

Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional

Palliative care provided by family and community doctors in primary health care in Brazil: a national survey

Cuidados paliativos proporcionados por los médicos de familia y comunidad en la atención primaria de salud de Brasil: una encuesta nacional

Caroline Wassmansdorf Mattos¹ , Rodrigo D'Agostini Derech² 

¹ Escola de Saúde Pública de Florianópolis (ESP), Florianópolis, SC, Brasil.

² Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), Florianópolis, SC, Brasil.

Resumo

Introdução: A necessidade de cuidados paliativos aumentou no âmbito da atenção primária à saúde (APS) do Brasil. **Objetivos:** Caracterizar a prática de cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária brasileira. **Métodos:** Estudo transversal e descritivo. Médicos de família e comunidade da APS do Brasil responderam a um questionário autoaplicável, com perguntas envolvendo os oito domínios das diretrizes do National Consensus Project for Quality Palliative Care. **Resultados:** Foram analisadas 87 respostas de médicos de família de 34 cidades brasileiras. A maioria dos entrevistados (92%) não teve uma disciplina de cuidados paliativos na graduação. Existe pouca utilização de ferramentas validadas para análise da dor e funcionalidade dos pacientes. Há pouca disponibilidade de equipe multidisciplinar capacitada na APS. Existe deficiência na comunicação do profissional com os pacientes e familiares. Há pouca disponibilidade de medicamentos para controle sintomático de dor e dispnéia em pacientes sob cuidados paliativos na APS. **Conclusão:** Existe certa provisão de cuidados paliativos na APS brasileira, porém com insuficiência. Dificuldades na formação médica, pouca disponibilidade de insumos e material humano podem dificultar um melhor provimento de cuidados paliativos na APS brasileira.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade

Abstract

Background: The need for palliative care has increased within the scope of primary health care (PHC) in Brazil. **Objective:** To characterize the practice of palliative care provided by family and community doctors in primary health care in Brazil. **Methods:** Cross-sectional and descriptive study. Family and community doctors of PHC in Brazil answered a self-administered questionnaire, with questions involving the eight domains of the guidelines of National Consensus Project for Quality Palliative Care. **Results:** 87 responses from family doctors from 34 Brazilian cities were analyzed. Most respondents (92%) did not have a palliative care discipline at graduation. There is little use of validated tools for the analysis of patients' pain and functionality. There is little availability of multidisciplinary team trained in PHC. There is a deficit in communication between physicians, patients and family members. There is low availability of medications for symptomatic control of pain and dyspnea in palliative patients in primary care. **Conclusion:** There is some provision of palliative care in primary health care, but with insufficiency. Difficulties in medical training, poor availability of supplies and human material may hinder a better offer of primary palliative care in Brazil.

Keywords: Palliative Care; Primary Health Care; Family Practice

Como citar: Mattos CW, Derech RD. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2094. [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2094)

Autor correspondente:

Caroline Wassmansdorf Mattos.
E-mail: carolinewmattos@hotmail.com

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
2.986.055 (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC), aprovado em 28/10/2018.

Procedência e revisão por pares:
Não encomendado;
revisão por pares externa.
Recebido em: 28/05/2019.
Aprovado em: 14/10/2019.



Resumen

Fundamento: La necesidad de cuidados paliativos ha aumentado en la atención primaria de salud (APS) de Brasil. Objetivos: Caracterizar la práctica de los cuidados paliativos prestados por los médicos de familia y comunidad de la atención primaria en Brasil. Métodos: Estudio descriptivo y transversal. Los médicos de familia y comunidad de APS en Brasil respondieron a un cuestionario auto-administrado con preguntas que involucraban los ocho dominios de las directrices del National Consensus Project for Quality Palliative Care (Proyecto de Consenso Nacional para la Calidad de los Cuidados Paliativos). Resultados: Se analizaron 87 respuestas de médicos de familia de 34 ciudades brasileñas. La mayoría de los entrevistados (92%) no tenían una asignatura de cuidados paliativos en la graduación. Hay poco uso de herramientas validadas para el análisis del dolor y la funcionalidad de los pacientes. Hay poca disponibilidad de equipos multidisciplinares capacitados en la APS. Hay una mala comunicación entre el profesional y los pacientes y familiares. Existe una disponibilidad limitada de medicamentos para el control de dolor sintomático y la disnea en los pacientes bajo cuidados paliativos en la APS. Conclusión: Existe una cierta provisión de cuidados paliativos en la APS brasileña, pero con insuficiencia. Las dificultades en la capacitación médica, la limitada disponibilidad de insumos y material humano pueden dificultar la mejor prestación de cuidados paliativos en la atención primaria.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Atención Primaria de Salud; Medicina Familiar y Comunitaria

