcionais dos pacientes. Os resultados evidenciaram dados semelhantes aos encontrados no presente estudo, destacando a prevalência de hipertensão (68,5%) e diabetes tipo II (33,4%). Esses índices tornam-se ainda mais expressivos quando avaliados exclusivamente os idosos caracterizados como frágeis (Barra; Moraes *et al.*, 2019).

No presente estudo, constatou-se que 87,15% dos participantes eram hipertensos e 53,82% apresentavam diabetes tipo II. Embora não tenha sido mensurada a associação entre essas duas condições, sabe-se que, em pessoas com mais de 60 anos, a presença de múltiplas comorbidades é uma ocorrência frequente (Azevedo *et al.*, 2020).

Evidências robustas indicam que a incidência de câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e diabetes compartilha fatores de risco modificáveis, como o consumo de álcool, o índice de massa corporal (IMC) elevado, o tabagismo, uma dieta inadequada e a inatividade física. Esses fatores são responsáveis por mais de dois terços dessas condições (Ng *et al.*, 2020).

As doenças cardiovasculares são reconhecidas como uma das principais prioridades de Saúde Pública, uma vez que constituem a principal causa de

mortes e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Historicamente, no Brasil, a organização de serviços destinados à redução da morbimortalidade associada a essas causas têm se baseado na identificação e no acompanhamento de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes melito (DM), devido à alta prevalência desses agravos na população adulta (Barros *et al.*, 2022).

O acompanhamento periódico de indivíduos com DM e/ou HAS, realizado por meio de ações voltadas à prevenção, identificação, manejo e controle desses agravos e de suas complicações, tem como principal objetivo reduzir internações hospitalares e diminuir a mortalidade por doenças cardiovasculares (Brasil, 2024).

A análise das complicações cardíacas, respiratórias, neurológicas, neoplasias, obesidade e doenças reumatológicas revela uma alta prevalência de doenças crônicas que demandam maior atenção da Equipe Saúde da Família (ESF). Pacientes que já sofreram complicações, como infarto, AVCH ou AVCI, ou que apresentam condições graves, como doenças respiratórias, a exemplo de DPOC, vivenciam limitações severas devido à complexidade de suas condições. Essas complicações resultam em perdas significativas de capacidade funcional, comprometendo, diretamente, a qualidade de vida (Malta *et al.*, 2019).

A adoção de um plano antecipatório de cuidado contribui para a identificação precoce de pacientes elegíveis para CP e de seu núcleo de apoio, possibilitando o início do cuidado em tempo hábil. Essa abordagem melhora os desfechos clínicos, fortalece a autonomia do paciente e da família e promove a tomada de decisão compartilhada. Ademais, evita a adoção de medidas invasivas desnecessárias, que não alterariam o curso da doença, e aumenta a ocorrência de falecimentos assistidos em serviços da comunidade ou no domicílio (Cordeiro *et al.*, 2020).

O objetivo de estratificar o risco dos usuários da APS é orientar as equipes de saúde a utilizarem tecnologias e medicamentos de maneira adequada, além de promover uma mudança de paradigma na assistência. Estudos indicam que essa estratégia é um instrumento eficaz para melhorar a atenção à saúde, gerando impactos positivos nos resultados clínicos e aumentando a eficiência no uso de recursos (BEZERRA, NOBRE, *et al.*, 2024).

Neste contexto, o presente estudo se concentrou em identificar pacientes que precisam ser incluídos nos cuidados paliativos, buscando caracterizar sinais de progressão da doença e a necessidade de implementar intervenções diferenciadas de forma precoce, ao invés de apenas na fase avançada da condição.

#### 5.1.8 Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo analisar dados relacionados à caracterização dos motivos que levam os usuários a buscar atendimento em uma UBS, classificar as DCNT e identificar os pacientes elegíveis para cuidado paliativo pela ferramenta SPICT. Os resultados obtidos evidenciam a necessidade de aprimorar a articulação do cuidado em saúde dentro da rede assistencial, especialmente no que tange à estratificação de pacientes com doenças crônicas e idosos. A implementação de ferramentas sistematizadas para a prática assistencial e a capacitação das equipes ainda constituem desafios importantes, sendo imprescindível a inserção desse conhecimento nos currículos de formação dos profissionais de saúde.

A organização de protocolos para a aplicação de escalas, identificação de pacientes com critérios de elegibilidade, planejamento e coordenação do cuidado multiprofissional e do cuidado paliativo, bem como o acolhimento da família em sua totalidade, é uma estratégia essencial para garantir a efetiva implementação desses cuidados na APS. O fortalecimento da APS tem o potencial de reduzir complicações relacionadas a longas internações, favorecer a desospitalização precoce, otimizar os recursos públicos e, acima de tudo, promover qualidade de vida ao paciente, inclusive nos momentos finais.

A consolidação de políticas públicas voltadas à saúde, que priorizem o acesso, a formação de recursos humanos qualificados e a implementação de ações programáticas bem estruturadas, com formação técnica e humana multiprofissional, é crucial para o desenvolvimento de uma rede de cuidados pautada na ética e na dignidade da pessoa humana.

A falta de estudos anteriores sobre o tema pode dificultar a comparação e a contextualização dos resultados obtidos, além disso na utilização de dados secundários o pesquisador precisa se aprofundar nas avaliações, pois no

estudo transversal estudamos um recorte do tempo. Como o presente estudo avalia as doenças crônicas apresentadas por uma pessoa idosa e sua elegibilidade ao cuidado paliativo, as informações que validam a elegibilidade aos cuidados paliativos, muitas vezes está fragmentada em diversos atendimentos, obrigando o pesquisador a buscar essas informações impactando no tempo de avaliação e coleta de dados.

Conclui-se que, no período de 30 dias, 288 pessoas idosas utilizaram os serviços ofertados por uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Gerando três retornos ao longo do referido período. Ademais, verificou-se que 269 indivíduos idosos apresentavam diagnóstico de uma ou mais patologias classificadas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). No que tange aos motivos de procura pelos serviços da UBS, destaca-se a assistência farmacêutica, com um total de 528 atendimentos registrados.

O número de pessoas portadoras de DCNT que frequentam a UBS e são elegíveis para cuidados paliativos é significativamente prevalente.

#### 5.1.9 Referências

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 42, p. e180, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/pt/>. Acesso em: 10 dez. 2024.

ALMEIDA, E. R.; MEDINA, M. G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. e00310820, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2021.v37n10/e00310820/pt/>. Acesso em: 07 jun. 2024.

ARANOVICH, C.; KRIEGER, M. G. T. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Percepções de médicos da Estratégia de Saúde da Família sobre o tema na prática. **Revista Aletheia**, Canoas, v. 53, n. 2, p. 38-50, dez. 2020. Disponível <http://posgrad.ulbra.br/periodicos/index.php/aletheia/article/view/6275>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BISCHOFF, K. E. *et al.* Prognoses associated with palliative performance scale scores in modern Palliative Care Practice. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 7, p. e2420472, 2024. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820863>. Acesso em: 07 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Vigitel Brasil 2023**: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2023.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf). Acesso em: 10 dez. 2024.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Censo**: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos. 27 out. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 7 jun. 2024.

BUCHMAN, D. Z. *et al.* Palliative care for people who use substances during communicable disease epidemics and pandemics: a scoping review protocol. **BMJ Open**, v. 11, n. 10, p. e053124, 2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/10/e053124.abstract>. Acesso em: 07 jun. 2024.

DEVI, R. *et al.* A narrative review of the patient journey through the lens of non-communicable diseases in low-and middle-income countries. **Advances in Therapy**, v. 37, n. 12, p. 4808-4830, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-020-01519-3>. Acesso em: 17 dez. 2024.

KASHYAP, N. *et al.* Task sharing for managing common noncommunicable disease in a nurse led noncommunicable diseases clinic in peri-urban community of Chandigarh. **Indian Journal of Community Medicine**, v. 47, n. 4, p. 596-599, out./dez. 2022. Disponível em: [https://journals.lww.com/ijcm/fulltext/2022/47040/task\\_sharing\\_for\\_managing\\_comm\\_on\\_noncommunicable.26.aspx](https://journals.lww.com/ijcm/fulltext/2022/47040/task_sharing_for_managing_comm_on_noncommunicable.26.aspx). Acesso em: 17 dez. 2024.

NG, R. *et al.* Smoking, drinking, diet and physical activity—modifiable lifestyle risk factors and their associations with age to first chronic disease. **International Journal of Epidemiology**, v. 49, n. 1, p. 113-130, fev. 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/49/1/113/5480396?login=false>. Acesso em: 07 jun. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2024.

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. e00029418, fev. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n2/e00029418/>. Acesso em: 10 dez. 2024.

## 5.2 ESTUDO 2

### 5.2.1 SPICT Positivo em Idosos: Sinal de Alerta para Declínio Funcional e Necessidade de Cuidados Paliativos.

#### 5.2.2 Resumo

**Introdução:** Entre os pacientes atendidos na atenção primária à saúde, destaca-se uma elevada demanda de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) elegíveis para cuidados paliativos. Muitos desses indivíduos apresentam multicomorbidades, que impactam diretamente a capacidade funcional e a qualidade de vida. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em idosos da atenção primária à saúde (APS) e a relação com a escala SPICT positiva e a perda de capacidade funcional, por meio da escala PPS. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa, caráter analítico e retrospectivo, realizado com dados secundários extraídos do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) de uma Unidade Básica de Saúde. Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Foi avaliada a elegibilidade para cuidados paliativos por meio da aplicação da ferramenta *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT). A análise da capacidade funcional foi conduzida com o uso da escala *Palliative Performance Scale* (PPS). **Resultados:** Foram avaliados 1701 atendimentos, correspondentes a 288 pacientes, dos quais 269 apresentaram uma ou mais patologias pertencentes ao grupo das DCNT, enquanto 19 não apresentaram comorbidades. Quanto à elegibilidade para cuidados paliativos, 145 pacientes foram identificados como elegíveis, apresentando SPICT positivo. Em relação à capacidade funcional, 66 pacientes apresentaram PPS igual ou menor que 50%, enquanto 222 tiveram PPS entre 60% e 100%. **Conclusão:** Os resultados indicam que a maioria dos pacientes com SPICT positivo apresenta PPS abaixo de 70%, evidenciando capacidade funcional reduzida. Conclui-se a correlação entre DCNT e SPICT positivo e a PPS maior ou igual a 50%.

