



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DO AGreste
NÚCLEO DE CIÊNCIAS DA VIDA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

JOSE KLEDSON CORDEIRO SILVA CAVALCANTE

**UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS PARA A INDICAÇÃO DE CUIDADOS
PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA.**

CARUARU

2025

JOSE KLEDSON CORDEIRO SILVA CAVALCANTE

**UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS PARA A INDICAÇÃO DE CUIDADOS
PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Núcleo de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a conclusão da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Orientadora: Professora Dra. Carolina Albuquerque da Paz

CARUARU

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Cordeiro Silva Cavalcante, José Kledson.

Utilização de ferramentas para a indicação de cuidados paliativos na atenção primária à saúde: um relato de experiência. / José Kledson Cordeiro Silva Cavalcante. - Caruaru, 2025.

38, tab.

Orientador(a): Carolina Albuquerque da Paz

Trabalho de Conclusão de Residência - TCR (Especialização) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico do Agreste, , 2025.

Inclui referências, anexos.

1. Cuidados paliativos. 2. Atenção Primária à Saúde.. 3. Identificação de cuidados paliativos. 4. Medicina de Família e Comunidade.. I. Albuquerque da Paz, Carolina. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

JOSE KLEDSON CORDEIRO SILVA CAVALCANTE

**UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS PARA A INDICAÇÃO DE CUIDADOS
PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Núcleo de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a conclusão da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovado em: 11/12/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Carolina Albuquerque da Paz (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof. Vannúcia Jordana de Carvalho
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Katielly de Lima Macedo
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Viviane Xavier de Lima e Silva (Suplente)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

CARUARU

2025

AGRADECIMENTOS

É com profunda gratidão e felicidade que encerro esta etapa da residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Agradeço por ter me dedicado integralmente a esse processo e, sobretudo, por ter persistido na escolha da MFC, sem ceder aos preconceitos que a consideram uma área “menos nobre” ou restrita ao trabalho em Unidades Básicas de Saúde.

Agradeço à minha esposa, Lane, e ao meu filho, Gael, que compreenderam minhas ausências e apoiam minha dedicação não apenas à família, mas também à formação de um profissional ético e comprometido — um residente movido pela sede de aprender, seja nas histórias dos pacientes ou nas páginas dos livros. Agradeço, também, aos meus pais, Rosângela e Stélio, por terem cultivado em mim, desde criança, a curiosidade e o desejo de conhecer e, por terem aprendido, ao longo desses dois anos, que um médico de família e comunidade cuida, acima de tudo, de pessoas.

Minha trajetória foi iluminada por orientações essenciais. À minha preceptora Vannucia, agradeço pela gentileza em me ouvir mesmo quando estava apressada para outros compromissos, pelos ensinamentos clínicos, humanos e interpessoais, e por demonstrar, na prática, que sempre há múltiplos olhares sobre uma mesma realidade. À minha “R mais”, Gleyce, que sempre trouxe novos aprendizados e, com isso, criou um vínculo instantâneo entre nós, alimentando minha constante vontade de aprender com discussões tão ricas, quanto descontraídas — tornando-se, assim como Vannucia, uma grande inspiração. Aos Meus “R iguais”, sou grato pela paciência de me escutarem e pelo crescimento pessoal e acadêmico proporcionado em diversos espaços teóricos.

Agradeço, ainda, à equipe do Posto de Saúde São Francisco II e III, que me acolheu e me ensinou lições valiosas, tanto as que eu buscava quanto as que precisei assimilar com humildade, bem como aos acadêmicos que preceptorei, que diariamente me motivaram a ser um profissional melhor e mais qualificado. Por fim, a cada paciente que me permitiu escutar sua história, trazendo pequenas e fundamentais doses de sentido e motivação para o meu caminho.

Sigamos em frente, cuidando com humanidade, aprendendo sempre.

O propósito de nossa existência
não pode ser somente
favorecer nossa existência
(Claudia Quintana)

Tudo aquilo que o homem ignora
não existe para ele, por isso
o universo de cada um
se resume
ao tamanho do seu saber
(Albert Einstein)