Introdução

A expectativa de vida no mundo está aumentando. Com isso, surgem novas necessidades em saúde, visto que as pessoas morrem em condições cada vez mais complexas. O modelo tradicional de cuidado, focado na doença, cura e reabilitação, oferece medidas desproporcionais e onerosas para os serviços de saúde, desconsidera o sofrimento do paciente e seus familiares e negligencia o controle dos sintomas. Nesse panorama, adquire relevância um componente de pouco acesso para muitos usuários nos sistemas de saúde - os Cuidados Paliativos (CP).^{1,2}

A cada ano aproximadamente 20 milhões de pessoas necessitam de CP no fim da vida. O perfil de doenças potencialmente fatais que envolvem essa necessidade são principalmente doenças crônicas não transmissíveis, câncer e HIV/AIDS.¹

Hoje existem 16 mil serviços de CP no mundo. A *Worldwide Palliative Care Alliance* categorizou os países conforme o nível de desenvolvimento na área. Os países foram divididos em: Grupo 1 (nenhuma atividade conhecida de assistência em cuidados paliativos); Grupo 2 (iniciativa de desenvolvimento de serviços, sem atividade estabelecida); Grupo 3 (dividido em 3a – fornecimentos isolados de cuidados paliativos, e 3b – cuidados paliativos generalizados); Grupo 4 (dividido em 4a – serviços de cuidados paliativos em fase preliminar de integração, e 4b – cuidados paliativos em integração avançada). O Brasil é classificado como 3a, ou seja, apresenta CP isolados, com pouco suporte, dependente de doações, e disponibilidade limitada de morfina.¹ Segundo o Índice da Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos, o Brasil está em 7º lugar no desenvolvimento de CP, atrás da Argentina, Chile e Uruguai.³

No Brasil, os CP surgiram na década de 80, e esta é uma área em crescimento.⁴ Recentemente, foi aprovada uma resolução que estabelece diretrizes para a organização dos CP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵ No país, pacientes elegíveis a receber CP apresentam afecções como demência e doenças cerebrovasculares em sua maioria.⁶ Esses pacientes se encontram mais em ambiente hospitalar do que em suas próprias casas, embora a maioria escolheria estar em casa no momento de sua morte.^{7,8}

Uma maneira de ampliar o acesso da população aos CP de forma menos onerosa para o sistema é designar uma parte desse cuidado ao médico e à equipe de atenção primária.⁹ A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada do usuário na rede de atenção à saúde. É composta por uma equipe multidisciplinar, responsável pelo conjunto de ações em saúde desenvolvidas em um determinado território, visando a promoção à saúde e prevenção de agravos, diagnósticos e tratamentos, recuperação e cuidados paliativos.^{2,10}

O médico de família e comunidade (MFC) é o profissional formado para atender nessa rede. É um coordenador do cuidado, responsável por articular o usuário nos diversos níveis de atenção, e garantir seu acesso aos serviços de saúde.^{2,11} Quando uma equipe de APS oferece CP específicos em vez de apenas o cuidado usual, há menos admissões em serviços de emergência, menor tempo de permanência hospitalar, melhor controle de sintomas e qualidade de vida.^{12,13}

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) criou um currículo baseado em competências, que busca determinar as habilidades esperadas do médico de família e comunidade. Dentre essas competências, encontram-se: o manejo de dor em paciente terminal, o manejo de úlceras de pressão, a orientação de familiares quanto a providências relacionadas à morte do paciente, o manejo de intercorrências no paciente paliativo e a abordagem do luto.¹⁴

Ademais, a Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê a oferta de CP na APS.¹⁰ A APS é o serviço de saúde mais próximo do usuário e é adequada para atender a essa demanda, por meio de sua equipe multidisciplinar. Devido a essa proximidade - em território e vínculo -, a APS é capaz de perceber precocemente a necessidade de CP do paciente, e aliviar seu sofrimento.²