**Descritores:** Limitação de Mobilidade; Estado Funcional; Cuidado Paliativo; Atenção Primária em Saúde.

#### 5.2.3 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que sociedades em processo de envelhecimento podem obter vantagens significativas com a adoção de cuidados paliativos (CP). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) descreve o envelhecimento como um processo contínuo, resultando na perda

progressiva de capacidades funcionais, sendo uma condição não patológica, porém associada ao aumento do risco de morte (OPAS, 2021).

O processo de envelhecimento está diretamente relacionado ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que representa um importante desafio para a saúde pública, uma vez que essas doenças ultrapassaram as doenças infecciosas como principais causas de morte entre os idosos (Marcucci; Rodrigues; Almeida, 2020).

As DCNT frequentemente resultam em incapacidades e provocam um declínio funcional progressivo, que pode evoluir para o falecimento. Diante disso, é essencial desenvolver ações planejadas que priorizem a introdução dos cuidados paliativos (CP) (MARCUCCI, RODRIGUES e ALMEIDA, 2020).

Em específico os idosos com multicomorbidades enfrentam desafios significativos como o tratamento complexo, que inclui a necessidade de gerenciar múltiplas condições e regimes medicamentosos, com o uso de polifarmácia. O manejo eficaz de pacientes com multicomorbidades exige uma abordagem integrada e centrada no paciente, considerando a complexidade das condições coexistentes e as preferências dos pacientes e seus familiares (LAMARE e SOBREIRA-DA-SILVA, 2024).

Além disso, a avaliação da qualidade do cuidado é complexa e depende das condições sociais em que o idoso está inserido. Certamente uma abordagem centrada no paciente com ações personalizadas, está associado a uma melhor satisfação e bem-estar (BRASIL, 2024).

A integração de cuidados comportamentais e físicos é essencial para reduzir hospitalizações e melhorar os resultados, especialmente para pacientes com transtornos de uso de substâncias e doenças crônicas (SILVA, FONSECA, *et al.*, 2022).

Nesse cenário, os CP representam uma resposta eficaz aos desequilíbrios causados pelas DCNT incuráveis, auxiliando os pacientes a enfrentar o agravamento de sua saúde e o eventual falecimento, além de aliviar os sintomas dolorosos associados a essas condições (Silva *et al.*, 2021).

Os cuidados paliativos, portanto, configuram-se como uma intervenção indispensável. Segundo a definição da OMS (2020), os CP são uma abordagem voltada para melhorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias

que enfrentam doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Essa abordagem exige a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor, bem como de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Ressalta-se que os cuidados paliativos não seguem protocolos rígidos, mas se fundamentam em princípios adaptáveis (Borges; Lima, 2024).

O foco desses cuidados não se limita mais à terminalidade, mas abrange também doenças que ameaçam a vida. Dessa forma, os CP devem ser iniciados desde o diagnóstico, independentemente da possibilidade de tratamento curativo, considerando todas as dimensões das necessidades humanas (Brasil, 2024).

Contudo, a seleção de pacientes com base no diagnóstico de doenças que atendem aos critérios para CP apresenta um desafio significativo para as instituições de saúde na atenção primária. A assistência paliativa não deve ser encarada como uma alternativa apenas quando os tratamentos curativos se mostram ineficazes, mas como um cuidado contínuo, oferecido durante todo o curso do tratamento, para proporcionar qualidade de vida ao paciente até o momento de sua morte, além de oferecer suporte à família no período de luto (Bischoff *et al.*, 2024).

Os cuidados paliativos incluem uma ampla gama de intervenções destinadas a reduzir o desconforto do paciente, promover a manutenção de sua autonomia e permitir que ele faça escolhas sobre seu próprio cuidado, chegando ao final da vida de forma digna, sem abandono ou isolamento (Barros *et al.*, 2022). Entretanto, a identificação do momento adequado para iniciar essa intervenção ainda representa um grande desafio, frequentemente associado à falta de conhecimento por parte da equipe de saúde (Borges; Lima, 2024).

O instrumento “*Supportive and Palliative Care Indications Tool*” (SPICT) é uma ferramenta destinada à caracterização de condições clínicas e diagnósticos que indicam a presença de doenças crônicas e incuráveis, conforme descrito no Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (SPICT-BR, 2021). O SPICT identifica cinco sinais gerais de piora do estado de saúde: internações hospitalares não planejadas, dependência de terceiros para cuidados pessoais em função de problemas físicos ou mentais, necessidade de maior suporte para o cuidador, perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses ou baixo índice de massa corporal, e sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado. Também são considerados critérios a solicitação de cuidados paliativos pelo paciente

ou pela família, a interrupção ou limitação do tratamento e o foco na qualidade de vida. Além disso, o SPICT inclui indicadores clínicos baseados em evidências de condições avançadas com piora progressiva, tais como câncer, demência, doenças neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, renais e hepáticas (SPICT, 2021).

A avaliação da capacidade funcional em cuidados paliativos foi realizada com a aplicação da escala *Palliative Performance Scale* (PPS). Essa escala mensura o desempenho funcional e o prognóstico dos pacientes, apresentando 11 níveis de performance que variam de 0 a 100%, em intervalos de 10. Os domínios avaliados na PPS abrangem: deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência.

A interpretação da PPS requer uma leitura horizontal de cada nível da escala, com o objetivo de identificar aquele que melhor representa o estado funcional do paciente. A pontuação, expressa em porcentagem, reflete a capacidade do paciente de atender às suas necessidades biológicas e de manter o desempenho funcional.

#### 5.2.4 Objetivo

O objetivo desta pesquisa é analisar a relação entre Doença Crônica Não Transmissível, SPICT positivo e capacidade funcional (PPS) em usuários idosos da APS.

#### 5.2.5 Método

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, de natureza quantitativa e caráter analítico, realizado com dados secundários extraídos do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) de uma UBS. Estudos transversais analíticos têm múltiplas aplicações, sendo o desenho transversal especialmente relevante para avaliar a prevalência de doenças. Esse tipo de estudo é caracterizado pela coleta de informações relevantes em um único ponto no tempo (Vieira; Hoosne, 2015).

O sistema de prontuário eletrônico da Atenção Básica, o e-SUS, é um software destinado ao armazenamento de todos os dados dos pacientes, relacionados aos atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma cidade. Esse sistema permite avaliar o fluxo de atendimento dos cidadãos, com informações organizadas que possibilitam a obtenção de dados com maior precisão e agilidade, promovendo a integração de alguns serviços de saúde (Brasil, 2017; Thum; Baldisserotto; Celeste, 2019).

O presente estudo foi desenvolvido a partir de dados secundários extraídos do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em uma cidade de médio porte no sul do Brasil, com uma população de pouco mais de 555 mil habitantes. O município possui 54 UBS, distribuídas entre áreas urbanas e rurais, organizadas em macro e microrregiões, delimitando o território de atuação de cada unidade.

A população deste estudo é composta por usuários com 60 anos ou mais, residentes no território de abrangência da UBS onde a pesquisa foi realizada. Essa UBS está localizada na região leste da cidade, uma área mista. O território é dividido por uma avenida de grande fluxo, onde a área localizada abaixo da avenida apresenta vulnerabilidades sociais, incluindo ocupações, registros de atividades relacionadas ao tráfico de drogas, baixos índices de renda e baixa escolaridade. Em contrapartida, a área acima da avenida é composta por um bairro de classe média, com condomínios de casas e prédios de pequeno porte.

A escolha da UBS para a realização do estudo foi feita por conveniência, considerando o fato de o pesquisador conhecer profundamente o território e suas particularidades.

Por um mês foram acompanhados os atendimentos realizados na UBS e a estratificação individual pela idade com o objetivo de identificar os portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de avaliar a capacidade funcional de cada indivíduo.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora entre 22 de maio de 2024 e 5 de novembro de 2024, abrangendo os atendimentos realizados entre 22 de dezembro de 2023 e 22 de janeiro de 2024. Nesse período, a UBS realizou um total de 4.500 atendimentos, dos quais 1.701 foram destinados a pessoas com 60 anos ou mais, que compõem a população estudada.

Para a caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos, as informações foram organizadas em uma planilha do Excel, incluindo: idade, sexo, tempo de vínculo do usuário com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), número de atendimentos, frequência de retornos à UBS no período estudado e os motivos para esses retornos. Além dos dados demográficos, foram coletadas informações sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), fatores de risco como tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas e índice de massa corporal (IMC). Também foram categorizadas outras comorbidades, bem como a participação dos usuários em atividades em grupo promovidas pela equipe multiprofissional.

Em relação à elegibilidade para cuidados paliativos, além dos dados previamente mencionados, foi descrita na íntegra na planilha a Ferramenta de Indicadores de Cuidados Paliativos e de Suporte (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool* - SPICT), com seus indicadores e subitens de avaliação. (Bezerra, Nobre, *et al.*, 2024).

O SPICT é composto por indicadores clínicos e sinais de piora do estado de saúde que auxiliam no julgamento clínico realizado por equipes multidisciplinares. Essa ferramenta é utilizada para identificar pacientes em risco de deterioração e morte. Sua aplicação permite reconhecer pacientes com múltiplas necessidades não atendidas, viabilizando uma avaliação holística e antecipada, a revisão de metas de cuidado e o planejamento de cuidados antecipatórios (SPICT-BR, 2021).