RESUMO

Os Cuidados Paliativos representam uma abordagem fundamental para melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças graves e suas famílias, abrangendo dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. A implementação dos cuidados paliativos no Brasil enfrenta grandes obstáculos. Os serviços estão centralizados em hospitais e há carência de formação profissional. O tema é negligenciado nos currículos médicos, com apenas 14% das universidades brasileiras incluindo o tema em sua grade curricular, sendo que os docentes geralmente se sentem despreparados para abordá-lo. A APS configura-se como cenário estratégico para a incorporação precoce desses cuidados graças à sua capilaridade e capacidade de coordenação longitudinal. Este relato descreve a experiência de aplicação das ferramentas SPICT e NECPAL para identificação de necessidades paliativas na Atenção Primária à Saúde em Caruaru-PE, realizado entre abril e setembro de 2025. A experiência envolveu a aplicação dos instrumentos em 11 pacientes selecionados por Agentes Comunitários de Saúde, sendo 9 (82%) identificados com necessidade de cuidados paliativos, principalmente por condições como demência, fragilidade e doenças cardiorrespiratórias. Os instrumentos demonstraram viabilidade de aplicação, com tempo médio de 15 a 25 minutos, sem relatos de desconforto pelos pacientes. Identificou-se, contudo, resistência cultural entre alguns profissionais, que associaram a abordagem paliativa exclusivamente à morte, além de dificuldades dos ACS em responder à pergunta sobre prognóstico. A experiência evidenciou a necessidade de superar barreiras educacionais e organizacionais, com destaque para a importância do Médico de Família e Comunidade como coordenador do cuidado e a urgência de implementação de fluxos assistenciais específicos. Conclui-se que a utilização sistemática de instrumentos validados na APS é viável e necessária para identificação precoce, requerendo expansão da formação profissional, educação permanente das equipes e desenvolvimento de protocolos que garantam a integralidade do cuidado no SUS.

Palavras-chave: cuidados paliativos; atenção primária à saúde; identificação de cuidados paliativos; medicina de família e comunidade.

ABSTRACT

Palliative Care represents a fundamental approach to improving the quality of life for patients with serious illnesses and their families, encompassing physical, psychological, social, and spiritual dimensions. The implementation of palliative care in Brazil faces major obstacles. Services are concentrated in hospitals, and there is a shortage of professional training. The topic is neglected in medical curricula, with only 14% of Brazilian universities including it in their syllabus, and faculty members generally feel unprepared to address it. Primary Health Care (PHC) is a strategic setting for the early incorporation of this care, thanks to its capillarity and capacity for longitudinal coordination. This report describes the experience of applying the SPICT and NECPAL tools to identify palliative care needs in Primary Health Care in Caruaru-PE, conducted between April and September 2025. The experience involved applying the tools to 11 patients selected by Community Health Agents, with 9 (82%) identified as having palliative care needs, mainly due to conditions such as dementia, frailty, and cardiorespiratory diseases. The tools proved to be feasible for application, with an average time of 15 to 25 minutes, and no reports of patient discomfort. However, cultural resistance was identified among some professionals, who associated the palliative approach exclusively with death, in addition to difficulties among the Community Health Agents in answering the prognosis question. The experience highlighted the need to overcome educational and organizational barriers, emphasizing the importance of the Family and Community Physician as the care coordinator and the urgency of implementing specific care pathways. It is concluded that the systematic use of validated tools in PHC is feasible and necessary for early identification, requiring the expansion of professional training, continuous education for teams, and the development of protocols to ensure comprehensive care within the Unified Health System (SUS).

Keywords: palliative care; primary health care; identification of palliative care; family and community medicine.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Conselho Nacional de Residências Médicas
CP	Cuidado Paliativo
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
MFC	Médico de Família e Comunidade
NECPAL	Necessidades Paliativas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PlanificaSUS	Projeto de Planificação da Atenção à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SPICT	Supportive and Palliative Care Indicators Tool
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS

Unidade Básica de Saúde

UFPE

Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	Cuidados paliativos: conceito, história e finalidade.....	14
2.2	Cuidados paliativos no Brasil e no mundo.....	15
2.3	Cuidados paliativos na APS.....	17
3	METODOLOGIA.....	21
3.1	Tipo de Estudo.....	21
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
4.1	Relato de experiência.....	23
4.2	Discussão.....	25
5	CONCLUSÃO.....	32
	REFERÊNCIAS.....	33
	Anexo I - SPICT - BR.....	35
	Anexo II- NECPAL-BR.....	36
	Anexo III - Elegibilidade simplificada para cuidados paliativos.....	38

1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), representam uma abordagem humanizada e integral com o propósito de melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças graves. A prática visa prevenir e aliviar o sofrimento mediante o manejo da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais, assegurando suporte abrangente (WHO, 2023).

Sendo assim, essa abordagem deve ser centrada na pessoa, valorizando suas necessidades e autonomia. Requer a oferta de informações verazes sobre a saúde da pessoa e a participação ativa do paciente nas decisões terapêuticas. Isso implica garantir que o paciente receba informações transparentes sobre seu estado de saúde e tenha sua autonomia preservada (WHO, 2023; Brasil, 2024).