O Consenso Nacional para CP de Qualidade dos EUA (*National Consensus Project for Quality Palliative Care* - NCP) estabelece diretrizes que descrevem os principais conceitos e estruturas de trabalho para orientar o desenvolvimento de serviços de CP de qualidade. Essas diretrizes incluem oito domínios, que abrangem a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) em CP, e são: 1) estrutura e processo de cuidados; 2) aspectos físicos do cuidado; 3) aspectos psiquiátricos e psicológicos do cuidado; 4) aspectos sociais do cuidado; 5) aspectos espirituais, religiosos e existenciais do cuidado; 6) aspectos culturais do cuidado; 7) cuidado do paciente na iminência de morte; 8) aspectos legais e éticos do cuidado.^{15,16}

Foram encontrados poucos dados sobre a prática do MFC em pacientes elegíveis a CP, e existem poucos estudos no Brasil sobre os CP ofertados na APS. O objetivo desta pesquisa é caracterizar a prática de cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária brasileira, baseados nos oito domínios do NCP.

Métodos

Este é um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado por meio de questionário autoaplicável no site *Google Forms*[®].

O objetivo desta pesquisa foi caracterizar a prática de cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária brasileira, baseado nas diretrizes do NCP. Para atender tal objetivo, foi questionado se o MFC foi apresentado a uma disciplina de CP dentro do currículo obrigatório da sua graduação; foi investigado se o MFC recebe suporte de equipe multidisciplinar para fornecimento de cuidados paliativos na APS; foi verificada a frequência do uso de ferramentas validadas para análise da dor e funcionalidade de pacientes elegíveis para CP pelo MFC da atenção primária; foi identificada a frequência da utilização de opioides e medicamentos parenterais para alívio sintomático em pacientes paliativos na APS; foi obtida a frequência de realização de conferências familiares e discussão de Diretivas Antecipadas de Vontade pelo MFC na APS; e foi observado se o MFC se disponibiliza a atestar o óbito de seus pacientes fora do horário do serviço de saúde. As respostas foram obtidas por meio de um questionário com 19 perguntas, das quais 5 utilizavam a escala Likert com quatro alternativas (sempre – quase sempre – quase nunca – nunca);

sete perguntas continham uma quinta alternativa, para expressar a possibilidade de nunca realizar determinada função devido ao não conhecimento dela, ou devido a não ter acesso a determinado instrumento; duas perguntas de resposta “sim” ou “não”; e cinco perguntas sobre perfil demográfico, como gênero, idade e local de trabalho. O tempo estimado de resposta foi de dois minutos.

Foram entrevistados MFC no Brasil. A amostra foi obtida por conveniência e os participantes foram acessados por meio de listas de contatos de associações de MFC, grupos de redes sociais de MFC, grupos locais de trabalho, e listas de contatos de médicos da APS de determinadas cidades. Foram contactados 136 médicos, dos quais 111 responderam ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam o questionário da pesquisa. Foram excluídos do estudo profissionais: a) sem especialização, título ou residência em MFC; b) que não trabalham na APS; c) que não preencheram totalmente o questionário.

O questionário foi elaborado pelos pesquisadores, baseado nos indicadores de qualidade para CP sugeridos pelos oito domínios do NCP. As perguntas foram construídas com o auxílio de três profissionais especialistas em CP, de maneira a abranger esses domínios, e englobar atividades que podem ser realizadas pelo MFC na APS.

O TCLE foi enviado pelo pesquisador principal por correio eletrônico para os profissionais. Após terem aceitado a participação na pesquisa, receberam novo correio eletrônico com o questionário a ser respondido. Dentre os 111 médicos que receberam o questionário, 89 responderam à pesquisa. O questionário ficou disponível para resposta do dia 13 de novembro de 2018 até o dia 25 de janeiro de 2019.

Os resultados foram avaliados em planilha do Excel®, e foi realizada análise estatística descritiva.

Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas e Seres Humanos da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) (CAAE: 91048418.0.0000.0121 PARECER: 2.986.055) e todos os participantes concordaram com o TCLE.

Resultados

Foram recebidas 89 respostas e 2 descartadas de acordo com os critérios de exclusão. Pode-se observar as características da população estudada na Tabela 1.