Segundo Afshar *et al.*, (2020), trata-se de uma ferramenta de fácil utilização, organizada em três partes principais:

1. Indicadores clínicos gerais: internações hospitalares de urgência, perda de peso significativa e aumento da necessidade de cuidados relacionados à condição funcional.
2. Indicadores clínicos específicos: baseados nos diagnósticos apresentados pelos pacientes, subdivididos em categorias como câncer, fragilidade e doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas e renais.
3. Recomendações para ações de cuidados paliativos: incluem a revisão de medicações, esclarecimentos ao paciente e familiares sobre a deterioração da saúde e a morte, estabelecimento de

diretivas antecipadas e encaminhamento a serviços especializados.

Na avaliação da capacidade funcional, o instrumento escolhido foi um dos principais marcadores utilizados para monitorar a evolução de doenças crônicas em relação à capacidade funcional dos indivíduos (Marques; Cordeiro, 2021).

A *Palliative Performance Scale* (PPS) é amplamente utilizada em cuidados paliativos. Essa escala é caracterizada por ser de rápida e fácil aplicação, com uma abordagem unidimensional que avalia aspectos como mobilidade, atividade, evidência de doença, autocuidado, ingestão alimentar e nível de consciência. O resultado é expresso em percentual, variando de 10% a 100% (Low *et al.*, 2021).

Na relação entre SPICT positivo e PPS  $\leq 50\%$ , foi realizado o teste qui-quadrado e razão de prevalência.

#### 5.2.6 Resultados

Foram avaliados 288 prontuários. Com base nos diagnósticos registrados e nos relatos sobre o estado clínico dos pacientes, realizou-se a aplicação da ferramenta SPICT para classificá-los como SPICT positivo ou negativo. Em seguida, aplicou-se a escala PPS, independentemente da classificação atribuída pelo SPICT.

Segue na tabela 1 a caracterização de sexo, idade, tempo de vínculo com a UBS, morbidades, elegibilidade do SPICT e PPS dos usuários acima de 60 anos de uma UBS.

**Tabela 4** - Caracterização dos idosos atendidos na UBS, quanto aos aspectos sociodemográficos, morbidades, SPICT e PPS.

Características	Valor Absoluto	Valor Relativo
<b>Total de Pacientes</b>	<b>288</b>	
Sexo:		
Feminino	170	59,30%
Masculino	117	40,77%
Média de Idade	72	

Tempo médio em que o usuário está vinculado ao PEC	mais de 5 anos	
Média da quantidade de atendimentos no PEC/ Usuário	126	
Média da quantidade de retornos por paciente em 30 dias	3	
<b>Morbidades Por Grupo de Doenças Ferramenta SPIC</b>		
Câncer	8	5,5%
Doença Renal	14	9,7%
Doença Cardiovascular	27	18,6%
Demência / Fragilidade	75	51,7%
Doença Respiratória	26	17,9%
Doença Hepática	7	4,8%
Doença Neurológica	20	13,8%
<b>Elegibilidade através da SPICT</b>		
Total de Pacientes com SPICT Positivo	145	50,3%
Não Elegíveis ao Cuidado Paliativo	143	49,7%
<b>Escala de Desempenho Paliativo PPS</b>		
Pacientes com Pontuação de 10% a 50%	66	22,9%
Pacientes com Pontuação de 60 a 100%	222	77,1%
<b>Total de pacientes</b>	<b>288</b>	

Fonte: da autora.

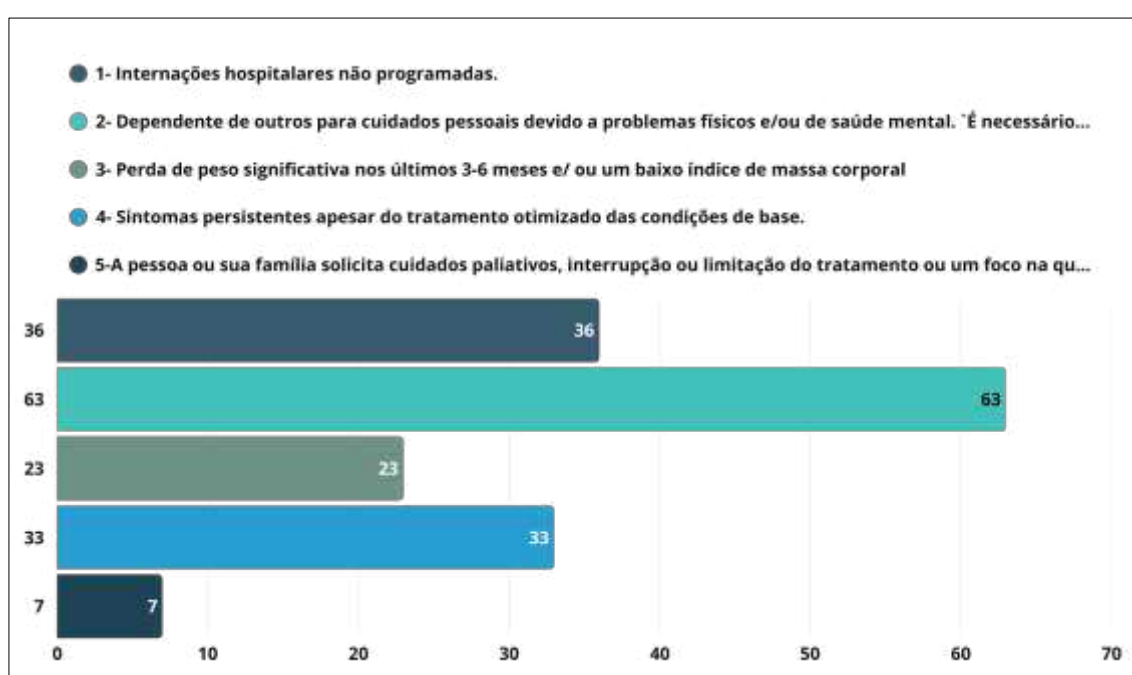
Foram avaliados 288 pacientes com 60 anos ou mais que passaram por atendimento em um período de 30 dias em uma Unidade Básica de Saúde, de uma cidade no sul do país, distribuídos em 170 pessoas do sexo feminino que representam (59,23%) dos participantes e 117 do sexo masculino que representam (40,77%) dos prontuários com idade média de 72,3 anos, tempo em que frequenta a UBS é de mais de 5 anos, com uma média de 126 atendimentos.

Quanto as morbidades por grupos de doença, relacionado a Ferramenta SPICT, a maior prevalência refere-se à demência/ fragilidade no total de 75 pacientes. Em segundo lugar as doenças cardiovasculares, seguidas das doenças respiratórias.

Entre os prontuários 19 pacientes não apresentam diagnóstico clínico de comorbidades, 3 apresentam perda significativa da capacidade funcional.

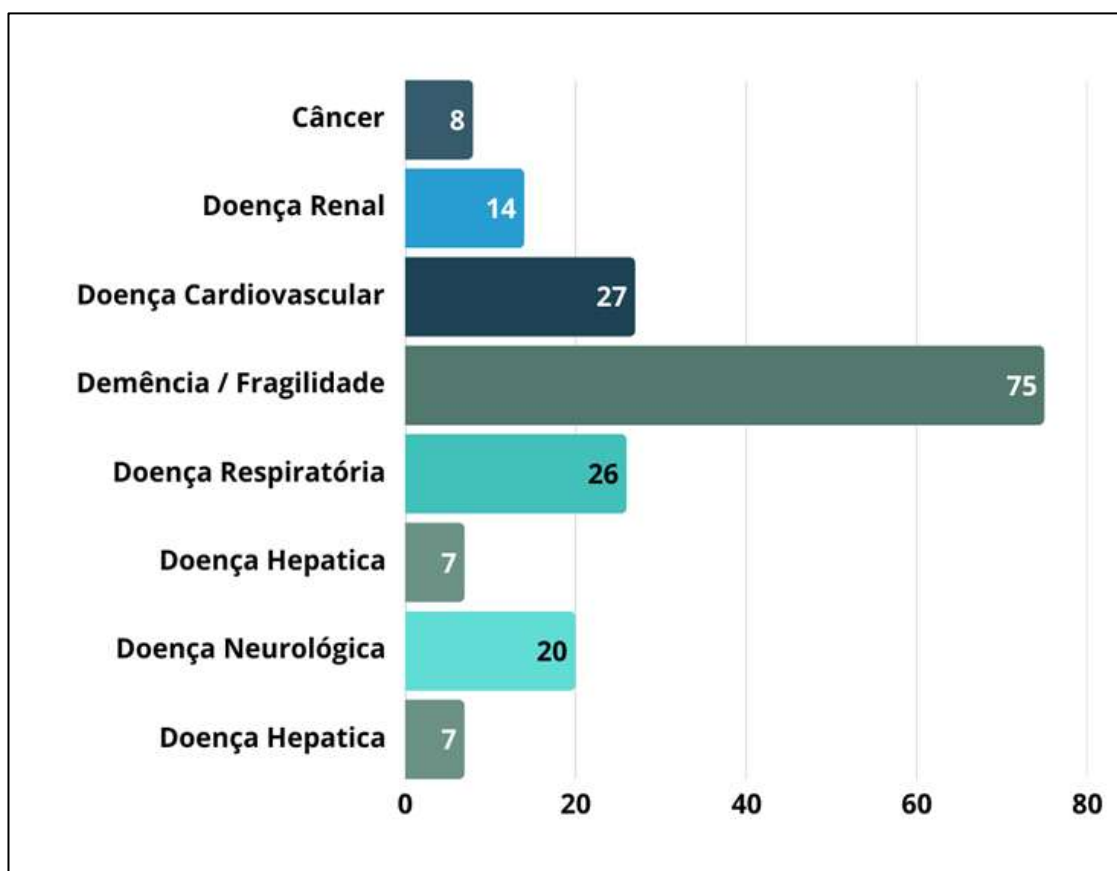
Quanto a elegibilidade ao cuidado paliativo 145 são SPICT positivo e 143 negativo. Já a perda de capacidade funcional, avaliada por meio da escala PPS, 66 pacientes apresentam percentual de 10 a 50% e 222 pessoas com percentual de 60 a 100%.