Tabela 1. Características populacionais.

| Características | N (%) |
|------------------------------------|------------|
| Gênero | |
| Feminino | 59 (67,8) |
| Masculino | 28 (32,2) |
| Idade * | |
| | 35,99±9,62 |
| Escolaridade | |
| Residência em MFC ¹ | 68 (78,2) |
| Especialização em MFC ¹ | 19 (21,8) |
| Possuem outra especialidade | |
| Sim | 33 (37,9) |
| Não | 54 (62,1) |

*expressa em média ± desvio-padrão

¹ MFC=Medicina de Família e Comunidade

MFC de 34 cidades e 12 estados mais Distrito Federal responderam ao questionário (Gráfico 1). Três profissionais relataram ter especialização em CP. A maioria dos entrevistados (92%) não teve uma disciplina sobre CP durante a graduação.

Menos da metade dos médicos fazem uso de ferramentas de análise de dor (35,6%) e funcionalidade (13,8%) dos pacientes elegíveis a CP, com exceção da escala de intensidade da dor, que é utilizada com frequência pela maioria dos profissionais (63,2%) (Tabela 2).

Menos de um quinto dos participantes (15%) relataram ter auxílio de equipe multidisciplinar treinada em CP para atendimento dos seus pacientes.

A maioria dos profissionais referiu nunca ou quase nunca receber auxílio de profissionais capacitados para acompanhamento de impacto psicológico ou psiquiátrico (80,4%), acompanhamento de familiares em processo de luto (73,5%), e nunca ou quase nunca oferecer auxílio de profissionais para suporte espiritual ou religioso a seus pacientes (85%) (Tabela 3).

Referente à comunicação com os pacientes e familiares, 50,5% dos MFC realizam com frequência reuniões com familiares de pacientes elegíveis aos CP. Poucos profissionais discutem os desejos de fim de vida com seus pacientes (29,9%) (Tabela 4).

Os profissionais não são sempre acessíveis fora do horário de atendimento para atestar o óbito dos pacientes sob seus cuidados. Um total de 19% refere sempre preencher a declaração de óbito dos pacientes que morrem fora do horário de atendimento da sua unidade de saúde, 20% quase sempre o fazem, 30% quase nunca e 31% referem nunca preencher a declaração fora do seu horário de trabalho.

Muitos profissionais não têm acesso a medicamentos opioides fortes ou medicamentos parenterais para controle sintomático de seus pacientes em CP. E, entre os que têm acesso, poucos fazem uso rotineiro (Tabela 5).