Segue no gráfico 1 e 2 os resultados da aplicação da escala SPICT, subdivididos em: indicadores de piora de saúde e indicador por diagnóstico, nos usuários acima de 60 anos, que frequentaram a UBS no período do estudo e classificados como SPICT positivo.



**Gráfico 2-** Indicadores de piora de saúde nos usuários idosos atendidos na UBS .  
**Fonte:** da autora.

**Gráfico 3** - Indicadores de piora nos usuários idosos atendidos na UBS.  
**Fonte:** da autora.



Segue na tabela 2 a caracterização dos dados referente aos usuários com mais de 60 anos e SPICT positivo.

**Tabela 5**– Caracterização dos dados relacionados ao SPICT positivo

Dados de Piora Clínica	Valor Absoluto	Valor Relativo
1- Internações hospitalares não programadas.	36	24,9%
2- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.	63	43,5%
3- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal	23	15,9%
4- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.	33	22,9%
5-A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.	7	4,9%
<b>1- CÂNCER</b>		<b>5,5%</b>

1- Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.	4	2,8%
2- Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	4	2,8%
<b>2- DOENÇA RENAL</b>		<b>9,7%</b>
1- Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG 30ml/mi) com piora clínica.	7	4,9%
2- Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.	7	4,9%
3- Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.	0	
<b>3- DOENÇA CARDIVASCULAR</b>		<b>18,6%</b>
1- Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com: • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.	25	17,2%
2- Doença vascular periférica grave e inoperável.	2	1,3%
<b>4- DEMÊNCIA / FRAGILIDADE</b>		<b>51,7%</b>
1-Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.	37	25,5%
2- Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.	7	4,8%
3- Incontinência urinária e fecal.	9	6,2%
4 - Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.	4	2,8%
5- Fratura de fêmur, múltiplas quedas.	3	2,0%
6- Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	15	10,3%
<b>5- DOENÇA RESPIRATÓRIA</b>		<b>17,9%</b>
1-Doença respiratória crônica grave com: • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. Necessidade de oxigenioterapia por longo prazo.	11	7,6%
2- Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada	4	2,8%
3-Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível	11	7,6%
<b>6- DOENÇA HEPÁTICA</b>		<b>4,8%</b>

1-Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano: • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas	4	2,8%
2-Transplante hepático é contraindicado.	3	2,0%
<b>7- DOENÇA NEUROLÓGICA</b>		<b>13,8%</b>
1- Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.	9	6,2%
2- Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.	4	2,8%
3-Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.	7	4,8%
<b>Paciente com SPICT positivo</b>	<b>145</b>	

Fonte: da autora.

Os resultados apontaram que 36 pacientes tiveram internações hospitalares não programadas. Além disso, 63 pacientes apresentaram dependência de terceiros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. Perda de peso significativa e/ou baixo Índice de Massa Corporal (IMC) foi identificada em 23 pacientes. Outros 33 pacientes relataram sintomas persistentes, mesmo com o tratamento otimizado de suas condições de base. Por fim, sete pacientes ou seus familiares solicitaram cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento, ou direcionaram o foco para a qualidade de vida.

Já nos critérios clínicos, o câncer é representado por quatro pacientes os quais apresentaram capacidade funcional em declínio em decorrência da progressão da doença, enquanto outros dois encontram-se extremamente debilitados, impossibilitados de realizar o tratamento do câncer ou o controle adequado dos sintomas. Além disso, quatro pacientes estão nos estágios 4 e 5 de doença renal crônica, com piora clínica progressiva, enquanto outros quatro apresentam insuficiência renal associada a complicações que afetam outras condições limitantes ou tratamentos.

1 Demência/Fragilidade revela-se em trinta e sete pacientes que são incapazes de realizar tarefas básicas, como vestir-se, caminhar ou comer, sem auxílio. Sete pacientes demonstraram redução na ingestão de alimentos e líquidos, acompanhada de dificuldades na deglutição. Nove pacientes apresentam

incontinência urinária e fecal. Quatro pacientes não conseguem manter contato verbal ou apresentam interação social muito limitada. Três pacientes sofreram fraturas de fêmur ou múltiplas quedas, enquanto quinze tiveram episódios recorrentes de febre ou infecções, incluindo pneumonia aspirativa.

2 Em relação a doença cardiovascular, vinte e cinco pacientes encontram-se na classe funcional III/IV de NYHA, apresentando insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável, com sintomas de dispneia ou dor precordial mesmo em repouso ou durante mínimos esforços. Outros dois pacientes apresentam doença vascular periférica grave e inoperável.

3 Com relação doenças respiratórias, onze pacientes apresentam doença respiratória crônica grave, caracterizada por falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços, necessitando de oxigenioterapia prolongada. Quatro pacientes já precisaram de ventilação para insuficiência respiratória ou apresentam contraindicação para esse procedimento. Outros onze pacientes encontram-se em deterioração clínica e sob risco de morte devido a condições ou complicações irreversíveis.

Em relação a doença hepática, quatro pacientes com cirrose avançada apresentaram complicações graves, como ascite resistente a diuréticos, encefalopatia hepática, síndrome hepatorenal, peritonite bacteriana e episódios recorrentes de sangramento por varizes esofágicas. Outros três pacientes foram considerados inaptos para transplante hepático.

4 Sobre as doenças neurológicas nove pacientes apresentaram deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva, mesmo com terapia otimizada. Quatro pacientes relataram problemas de fala, com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição. Sete pacientes sofreram episódios recorrentes de pneumonia aspirativa, acompanhados de dispneia ou insuficiência respiratória.

Segue na tabela 3 o resultado da aplicação da Escala de Desempenho Paliativo (PPS), em usuários da acima de 60 anos frequentadores da UBS.

**Tabela 6 – Escala de desempenho paliativo (PPS)**

<b>% Condição Funcional</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>valor relativo</b>
10 Completamente Acamado	2	0,7%
20 Completamente Acamado	2	0,7%
30 Completamente Acamado	7	2,4%
40 Acamado maior parte do tempo	11	3,8%
50 Acamado ou deitado maior parte do tempo	44	15,3%
60 Reduzido	53	18,4%
70 Reduzido	75	26,0%
80 Completo	75	26,0%
90 Completo	15	5,2%
100 Completo	4	1,4%

**Fonte:** da autora.

A Escala de Desempenho Paliativo é amplamente reconhecida como uma ferramenta essencial para a avaliação do estado funcional de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Os dados analisados mostram uma distribuição dos pacientes em diferentes níveis de desempenho, variando de completamente acamados a completamente funcionais:

Os pacientes nos níveis 10, 20 e 30 correspondem a 11 indivíduos (6,61%), que se encontram completamente acamados e dependentes de cuidados intensivos e contínuos. Embora representem uma pequena parcela do total de pacientes, essa categoria demanda uma atenção considerável devido à gravidade de suas condições clínicas.

Sobre o item “Acamado Maior Parte do Tempo” (Níveis 40 e 50): Obtivemos um total de 56 pacientes (33,74%) encontra-se nos níveis 40 e 50 de funcionalidade, caracterizados por pacientes que permanecem acamados ou deitados a maior parte do tempo. Esse grupo apresenta funcionalidade reduzida e demanda suporte contínuo para atividades diárias. Entre eles, destacam-se 45 pacientes com PPS de 50%, o que, independentemente do diagnóstico clínico, já indica a necessidade de cuidados paliativos, incluindo três pacientes analisados no presente estudo. Esses indivíduos correspondem a um terço do total, reforçando a importância de intervenções direcionadas à melhoria da qualidade de vida e ao alívio do sofrimento.

Para o nível reduzido (Níveis 60 e 70); 128 pacientes (77,02%), que apresentam níveis de desempenho funcional reduzido, mas ainda conseguem realizar algumas atividades com ajuda. Esse grupo constitui a maior parte dos pacientes analisados, caracterizando um estágio intermediário de dependência funcional.

Foram classificados como completo (Níveis 80, 90 e 100): Um total de 94 pacientes (55,96%) encontra-se nos níveis 80, 90 e 100 de funcionalidade. Esses pacientes apresentam maior independência, sendo completamente funcionais ou necessitando de assistência mínima. Apesar de menos prevalentes nos níveis mais altos, esses pacientes ainda representam uma parcela significativa do total analisado.

A maior parte dos pacientes (77,02%) possui funcionalidade reduzida, sem, contudo, estar completamente acamada. Esse dado evidencia a necessidade de suporte moderado. Em todos os níveis de funcionalidade, as intervenções de cuidados paliativos são recomendadas, visando atender às diferentes demandas, melhorar a qualidade de vida, aliviar os sintomas e oferecer suporte aos cuidadores.

Segue na tabela 4 a razão de prevalência entre o Spict e a escala PPS em usuários acima de 60 anos frequentadores da UBS.

**Tabela 7** - Demonstrativo do resultado da prevalência entre as escalas PPS e SPICT em usuários acima de 60 anos entre PPS menor  $\leq 50\%$  com SPICT positivo e SPICT negativo e PPS  $>50\%$  com SPICT positivo e SPICT negativo.