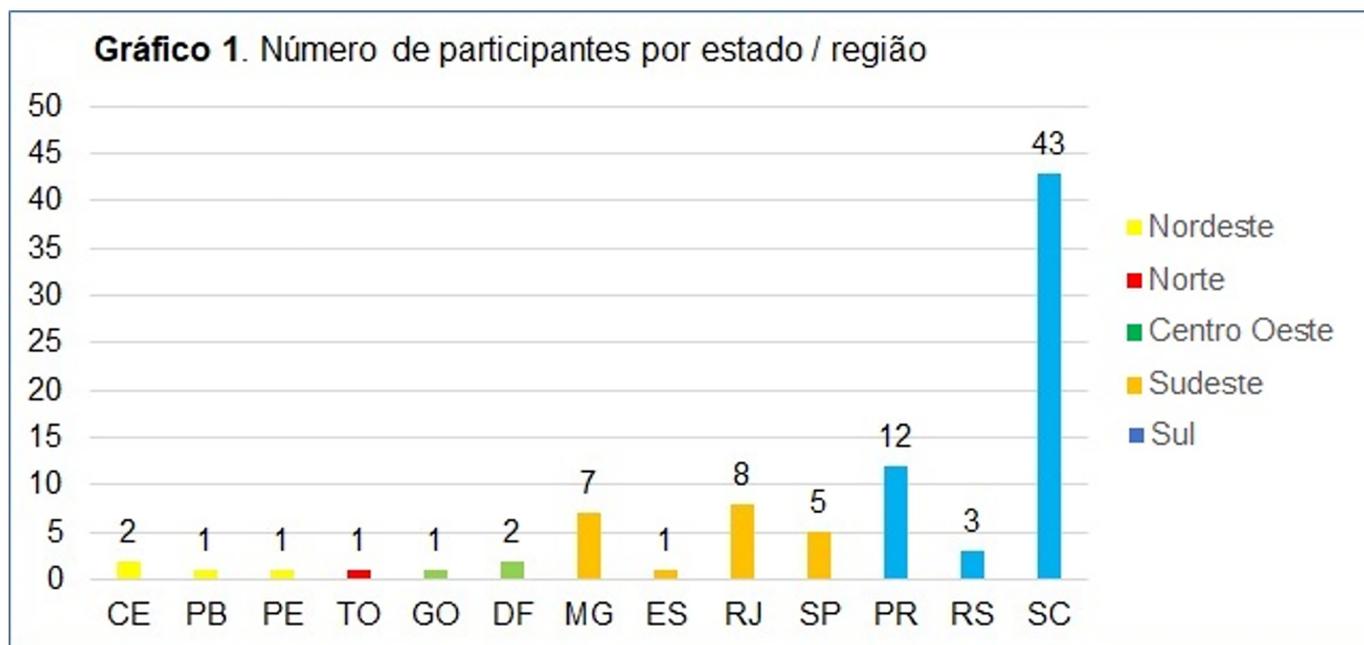


Gráfico 1. Número de participantes por estado / região

Tabela 2. Capacitação em cuidados paliativos - uso de ferramentas validadas.

| | Sempre | Quase sempre | Quase nunca | Conhece, mas nunca usou | Não conhece |
|--|-----------|--------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Uso de ferramentas para identificação de pacientes paliativos em potencial | 5 (5,7) | 15 (17,2) | 32 (36,8) | 6 (6,9) | 29 (33,3) |
| Uso de ferramentas para avaliação do tipo de dor | 9 (10,3) | 22 (25,3) | 31 (35,6) | 7 (8) | 18 (20,7) |
| Uso de ferramentas para avaliação da intensidade de dor | 21 (24,1) | 34 (39,1) | 27 (31) | 3 (3,4) | 2 (2,3) |
| Uso de ferramentas para avaliação de performance | 2 (2,3) | 10 (11,5) | 22 (25,3) | 17 (19,5) | 36 (41,4) |

Respostas expressas em N (%)

Tabela 3. Recursos humanos no local de trabalho.

| | Sempre | Quase sempre | Quase nunca | Nunca |
|--|---------|--------------|-------------|-----------|
| Auxílio de profissionais capacitados para acompanhamento de impacto psicológico/psiquiátrico | 4 (4,6) | 13 (14,9) | 43 (49,4) | 27 (31) |
| Auxílio de profissionais capacitados para acompanhamento de familiares em processo de luto | 3 (3,4) | 20 (23) | 41 (47,1) | 23 (26,4) |
| Oferta de profissionais para suporte espiritual ou religioso | 3 (3,4) | 10 (11,5) | 29 (33,3) | 45 (51,7) |

Respostas expressas em N (%)

Tabela 4. Comunicação nos Cuidados Paliativos.

| | Sempre | Quase sempre | Quase nunca | Nunca | Não conhece a ferramenta |
|---|-----------|--------------|-------------|-----------|--------------------------|
| Realização de Reunião Familiar | 17 (19,5) | 27 (31) | 34 (39,1) | 9 (10,3) | --- |
| Discussão de Diretivas Antecipadas de Vontade | 6 (6,9) | 20 (23) | 15 (17,2) | 30 (34,5) | 16 (18,4) |

Respostas expressas em N (%)

Tabela 5. Insumos na prática de cuidados paliativos.

| | Sempre | Quase sempre | Quase nunca | Tem disponibilidade mas não prescreve | Não tem acesso |
|--|-----------|--------------|-------------|---------------------------------------|----------------|
| Prescrição de opioides fortes para controle sintomático | 18 (20,7) | 22 (25,3) | 19 (21,8) | 5 (5,7) | 23 (26,4) |
| Prescrição de medicamentos parenterais para controle sintomático | 5 (5,7) | 15 (17,2) | 20 (23) | 3 (3,4) | 44 (50,6) |

Respostas expressas em N (%)

Discussão

Com crescente destaque nos serviços de saúde devido ao envelhecimento populacional, os CP podem e devem ser oferecidos na APS.^{7,10} A oferta global desses serviços nos diversos sistemas de saúde é bastante heterogênea,¹ e no Brasil vem sendo feita de forma pontual, em ofertas isoladas.¹⁷ A falta de iniciativas e políticas públicas consolidadas dificulta a oferta de CP de maneira homogênea na APS brasileira.⁶ Constatamos que a prática de CP pelo MFC está aquém do seu potencial. Deficiência na graduação, pouco uso de ferramentas validadas, baixa disponibilidade de equipe treinada e pouca acessibilidade de opioides foram observados neste estudo, e a OMS cita isso como obstáculos para o desenvolvimento de CP.¹