	<b>PPS <math>\leq 50\%</math> (66 Pacientes)</b>	<b>PPS <math>&gt; 50\%</math> (222 Pacientes)</b>	<b>Total</b>
SPICT Positivo	66	79	145
SPICT Negativo	3	79	145
Total	69	219	288

**Fonte:** autora

A razão de prevalência de aproximadamente 2,65 indica que a prevalência de pacientes SPICT positivo é cerca de 2,65 vezes maior entre aqueles com PPS menor ou igual a 50% em comparação com aqueles com PPS maior que 50%. Isso reforça a associação entre ser SPICT positivo com perda da capacidade funcional.

Na relação entre SPICT positivo e PPS  $\leq 50\%$ , foi realizado o teste qui-quadrado. Valor de  $p < 0,000000000000000014$  (praticamente zero). Associação estatisticamente significativa entre o SPICT positivo com PPS  $\leq 50\%$ . As análises

estatísticas compiladas utilizando os arquivos de dados em formato tabular com extensão, *csv* e o software de *RStudio* (versão 4.3.1) para a análises estatísticas.

### 5.2.7 Discussão

As mudanças no perfil populacional, caracterizadas pela redução das taxas de natalidade e pelo aumento da longevidade, são reflexo da evolução tecnológica no campo da saúde. Esses avanços têm disponibilizado recursos que prolongam a vida de pessoas com doenças incuráveis, resultando em alterações significativas na estrutura etária da população brasileira e mundial (Bischoff *et al.*, 2024).

No relatório “Principais causas de morte e carga de morbidade nas Américas: doenças não transmissíveis e causas externas”, publicado em julho de 2024 pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foram analisados os dados de morbidade e mortalidade entre os anos de 2000 e 2019. O documento revelou que, além do aumento na expectativa de vida, houve também um crescimento expressivo no número de pessoas vivendo com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nas Américas (OPAS, 2024).

Foram avaliados 288 prontuários de pessoas com 60 anos ou mais, dos quais 170 (59,23%) pertenciam ao sexo feminino e 117 (40,77%) ao sexo masculino. Esses dados estão em conformidade com a literatura, que aponta uma maior prevalência de doenças entre mulheres em países em desenvolvimento, onde o número de casos de câncer também é mais elevado entre o público feminino em relação ao masculino (INCA, 2023). Adicionalmente, as mulheres tendem a procurar os serviços de saúde com maior frequência e precocidade, o que pode justificar sua maior representatividade nos atendimentos. Em contrapartida, os homens, em sua maioria, enfrentam condições graves e crônicas de saúde em maior proporção que as mulheres e, geralmente, apresentam maior mortalidade precoce (Martins *et al.*, 2021).

O rápido envelhecimento da população nos últimos anos resultou em um aumento expressivo de problemas de saúde e deficiências decorrentes de doenças e lesões não transmissíveis. Esse cenário reafirma os resultados de estudos

que apontam as principais DCNT como sendo: doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias, diabetes, transtornos mentais por uso de substâncias, condições neurológicas, doenças osteoarticulares e lesões não intencionais e intencionais (também denominadas causas externas) (Pereira *et al.*, 2024).

Em relação à elegibilidade para cuidados paliativos, avaliada por meio da aplicação da ferramenta SPICT, foram identificados 145 pacientes com SPICT positivo e 143 com SPICT negativo. Ressalta-se que um único indivíduo com múltiplas comorbidades pode ser considerado elegível com base em diferentes indicadores, que incluem tanto sinais de piora do estado de saúde quanto indicadores clínicos, organizados por grupos de doenças relacionadas aos sistemas corporais afetados.

O presente estudo destacou a hipertensão arterial como a comorbidade mais prevalente, com 87,2% dos pacientes diagnosticados. Além disso, observou-se que muitos pacientes apresentavam complicações secundárias à hipertensão. Entre os pacientes elegíveis para cuidados paliativos, conforme a ferramenta SPICT, 9,6% possuíam o indicador clínico de doença renal, 18,6% de doença cardiovascular e 51,7% de demência/fragilidade. Este último é o indicador com maior prevalência, refletindo um estado avançado de dependência e perda significativa da capacidade funcional.

A análise dos prontuários revelou que, antes de alcançarem esse estado avançado, os pacientes frequentemente apresentavam hipertensão como condição de base, isolada ou associada a outras comorbidades. As complicações que culminaram na perda de capacidade funcional incluíram insuficiência cardíaca, doenças isquêmicas do coração, acidente vascular cerebral e amputações relacionadas às complicações do diabetes.

No estudo realizado por Silva *et al.* (2022), cujo objetivo foi analisar o impacto do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT de 2011 a 2022 nas internações hospitalares, óbitos e taxa de mortalidade no Brasil, classificados por Doenças Cardiovasculares (DCV), verificou-se que a incidência de DCV é mais elevada entre idosos acima de 60 anos. Nessa faixa etária, complicações mais graves são frequentes, com necessidade de internações prolongadas. Durante esses períodos, o comprometimento de outros sistemas é comum, podendo levar ao óbito, que, no estudo, foi mais prevalente em indivíduos acima de 70 anos, ou a uma acentuada incapacidade funcional.

A análise dos indicadores de piora de saúde identificou 63 indivíduos que necessitam de auxílio de cuidadores ou familiares para realizar atividades cotidianas, devido às limitações físicas ou problemas de saúde mental. Esse dado é significativo, especialmente considerando que o indicador clínico de maior prevalência foi o item 4, relacionado a Demência/Fragilidade. Esse indicador possui seis opções de caracterização, e a maioria dos pacientes (37; 25,52%) foi classificada como incapaz de vestir-se, caminhar ou alimentar-se sem ajuda. Além disso, 15 (10,3%) pacientes apresentaram quadros recorrentes de febre ou pneumonia aspirativa.

Outro dado relevante foi o percentual de 13,8% relacionado ao indicador de doenças neurológicas, sendo o diagnóstico de Alzheimer predominante. Essa doença degenerativa evolui com perda progressiva da capacidade funcional, resultando em demência e fragilidade. Cabe ressaltar que um mesmo paciente pode apresentar múltiplos indicadores clínicos (Sudhakaran *et al.*, 2023).

A pandemia de COVID-19 representou um desafio significativo para pacientes com demência e suas famílias, devido ao impacto desproporcional dessa condição nesse grupo. Estudos demonstraram que, mesmo com tentativas de controle de outras condições de saúde, a demência está associada a um risco elevado de infecção por SARS-CoV-2 e de mortalidade subsequente à COVID-19 (Silva *et al.*, 2022).

Cuidar de pessoas com demência é um desafio complexo, que envolve dificuldades físicas, emocionais e financeiras. Nos EUA, 83% dos cuidadores são informais, geralmente familiares. No Brasil, conforme dados do IBGE (2019), o número de brasileiros que assumiram o papel de cuidadores de parentes e idosos no domicílio alcança aproximadamente 5,1 milhões (Cordeiro *et al.*, 2020).

A progressão da demência e a duração prolongada da doença aumentam significativamente a carga do cuidado. Intervenções eficazes em cuidados paliativos na atenção primária devem incluir tanto o cuidador quanto a família, sendo as Equipes Saúde da Família (ESF) fundamentais nesse processo. Essas equipes desempenham o papel de apoiar cuidadores e pacientes, acompanhando a jornada de cuidado, capacitando os envolvidos e garantindo a preservação dos direitos dos pacientes, além de prevenir acidentes e agravos relacionados ao cuidado (Sudhakaran *et al.*, 2023).

O estudo de Barros *et al.* (2022) investigou a elegibilidade de pacientes internados para cuidados paliativos por meio da aplicação da ferramenta SPICT em um hospital do sudeste do Brasil. Os resultados mostraram que, embora as doenças cardiovasculares tenham sido o indicador clínico mais prevalente, a maior incidência de internações ocorreu entre pacientes elegíveis na categoria de doenças respiratórias, com destaque para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

No presente estudo, as doenças respiratórias representaram 17,9% dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos, sendo identificados oito casos de DPOC. Essa patologia é caracterizada por baixa reversibilidade, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos pacientes. As exacerbações, comuns nessa condição, tornam-se indicativas de reavaliação clínica e, frequentemente, exigem internação hospitalar (Simões *et al.*, 2021).

Pacientes com doenças hepáticas frequentemente não têm suas necessidades de cuidados paliativos adequadamente atendidas. Essa condição apresenta uma elevada carga de sintomas físicos e psicológicos. Mesmo em estado compensado, a qualidade de vida de pacientes com agravamento progressivo da doença é comparável à de pacientes com câncer avançado (Tandon *et al.*, 2021).

Os dados do presente estudo indicaram que as doenças hepáticas representaram 4,8% dos indicadores clínicos entre os pacientes elegíveis para cuidados paliativos. Um estudo conduzido por Low *et al.* (2021), que avaliou o uso da *Supportive and Palliative Care Indicator Tool* (SPICT) como ferramenta de triagem para necessidades de cuidados paliativos e para prever mortalidade em 12 meses, demonstrou que a SPICT apresentou 93% de sensibilidade, evidenciando excelente desempenho na identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Entretanto, na previsão de mortalidade em 12 meses, o desempenho foi considerado moderado.

Outro estudo, realizado por Sudhakaran *et al.* (2023), teve como objetivo rastrear as necessidades de cuidados paliativos na comunidade utilizando a ferramenta SPICT. Os resultados da análise univariada revelaram que variáveis como idade, estado civil, anos de escolaridade, ocupação e presença de morbidades estavam significativamente associadas à necessidade de cuidados paliativos. Além disso, estar desempregado e apresentar uma ou mais morbidades foram identificados

como fatores independentemente associados à necessidade de cuidados paliativos (Bezerra *et al.*, 2024).

O estado funcional foi avaliado por meio da escala de desempenho paliativo PPS, que classifica o status funcional em uma escala de 10 a 100. Um escore de 100 é atribuído a indivíduos sem limitações, enquanto 10 é aplicado a casos com alto risco de morte. De acordo com a literatura, pacientes com pontuação igual ou inferior a 70 (capazes de realizar autocuidado, mas com mobilidade reduzida e incapazes de executar tarefas domésticas) podem ser considerados elegíveis para cuidados paliativos precoces. Já aqueles com pontuação de 50 ou menos (passando até 50% do dia sentados ou deitados, com necessidade substancial de assistência e frequentes cuidados médicos) são fortemente indicados para inclusão em CP (Bischoff *et al.*, 2024).

Os dados indicam que 7,6% dos pacientes avaliados apresentaram PPS inferior a 40%. Esses indivíduos encontram-se predominantemente acamados ou totalmente restritos ao leito. Quando associados ao SPICT positivo, deveriam estar recebendo cuidados paliativos, mas apenas 4 pacientes foram devidamente referenciados para esse tipo de cuidado.

A OMS (2020) recomenda que os cuidados paliativos sejam indicados precocemente, já no diagnóstico de uma doença incurável. É importante destacar que processos incapacitantes comprometem a autonomia e as atividades sociais dos pacientes, impactando diretamente na qualidade de vida, especialmente em idosos (Low *et al.*, 2021).

De acordo com Marques e Cordeiro (2021), é essencial implementar ações paliativas que ampliem o acesso a cuidados adequados para pacientes e familiares. A incapacidade funcional comprometida frequentemente está associada à indicação tardia de cuidados paliativos (ANCP, 2021).

Um estudo conduzido por Lamare e Sobreira-da-Silva (2024), que analisou as perspectivas de gestores sobre uma proposta permanente de cuidados paliativos, revelou que, apesar da evolução dos estudos e das discussões sobre CP, ainda predomina uma cultura de indicação restrita, aplicada apenas na ausência de recursos curativos e em situações nas quais os pacientes já se encontram incapacitados, acamados e em fase terminal.

Entretanto, é necessário reforçar que o modelo de cuidados paliativos deve ser iniciado antes dos estágios avançados, sobrepondo-se aos tratamentos curativos em casos de mau prognóstico. O objetivo principal desse cuidado é evitar desconforto, sofrimento e tratamentos desnecessários, promovendo a máxima qualidade de vida possível (Bischoff *et al.*, 2024).

No contexto brasileiro, a oferta de serviços de cuidados paliativos ainda é limitada e caracterizada por uma distribuição desigual, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste (Brasil, 2024). A Política Nacional de Cuidados Paliativos busca corrigir essas desigualdades, promovendo equidade e integralidade no atendimento às pessoas que convivem com doenças ameaçadoras à vida (PNCP, 2024).

O estudo de Afshar *et al.* (2020) (AFSHAR, WIESE, *et al.*, 2020) destaca que o treinamento das equipes de saúde para a oferta de cuidados paliativos pode reduzir a escassez de profissionais capacitados na área, assegurando maior acessibilidade aos serviços. Ademais, a ampliação da disponibilidade de cuidados paliativos promove a satisfação dos pacientes e de seus familiares, melhora a qualidade de vida, proporciona experiências mais humanizadas no final da vida e, simultaneamente, reduz os custos associados aos tratamentos (Barros *et al.*, 2022).

A funcionalidade está intimamente ligada ao risco de mortalidade, sendo, portanto, uma ferramenta frequentemente utilizada para indicar pacientes que necessitam de suporte em cuidados paliativos (Simões *et al.*, 2021). Contudo, o prognóstico de quadros de demência apresenta incertezas, uma vez que a progressão da doença pode variar significativamente. Em alguns casos, ela pode se estender por vários anos, enquanto em outros, resulta em óbito precoce devido a complicações, deficiências nutricionais e outras comorbidades (Cordeiro *et al.*, 2020).

Além disso, as doenças cerebrovasculares são a principal causa de incapacidades e figuram entre as principais causas de mortalidade em diversos países. No entanto, a oferta de cuidados paliativos para esses pacientes ainda é limitada e, mesmo quando disponível, costuma ocorrer apenas nos períodos finais da vida (Marcucci; Rodrigues; Almeida, 2020).

Pacientes que apresentam alto grau de dependência funcional enfrentam dificuldades para expressar suas necessidades, o que torna mais complexos a identificação, avaliação e manejo de sintomas físicos, psicológicos e

espirituais. Essa condição também dificulta o encaminhamento para cuidados paliativos (Pereira *et al.*, 2024).

Nesse contexto, os cuidadores desempenham um papel essencial no planejamento do cuidado, mas também estão sujeitos a desenvolver sintomas físicos, sofrimento emocional, depressão e ansiedade. Por essa razão, é crucial que os cuidadores recebam suporte adequado, a fim de enfrentar a sobrecarga gerada pelas demandas cotidianas e pelos cuidados intensivos que o paciente em cuidados paliativos exige (Marcucci; Rodrigues; Almeida, 2020).

Bezerra *et al.* (2024) ressaltam que cada paciente pode evoluir de maneira diferente mesmo diante do mesmo diagnóstico. Contudo, cada doença possui uma trajetória típica, definida com base nos estudos sobre sua evolução natural. Compreender os possíveis desdobramentos das doenças e identificar o momento exato dessa trajetória na qual o paciente se encontra permite que os profissionais de saúde planejem um cuidado que integre o tratamento modificador da doença com a abordagem de cuidados paliativos.

Com base nos dados do presente estudo e em achados de outras pesquisas semelhantes, conclui-se que a implementação de cuidados paliativos exige uma equipe multiprofissional devidamente treinada, com sólido conhecimento teórico e prático, de modo a assegurar intervenções precisas e decisões oportunas, sempre priorizando a qualidade de vida do paciente.

Portanto, recomenda-se que os cuidados paliativos sejam iniciados desde o diagnóstico, integrando-se ao tratamento terapêutico. Essa abordagem possibilita intervenções mais assertivas, com o paciente ocupando o papel de protagonista em suas escolhas relacionadas ao tratamento. Além disso, a implementação de diretivas antecipadas facilita as decisões das equipes de saúde, promovendo, de forma ampla, a qualidade de vida.

#### 5.2.8 Considerações Finais

Os resultados deste estudo indicaram que mais da metade dos pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) são elegíveis para cuidados paliativos. Identificou-se uma elevada demanda de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), refletindo uma **aNenhuma entrada de índice de**

**ilustrações foi encontrada.** Ita prevalência de indivíduos elegíveis para esse tipo de intervenção.

Adicionalmente, constatou-se que a maioria dos pacientes diagnosticados com DCNT possui um percentual de PPS inferior a 70%, o que é classificado como indicativo de intervenção paliativa. Isso significa que esses indivíduos apresentam capacidade funcional bastante comprometida, permanecendo a maioria do tempo sentados ou deitados. Entre os 145 pacientes identificados como elegíveis para cuidados paliativos, apenas 4 recebem essa assistência de forma programada.

Nos últimos anos, avanços significativos foram registrados na integração dos cuidados paliativos à atenção primária, principalmente com a implantação da Política Nacional de Cuidados Paliativos de 2024, que se articula à Rede de Atenção à Saúde. Iniciativas de capacitação das equipes para o manejo adequado desse tipo de cuidado têm beneficiado tanto as pessoas que convivem com doenças incuráveis quanto seus familiares.

Há consenso na literatura de que o momento ideal para a inserção dos cuidados paliativos é logo após o diagnóstico, concomitantemente aos tratamentos curativos. Essa abordagem contribui para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

A ampliação da promoção de cuidados paliativos na atenção primária a saúde favorece o controle de sintomas e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes ao longo de todo o curso de uma doença crônica ameaçadora à vida, e não apenas em seu estágio final.

A prática de novos modelos assistenciais que contemplem os cuidados paliativos possibilitará que os pacientes e suas famílias considerem seus próprios objetivos e prioridades em relação à qualidade de vida e por meio de diretivas antecipadas participem ativamente do seu plano terapêutico, contemplando as questões clínicas mas também emocionais, sociais e espirituais. Quando alinhados aos valores e preferências individuais dos pacientes, os profissionais de atenção primária desempenham um papel fundamental em ajudar os pacientes a encontrar propósito e satisfação na vivência com limitações funcionais e/ou com uma expectativa de vida reduzida.

Nesse contexto é possível que o paciente receba alta da equipe de cuidados paliativos em períodos de estabilização dos sintomas o que permite a retomada de alguns aspectos de sua autonomia e do cuidado no ambiente domiciliar. Contudo, essa alta não significa o encerramento do caráter paliativo da abordagem, mas sim uma transição no modelo de assistência.

Na prática, o processo de alta em cuidados paliativos exige um planejamento detalhado e interdisciplinar, é fundamental que o paciente e os cuidadores sejam orientados sobre os sinais de agravamento da condição que demandariam nova intervenção da equipe paliativa. Além disso, o contato com a equipe deve ser mantido, possibilitando reavaliações regulares e a retomada dos cuidados mais intensivos caso a situação do paciente volte a se deteriorar.

De tal maneira o paciente e seus familiares podem contar com essa flexibilidade no cuidado paliativo, cujo objetivo é proporcionar suporte contínuo e adaptado às mudanças no estado clínico do indivíduo. Assim, o cuidado paliativo não é interrompido, mas reconfigurado para atender às necessidades específicas de cada momento da trajetória do paciente.

Pesquisas futuras devem focar em desenvolver estratégias de aplicação elegibilidade precoce aos cuidados paliativos que atendam às necessidades dos pacientes com multicomorbidades, que favoreçam a prevenção do declínio da capacidade funcional, com ações individualizadas que coloquem o paciente como protagonista do seu cuidado.

Destaca-se, ainda, o crescente incentivo das políticas públicas de saúde brasileiras em relação ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde, no fortalecimento da Atenção Primária e das Redes de Atenção à Saúde que inserem o paciente no sistema diretamente no nível de densidade tecnológica necessário de maneira equitativa.