O Atlas de CP da América Latina aponta formação precária na área nos países da região, exceto em Cuba e no Uruguai, onde todas as faculdades de medicina oferecem a disciplina no seu currículo obrigatório.¹⁷

No Brasil, isso acontece em apenas três instituições de ensino superior – das mais de 180 existentes –, o que é corroborado pelos dados obtidos no presente estudo, em que 92% não tiveram acesso a uma disciplina de CP durante sua graduação. Existe associação positiva e significativa entre a proporção de faculdades de medicina com disciplina de CP no currículo da graduação e o número de serviços em CP por habitantes.³

No Brasil, pacientes com necessidade de CP na APS, em sua maioria, têm idade avançada e apresentam doenças não malignas. Marcucci et al.⁶ mostraram limitação da oferta de cuidados multidisciplinares, apenas 10% são vistos por fisioterapeutas, 3% recebem assistentes sociais, e nenhum recebe consulta psicológica. No presente estudo também foi constatada deficiência de CP multiprofissionais, quase 87% dos participantes referiram não ter auxílio de equipe multidisciplinar capacitada em CP em seu local de trabalho. A atenção domiciliar de equipe capacitada em CP é capaz de diminuir readmissões hospitalares e melhorar sintomas de pacientes paliativos que receberam alta hospitalar recente.^{12,13}

É mais difícil reconhecer necessidades de CP em pacientes com doenças crônicas do que em pacientes com câncer.^{18,19} Por isso, a importância de utilizar instrumentos que facilitem a identificação desses pacientes, como pergunta surpresa, indicadores gerais de declínio, indicadores clínicos específicos relacionados às doenças de base. Poucos MFC participantes dessa pesquisa relataram utilizar instrumentos específicos para identificar pacientes elegíveis a receber CP com frequência em sua prática diária. Não há dados na literatura brasileira para comparação.

Paz et al.⁸ levantaram registros da APS em um distrito da cidade de São Paulo, e aplicaram a Escala de *Performance* de Karnofsky (KPS) - que avalia a capacidade e independência para realização de tarefas diárias - utilizando informações coletadas nos prontuários de pacientes registrados em programas de recebimento de insumos domiciliares. Os pesquisadores identificaram 90% dos pacientes com *performance* menor de 50%, o que prediz baixa expectativa de vida e sugere CP. Ferramentas para avaliação de *performance* são importantes,¹⁶ porém, muitos profissionais do presente estudo relataram não as conhecerem ou não as utilizarem com frequência. Não foram encontrados estudos que avaliassem a frequência de aplicação dessas ferramentas por profissionais da APS.

A disponibilidade de opioides deve estar prevista em políticas públicas locais para o desenvolvimento de CP de qualidade. O consumo de opioides *per capita* foi associado positivamente com o número de serviços paliativos por número de habitantes.³ Segundo a OMS, há disponibilidade limitada de opioides fortes no Brasil e no mundo. Apenas 7% dos países tem acesso adequado a esses medicamentos.¹ Nesse estudo, 26,4% dos entrevistados não possuem acesso a essas medicações, e 27,5% têm acesso, mas não utilizam com frequência. A avaliação e o manejo de sintomas físicos é um domínio contemplado pelo NCP como indicador de qualidade da oferta de CP,^{15,16} e é previsto como competência desejada a um MFC, de acordo com o currículo de competências da SBMFC.¹⁴

A abordagem das necessidades psicossociais e emocionais é um papel importante da equipe da APS,¹⁶ e muitos pacientes se queixam de não conseguirem falar com seu médico sobre seus desejos do fim da vida.²⁰ Pacientes gostariam que esse assunto fosse abordado por iniciativa de seu médico. Os familiares também gostariam de se envolver nos processos de tomada de decisão, mas sentem que não recebem apoio adequado em relação a isso.²¹

Mais de 80% das pessoas acima de 60 anos em Nova York gostariam de falar com seus médicos sobre tratamentos no fim da vida, e 35% delas têm estabelecidas suas Diretivas Antecipadas de Cuidado. Ter um médico estabelecido na APS é fator preditor positivo para ter diretivas antecipadas de cuidado.²² Nesse estudo, pouco mais da metade (50,5%) realiza reuniões familiares com frequência, e apenas 29,9% discute diretivas antecipadas de vontade com seus pacientes regularmente.