Tanto o manejo domiciliar de doenças crônicas não transmissíveis quanto os princípios dos cuidados paliativos são bem definidos e regulamentados pelas portarias do Ministério da Saúde. Esses esforços são reforçados pela Política Nacional de Cuidados Paliativos, que integra o cuidado paliativo em todos os níveis de atenção.

### 5.2.9 Referências

AFSHAR, K. *et al.* Systematic identification of critically ill and dying patients in primary care using the German version of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-DE). **GMS German Medical Science**, v. 18, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6997946/pdf/GMS-18-02.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2025.

BISCHOFF, K. *et al.* Prognoses associated with palliative performance scale scores in modern Palliative Care Practice. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 7, p. e2420472, 2024. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820863>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BUCHMAN, D. Z. *et al.* Palliative care for people who use substances during communicable disease epidemics and pandemics: a scoping review protocol. **BMJ open**, v. 11, n. 10, p. e053124, 2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/10/e053124.abstract>. Acesso em: 07 jun. 2024.

CORRÊA, S. R. *et al.* Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1507>. Acesso em: 05 fev. 2025.

LOW, J. *et al.* Do screening tools assess palliative care needs and 12-month mortality in patients admitted to hepatology in-patient wards? **Frontline Gastroenterology**, v. 13, n. 3, p. 211-217, mai. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35493625/>. Acesso em: 05 fev. 2025.

MARQUES, R. S.; CORDEIRO, F. R. Instrumentos para identificação da necessidade de cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7051, abr. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7051/4461>. Acesso em: 15 jan. 2025.

MARTINS, T. C. F. *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n10/4483-4496/>. Acesso em: 02 jan. 2025.

PEREIRA, P. H. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes encaminhados para a equipe de cuidados paliativos/Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes encaminhados para a equipe de cuidados paliativos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 16, p. e-13246, ago. 2024. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/13246/12644>. Acesso em: 02 fev. 2025.

RIBEIRO, D. L.; CARVALHO FILHO, M. A. Cuidados paliativos na emergência: invocando Kairós e repensando os sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde**

**Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. e00127922, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tCywDGqzjzfGShB3WTwnJzD/>. Acesso em: 02 fev. 2025.

SILVA, R. A. *et al.* The impact of the strategic action plan to combat chronic non-communicable diseases on hospital admissions and deaths from cardiovascular diseases in Brazil. **PloS one**, v. 17, n. 6, p. e0269583, jun. 2022. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0269583>. Acesso em: 05 fev. 2025.

SUDHAKARAN, D. *et al.* Screening for palliative care needs in the community using SPICT. **Medical Journal Armed Forces India**, v. 79, n. 2, p. 213-219, mar./abr. 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377123721002276>. Acesso em: 05 jan. 2025.

TANDON, P. *et al.* AGA clinical practice update on palliative care management in cirrhosis: expert review. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 19, n. 4, p. 646-656, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1542356520315615>. Acesso em: 05 fev. 2025.

## 6 CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar dados sobre a prevalência de usuários da atenção primária à saúde, portadores de DCNT vinculados a uma UBS, elegíveis para cuidados paliativos. Os resultados evidenciaram a importância da estratificação dos pacientes em um determinado território, identificando aqueles que apresentam comorbidades e classificando o risco ao qual estão expostos. Verificou-se que a população estudada possui uma alta prevalência de multicomorbidades. A identificação precoce de uma patologia crônica, aliada ao início do tratamento, contribui para a redução de riscos de agravamentos.

Como principal porta de entrada aos serviços de saúde, a UBS desempenha um papel essencial ao oferecer acompanhamento multiprofissional, abrangendo ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população.

O fortalecimento da APS é um fator determinante na redução de complicações atribuídas às DCNT. Essa abordagem contribui para a diminuição dos gastos públicos e, principalmente, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, incluindo o período final de suas vidas. Para isso, a organização de políticas públicas de saúde é indispensável, contemplando o acesso equitativo, a qualificação de recursos humanos e o planejamento de ações estruturadas, com enfoque na formação técnica e humanizada das equipes multiprofissionais.

A organização de protocolos para a aplicação de escalas, identificação de pacientes com critérios de elegibilidade ao CP, planejamento e coordenação do cuidado multiprofissional, além do acolhimento integral da família, constitui uma medida essencial para a implantação efetiva desses cuidados na APS. O estudo evidenciou a efetividade das escalas SPICT e PPS na avaliação da elegibilidade dos pacientes, contribuindo tanto para a definição de diretrizes terapêuticas quanto para a elaboração de prognósticos.

Conclui-se haver uma elevada prevalência de pessoas portadoras de DCNT elegíveis para cuidados paliativos atendidas na atenção primária à saúde. Assim, torna-se necessário implementar ações por parte das equipes multiprofissionais, com o objetivo de efetivar e validar a nova Política Nacional de Cuidados Paliativos.

## **7 RECURSOS**

Os recursos e gastos serão de responsabilidade do pesquisador.

## REFERÊNCIAS

- BISCHOFF, K. *et al.* Prognoses associated with palliative performance scale scores in modern Palliative Care Practice. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 7, p. e2420472, 2024. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820863>. Acesso em: 15 jan. 2023.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 23 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão (pressão alta)**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 23 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica n. 16).
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial da União**, Edição: 225, Seção: 1, p. 276. Brasília, 23 nov. 2018. Disponível: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710). Acesso em: 15 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018 - vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2018\\_populacao\\_negra.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_populacao_negra.pdf). Acesso em: 23 ago. 2023.
- CASTILHO, R. K. **Manual dos cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.
- COSTA, K. A. R. *et al.* Teoria humanística nos cuidados paliativos: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e532111033133, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33133/28033>. Acesso em: 20 ago. 2023.
- DEVI, R. *et al.* A narrative review of the patient journey through the lens of non-communicable diseases in low-and middle-income countries. **Advances in Therapy**, v. 37, n. 12, p. 4808-4830, 2020. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-020-01519-3>. Acesso em: 17 jan. 2025.

DEVI, R. *et al.* A narrative review of the patient journey through the lens of non-communicable diseases in low-and middle-income countries. **Advances in Therapy**, v. 37, n. 12, p. 4808-4830, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-020-01519-3>. Acesso em: 17 jan. 2025.

DOWNING, G. M.; BRAITHWAITE, D. L.; WILDE, J. M. Victoria BGY palliative care model—a new model for the 1990s. **Journal of Palliative Care**, v. 9, n. 4, p. 26-32, 1993. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/082585979300900406>. Acesso em: 21 jul. 2023.

DURÃES, B. L. *et al.* Estratégias de avaliação para pacientes hipertensos. **Revista Bionorte**, v. 8, n. S1, p. 1, 2022. Disponível em: <http://revistas.funorte.edu.br/revistas/index.php/bionorte/article/view/177/180>. Acesso em: 19 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021**. Agência Notícias IBGE, 22 jul. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021#>. Acesso em: 17 jun. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Condutas**. 17 maio 2023. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v02/pdf/condutas3.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/condutas3.pdf). Acesso em: 17 jun. 2023.

LÉLIS, A. L. P. A.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Phases of humanistic theory: analysis of applicability in research. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1113-1122, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MZxqjMPXCLyfMjWsZJHRtWt/>. Acesso em: 17 jun. 2023.

MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190030, abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2019.v22/e190030/pt/>. Acesso em: 22 jun. 2023.

MARCUCCI, F. C. I.; RODRIGUES, L. F.; ALMEIDA, M. J. A necessidade de fortalecer os cuidados paliativos na saúde pública do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. 1, p. 18-30, jul. 2020. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/372/112>. Acesso em: 22 jun. 2023.

MARQUES, R. S.; CORDEIRO, F. R. Instrumentos para identificação da necessidade de cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo**

**Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7051, 22 abr. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7051/4461>. Acesso em: 22 jun. 2023.

MUNDAY, D. *et al.* Integrated management of non-communicable diseases in low-income settings: palliative care, primary care and community health synergies. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 9, n. 4, p. e32, 2019. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/9/4/e32.abstract>. Acesso em: 22 jun. 2023.

OLIVEIRA, J. C. *et al.* Intervenções de enfermagem em cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e24710817365, out. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17365>. Acesso em: 22 jun. 2023.

PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. **Enfermeria humanística**. México: Limusa, 1979.

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining palliative care—a new consensus-based definition. **Journal of pain and symptom management**, v. 60, n. 4, p. 754-764, out. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302475>. Acesso em: 21 jul. 2023.

RODRIGUES, M. M.; ALVAREZ, A. M.; RAUCH, K. C. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. e190010, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2019.v22/e190010/pt/>. Acesso em: 21 jul. 2023.

SANTOS, M. C. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; FERNANDES, A. F. C. Palliative care to the cancer patient: reflections according to Paterson and Zderad's view. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 350–354, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/HgCrDLPhq3KmKH3MtJdpqgm/>. Acesso em: 21 jul. 2023.

SANTOS, M. C. L.; SOUZA, A. R. N. D.; ANDERSON, M. I. P. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de médicos e enfermeiros preceptores em Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 1-11, jan./dez. 2023. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3345/1841>. Acesso em: 21 jul. 2023.

SILVA, A. E.; DUARTE, E. D.; FERNANDES, S. J. D. Palliative care production for health professionals in the context of home care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 1, p. e20210030, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jPD7swy5bf8jhNVF96SzNSH/?format=html&lang=en>. Acesso em: 21 jul. 2023.

SILVA, N. R.F. *et al.* Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: contribuição para prática clínica do enfermeiro. **Revista Uningá**, Maringá, v. 55, n. 2, p. 59-71, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/1385/1685>. Acesso em: 20 set. 2023.

UNIVERSITY OF EDINBURGH. **SPICT-BR™ Brazil Supportive and Palliative Care Indicators Tool**: ferramenta de indicadores de cuidados de suporte e cuidados paliativos (versão brasileira). Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>. Acesso em: 18 fev. 2024.