Menos de 15% dos entrevistados relataram oferecer profissionais para suporte espiritual ou religioso para seus pacientes. Um estudo italiano observou que pacientes em CP domiciliares têm um baixo nível de bem-estar espiritual, reforçando a necessidade do apoio espiritual como parte dos CP.²³

Cerca de metade dos médicos de família se mostram disponíveis para seus pacientes na Alemanha, independentemente do horário de serviço.²⁴ Constatamos que apenas 39% dos profissionais entrevistados atestam o óbito do paciente fora do seu horário de serviço, e 31% não o fazem. O fornecimento do atestado de óbito faz parte dos aspectos legais e do apoio ao luto, ambos inclusos nos domínios do NCP de indicadores de qualidade para CP,¹⁶ e é competência essencial atribuída ao MFC.¹⁴

As características mais importantes de modelos domiciliares de cuidado envolvem coordenação do cuidado, comunicação, e planejamento antecipado do cuidado.²⁵ Todas essas características estão previstas pelo Currículo de competências da SBMFC como habilidades do MFC.¹⁴ É importante a educação continuada dos provedores de CP, principalmente da equipe de APS.^{16,25} Profissionais da APS mais capacitados em CP podem melhorar a prescrição de opioides.²⁶ Mesmo a capacitação à distância mostrou-se efetiva na melhora da qualidade de vida global e diminuição de sintomas.²⁷

O estudo apresenta limitações. Apesar de abranger 34 cidades de 13 unidades federativas, a amostra é não probabilística e não é possível fazer inferência para os MFC atuantes na APS do Brasil. Existe a possibilidade de que os que responderam sejam os profissionais mais interessados no tema. Outra limitação é a utilização de questionário formulado pelos próprios pesquisadores e não validado previamente. A consulta a médicos especialistas em CP objetivou minimizar esta questão. Além disso, como qualquer estudo transversal, não se pode definir causalidade, sendo, portanto, um estudo gerador de hipóteses. São necessárias outras pesquisas com outros desenhos para melhor caracterizar a prática de cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária brasileira.

Conclusão

Esse estudo mostrou existir limitada provisão de CP na APS brasileira. Existe pouca utilização de ferramentas validadas para análise de dor e funcionalidade dos pacientes, e insuficiente cuidado multidisciplinar capacitado em CP. O controle de sintomas deve estar aquém do desejado, considerando a baixa disponibilização e utilização de opioides na APS. A comunicação com os familiares e discussão de desejos do fim da vida com o paciente são temas pouco presentes. Isto sugere baixa qualidade de CP providos pela APS no Brasil.

Entendemos que os resultados obtidos neste estudo não condizem apenas à função do MFC, mas também exigem o suporte de uma política local de saúde que permita o exercício de tais funções, inclusive, pela equipe multidisciplinar da APS.

Novos estudos são necessários para comparar aos achados sobre este importante tema e para estimular o desenvolvimento de CP na APS do Brasil.

Agradecimentos

À médica de família e comunidade e paliativista Juliana Vieira Gomes, que participou como co-orientadora na pesquisa, tendo auxiliado em pontos importantes durante a execução do trabalho.

Aos médicos de família que aceitaram participar da pesquisa respondendo ao questionário, e às instituições que auxiliaram na divulgação do questionário, aumentando a abrangência das respostas.

Aos amigos e familiares que ofereceram suporte durante a realização da pesquisa.

Contribuição dos Autores

Concepção e/ou delineamento do estudo: CWM, RDD. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: CWM. Redação preliminar: CWM. Revisão crítica da versão preliminar: CWM, RDD. Aprovação da versão final: CWM, RDD. Prestação de contas sobre todos os aspectos do trabalho: CWM, RDD.

Referências

1. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC, eds. World Health Organization (WHO): Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Geneva: WHO; 2014 [acesso 2017 Dez 27]. Disponível em: <http://www.thewpca.org/resources/global-atlas-of-palliative-care/>
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
3. Pastrana T, Torres-Vigil I, De Lima L. Palliative care development in Latin America: an analysis using macro indicators. *Palliat Med*. 2014;28(10):1231-8. DOI: 10.1177/0269216314538893
4. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2577-88.
5. Ministério da Saúde (BR), 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). Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2018.
6. Marcucci FC, Cabrera MA, Perilla AB, Brun MM, de Barros EM, Martins VM, et al. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. *BMC Palliat Care*. 2016;15:51. DOI: 10.1186/s12904-016-0125-4
7. Floriani CA, Schramm FR. Moral and operational challenges for the inclusion of palliative care in primary health care. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(9):2072-80.
8. Paz CRP, Pessalacia JDR, Zoboli ELCP, Souza HL, Granja GF, Schweitzer MC. New demands for primary health care in Brazil: palliative care. *Invest Educ Enferm*. 2016;34(1):46-57. DOI: 10.17533/udea.iee.v34n1a06
9. Shadd JD, Burge F, Stajduhar KI, Cohen SR, Kelley ML, Pesut B. Defining and measuring a palliative approach in primary care. *Can Fam Physician*. 2013;59(11):1149-50.
10. Ministério da Saúde (BR), Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
11. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 2432 p.
12. Wong FK, Ng AY, Lee PH, Lam PT, Ng JS, Ng NH, et al. Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial. *Heart*. 2016;102(14):1100-8. DOI: 10.1136/heartjnl-2015-308638
13. Brännström M, Boman K. Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. *PREFER: a randomized controlled study*. *Eur J Heart Fail*. 2014;16(10):1142-51. DOI: 10.1002/ejhf.151
14. Lermen N Jr., org. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Rio de Janeiro: SBMFC; 2015. [acesso 2017 Dez 27]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/biblioteca_em_saude/006_material_saude_curriculo_competencias_mfc.pdf
15. De Roo ML, Leemans K, Claessen SJ, Cohen J, Pasman HR, Deliens L, et al. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2013;46(4):556-72. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.09.013

16. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 4th ed. Richmond: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018. Disponível em: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2018/10/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf
17. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort J, et al. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. 1^a ed. Houston: IAHPC Press; 2012 [acesso 2018 Fev 12]. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/1/Atlas%20Portugues.pdf>
18. Mason B, Buckingham S, Finucane A, Hutchison P, Kendall M, McCutcheon H, et al. Improving primary palliative care in Scotland: lessons from a mixed methods study. *BMC Fam Pract*. 2015;16:176. DOI: 10.1186/s12875-015-0391-x
19. Gadoud A, Kane E, Macleod U, Ansell P, Oliver S, Johnson M. Palliative care among heart failure patients in primary care: a comparison to cancer patients using English family practice data. *PLoS One*. 2014;9(11):e113188. DOI: 10.1371/journal.pone.0113188
20. Green E, Knight S, Gott M, Barclay S, White P. Patients' and carers' perspectives of palliative care in general practice: A systematic review with narrative synthesis. *Palliat Med*. 2018;32(4):838-50. DOI: 10.1177/0269216317748862
21. Ngwenya N, Kenten C, Jones L, Gibson F, Pearce S, Flatley M, et al. Experiences and Preferences for End-of-Life Care for Young Adults with Cancer and Their Informal Carers: A Narrative Synthesis. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2017;6(2):200-12. DOI: 10.1089/jayao.2016.0055
22. Morrison RS, Meier DE. High rates of advance care planning in New York city's elderly population. *Arch Intern Med*. 2004;164(22):2421-6. DOI: 10.1001/archinte.164.22.2421
23. Martoni AA, Varani S, Peghetti B, Roganti D, Volpicella E, Pannuti R, et al. Spiritual well-being of Italian advanced cancer patients in the home palliative care setting. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(4). DOI: 10.1111/ecc.12677
24. Schneider N, Mitchell GK, Murray SA. Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC Fam Pract*. 2010;11:66. DOI: 10.1186/1471-2296-11-66
25. Lockett T, Phillips J, Agar M, Virdun C, Green A, Davidson PM. Elements of effective palliative care models: a rapid review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:136. DOI: 10.1186/1472-6963-14-136
26. Alvarez MP, Agra Y. Systematic review of educational interventions in palliative care for primary care physicians. *Palliat Med*. 2006;20(7):673-83. DOI: 10.1177/0269216306071794
27. Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y. Clinical effectiveness of online training in palliative care of primary care physicians. *J Palliat Med*. 2013;16(10):1188-96. DOI: 10.1089/jpm.2013.0005