VASQUES, T. C. S. *et al.* Cuidados paliativos e teoria humanística na enfermagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 91, n. 29, p. 27-32, abr. 2020. Disponível em: <https://mail.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/467/601>. Acesso em: 28 dez. 2024.

VIANTE, W. J. M. *et al.* Uso de ferramentas de avaliação para as doenças crônicas em pesquisas de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4585, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4585>. Acesso em: 21 jul. 2023.

VIEIRA, S.; HOOSNE, W. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Saving lives, spending less**: a strategic response to noncommunicable diseases. Geneva: WHO. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 maio 2023.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/152198>. Acesso em: 20 set. 2023.



**ANEXOS**

## ANEXO A

### Instrumento Spict-Br



## Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)



**O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.**

**Procure por indicadores gerais de piora da saúde.**

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

**Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.**

<b>Câncer</b>	<b>Doença cardiovascular</b>	<b>Doença renal</b>
Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer. Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	Classe funcional III/IV de NYHA-Insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com: • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.	Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/ml) com piora clínica. Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.
<b>Demência/ fragilidade</b> Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda. Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição. Incontinência urinária e fecal. Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social. Fratura de fêmur, múltiplas quedas. Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	Doença vascular periférica grave e inoperável.	Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
<b>Doença neurológica</b> Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada. Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição. Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.	<b>Doença respiratória</b> Doença respiratória crônica grave com: • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo. Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.  Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.	<b>Doença hepática</b> Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano: • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas  Transplante hepático é contraindicado.
<b>Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.</li> <li>▪ Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.</li> <li>▪ Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.</li> <li>▪ Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.</li> <li>▪ Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.</li> </ul>		

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website ([www.spict.org.uk](http://www.spict.org.uk))

SPICT™, abril 2016

Fonte: University of Edinburgh (2023).

## ANEXO B

### *Palliative Performance Scale – PPS*

PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60%	Reduzida	Incapaz para hobbies, trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50%	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
0%	Morte	-	-	-	-

Fonte: Victoria Hospice Society.

## ANEXO C

### Termo de Confidencialidade e Sigilo

#### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu **Dária Cristina Sampaio Faustino Pereira, brasileira, casada, enfermeira, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº 007.119.229-85**, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado

“ **Usuários Da Atenção Primária Portadores De Doenças Crônicas Não Transmissíveis Elegíveis Ao Cuidado Paliativo**”, a que tiver acesso nas dependências das Unidades Básicas de Saúde participantes do estudo.

Da Secretaria de Saúde de Londrina.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da

pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita,

verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões,

conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou

associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa à operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado

ciente de que sanções judiciais poderão advir:

Local, *Londrina 17 de novembro de 2023*

Ass. *Daiva Campes F. Pereira*

**Nome do Pesquisador(a) Responsável**

**ANEXO D****Autorização Definitiva de Pesquisa**

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - DGTES  
Avenida Theodoro Victorelli, 103 - Jardim Helena - CEP 86027-750 - Londrina - PR  
Telefone (43) 3375-0071 / e-mail: oficina@saude.londrina.pr.gov.br

**AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA DE PESQUISA**

C. D. 01/2024 - GPOQS/DGTES/AMS/PML

Informamos que está autorizada a pesquisa: "USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ELEGÍVEIS AO CUIDADO PALIATIVO", da pesquisadora Dária Cristina Sampaio Faustino Pereira, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, nível de Mestrado, da Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Aparecida Penha Martins, da mesma instituição, de acordo com o parecer nº 6.740.516 do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

Informamos ainda ser imprescindível que ao término desta pesquisa, nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Londrina, 16 de maio de 2024.

  
**Kelly Cristina Jeronymo Soares**  
Gerente de Planejamento  
e Qualificação de Servidores  
DGTES/AMS/PML

  
**Nilcéia Diegues dos Santos**  
Técnica de Gestão Pública  
GPOQS/DGTES/AMS/PML



## ANEXO E



Centro de Ética em  
Pesquisa Evoluendo  
Ser Humano

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ELEGÍVEIS AO CUIDADO PALIATIVO

**Pesquisador:** DARIA CRISTINA SAMPAIO FAUSTINO PEREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 77606724.1.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.740.516

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas abaixo foram extraídas do documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2289407.pdf

#### Resumo:

**Introdução:** A atenção primária em saúde (APS), é a porta de entrada dos pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo o cenário ideal para classificação de risco desses pacientes e elegibilidade ao cuidado paliativo como uma medida de controle de sintomas e qualidade de vida. **Objetivo:** O presente estudo objetiva, identificar a prevalência e classificar o risco dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, elegíveis aos cuidados paliativos através da aplicação das escalas Palliative Performance Scale (PPS) e Ferramenta de Indicadores de Cuidados de Suporte e Cuidados Paliativos (SPICT-BR<sub>2</sub>), em qualquer idade ou fase de evolução da doença, vinculados às Unidades Básicas de Saúde da cidade de Londrina- PR. **Método:** Estudo transversal natureza quantitativa e caráter analítico, realizado a partir de dados secundários extraídos do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Para construção da amostra pretende-se selecionar uma unidade básica de saúde de cada macrorregião da cidade de Londrina. A população do estudo serão todos os usuários atendidos nas unidades básicas de saúde no período da pesquisa, sem critérios de exclusão. A amostra será todos os pacientes atendidos neste período que estão classificados no (PEC), com CID ou

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em  
População Evoluindo  
Sociedade Humana

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 6.740.516

CIAP, como portador de alguma patologia pertencente ao grupo das (DCNT). Selecionada a amostra será classificado o risco e posteriormente aplicada as escalas (PPS) e ferramenta (SPICT-BR<sub>2</sub>), para elegibilidade aos cuidados paliativos. O período

escolhido para coleta de dados será o primeiro quadrimestre do ano de 2024. As informações serão compiladas utilizando os arquivos de dados em formato tabular com extensão, csv e o software de RStudio (versão 4.3.1) para a análises. Resultados: Pretende-se mensurar prevalência dos pacientes atendidos pela (APS) elegíveis ao (CP), na cidade de Londrina, contribuindo para construção de estratégias e ações de cuidado neste segmento.

**Critério de Inclusão:**

A população do estudo serão todos os usuários atendidos durante o período de quatro meses na unidade básica de saúde eleita para o desenvolvimento da pesquisa, sem critérios de exclusão.

A população será formada por pessoas pertencentes ao território de atuação que receberem atendimento nas unidades participantes do estudo no período já citado anteriormente, serão estudados todos os pacientes que estão com diagnósticos vinculados de acordo com o código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), ou CIAP2, Sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária 2ª Segunda Edição, que o identifique como portador de doença crônica não transmissível, de acordo com a classificação internacional, também será avaliado comorbidades associadas

**Objetivo da Pesquisa:**

As informações elencadas abaixo foram extraídas do documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2289407.pd

**Objetivo Primário:**

O presente estudo objetiva identificar a prevalência dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis elegíveis aos cuidados paliativos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

**Objetivo Secundário:**

- Caracterizar os fatores demográficos e perfil populacional do território adstrito das Unidades Básicas de Saúde,
- mensurar a capacidade funcional, dos usuários através da aplicação da escala Palliative Performance Scale (PPS) (PPS),
- aplicar a Ferramenta de Indicadores de Cuidados de Suporte e Cuidados Paliativos (SPICT-

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Centro de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 6.740.516

BR.).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As informações elencadas abaixo foram extraídas do documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2289407.pd

**Riscos:**

Vazamento de dados coletados.

Como estratégias para anular ou minimizar a ocorrência do risco identificado a coleta de dados será realizada utilizando exclusivamente no computador da Unidade Básica de Saúde, os dados serão compilados em planilha Excel Google e salvos com senha de acesso. Ressalto que os pacientes estarão identificados apenas por gênero feminino, masculino, idade, CID ou CIAP2 e data do atendimento realizado. Não será coletado nome, endereço, número de documentos, nem mesmo número de prontuário, pois entende-se que esses dados são pessoais e poderiam vazarem informações.

**Benefícios:**

A identificação precoce do paciente elegível ao cuidado paliativo, possibilita estruturar um plano de cuidado individualizado ao cidadão, proporcionado ao usuário conhecer mais sobre a doença crônica que o acomete e estruturar medidas de redução de agravos a saúde, proporcionando mais qualidade de vida. O cuidado paliativo realizado neste nível de atenção poderá fazer toda diferença, já que a rede da atenção primária em saúde se situa próximo à residência dos pacientes, o que facilita o acesso, o acompanhamento, a sensibilidade e o respeito às realidades vivenciadas pelos pacientes e familiares por parte da equipe multiprofissional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para área.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto devidamente preenchida e assinada.

Termo de autorização: apresentou uma carta da prefeitura do município de Londrina, concordando com a pesquisa.

O cronograma está de acordo com início em 02/05/2024.

Riscos e benefícios: Apresentou adequadamente

Orçamento: adequado para a pesquisa

Termo de sigilo e confidencialidade: apresentado

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 6.740.516

TCLE: não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências de parecer anterior foram atendidas, recomenda-se aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2289407.pdf	01/04/2024 11:30:20		Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_E_SIGILO_assinado.pdf	01/04/2024 11:28:44	DARIA CRISTINA SAMPAIO	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 6.740.516

Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_E_SIGILOassinado.pdf	01/04/2024 11:28:44	FAUSTINO PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	19/02/2024 21:37:33	DARIA CRISTINA SAMPAIO FAUSTINO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/02/2024 21:37:03	DARIA CRISTINA SAMPAIO FAUSTINO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	19/02/2024 18:37:11	DARIA CRISTINA SAMPAIO FAUSTINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PREFEITURA.pdf	19/02/2024 10:40:07	DARIA CRISTINA SAMPAIO FAUSTINO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 03 de Abril de 2024

Assinado por:

Adriana Lourenço Soares Russo  
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br