A demanda global por uma forma de assistência que alivia o sofrimento em doenças graves apresenta expansão contínua, confirmando sua posição como componente essencial nos sistemas de saúde atuais. Esse aumento deve-se, principalmente, ao envelhecimento populacional e à maior prevalência de doenças complexas, como neoplasias e condições crônico-degenerativas. Contudo, a implementação de sistemas estruturados de qualidade permanece concentrada na Europa, América do Norte e Austrália. O Brasil, por exemplo, apresenta desenvolvimento insuficiente nesta área, ficando atrás de outros países latino-americanos (Silva, 2025).

Esta prática assistencial é crucial para promover o bem-estar de pessoas com enfermidades graves e seus entes próximos. Seus benefícios englobam maior satisfação com os cuidados recebidos, diminuição de transtornos emocionais e melhor manejo de sintomas físicos (Dias; Costa; Clausen, 2024; Ordonho *et al.*, 2021).

Originalmente direcionados a pacientes oncológicos em fase terminal, os cuidados paliativos tiveram seu conceito revisado e ampliado. Atualmente, recomenda-se sua aplicação para diversas condições crônicas, integrando-os como componente essencial da assistência integral à saúde, particularmente no tratamento de doenças prolongadas, doenças ameaçadoras da vida e em programas de atenção geriátrica. Para alguns profissionais de saúde, ainda persiste a equivocada impressão que os cuidados paliativos são bem indicados

para paciente em fim de vida ou quando não se tem alternativas terapêuticas curativas (Dias; Costa; Clausen, 2024).

É necessária uma qualificação e preparação dos profissionais de saúde e isso requer uma ampliação curricular que transcendia os enfoques exclusivamente técnicos e biólogistas. À vista disso, apesar da melhora já demonstrada nos últimos anos com a incorporação no currículo de medicina a disciplina de cuidados paliativos, ainda há muitos desafios para sua efetivação, iniciando com o conceito não amplo de cuidados paliativos divulgado, perpassando pela carência de aprofundamentos e discussões, não obstante a ausência de campos de prática e de aprendizado seguro, visto a incipiente atual de serviços voltados à essa área de atuação na saúde (Silva, 2025; Dias; Costa; Clausen, 2024; Côbo *et al.*, 2019).

Para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) e em Redes de Atenção, esses profissionais precisam considerar as necessidades integrais das pessoas - inseridas em contextos familiares e comunitários - demandando serviços de qualidade baseados na confiança. É essencial o desenvolvimento de competências para uma comunicação que contribua para o empoderamento dos pacientes sobre sua saúde, para o discernimento de tecnologias conforme critérios de custo-efetividade e ética, bem como o exercício de liderança comunitária na gestão de recursos. Igualmente crucial é formar trabalhadores para o enfrentamento consciente da morte e do morrer, compreendendo-os como fenômenos constitutivos da existência humana e não como sua antítese (Côbo *et al.*, 2019).

Nesse ínterim, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa o nível assistencial mais adequado para fornecer e coordenar os cuidados paliativos, graças à sua proximidade geográfica e cultural e ao vínculo estabelecido entre profissionais e comunidade. Essa conexão territorial favorece a humanização do cuidado (Paraizo-Horvath *et al.*, 2022). Não obstante, sua incorporação na APS e no atendimento domiciliar facilita o acesso igualitário ao controle integral de sintomas, estimula o planejamento prévio de assistência e garante a continuidade do tratamento em diferentes contextos assistenciais (Silva, 2025).

Tanto os cuidados paliativos quanto a APS compartilham princípios convergentes, orientando-se por uma visão holística do indivíduo e ampliando o olhar para o contexto pessoal e familiar. Seu objetivo comum é impactar favoravelmente a condição de saúde e a qualidade de vida mediante ações educativas, terapêuticas e de suporte integral, inclusive quando a cura não é possível. Ressalta-se, contudo, que embora existam pessoas necessitando

de cuidados paliativos no âmbito da APS, sua detecção permanece um desafio para os serviços de saúde (Silva, 2025; Paraizo-Horvath *et al.*, 2022).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) desponta como uma estrutura fundamental para a implementação de cuidados paliativos, sendo um espaço de acolhimento em todas as fases da doença - desde o diagnóstico até o acompanhamento de pacientes terminais. Essa atuação garante melhor qualidade de vida e suporte familiar, além de proporcionar acessibilidade a diversos serviços de saúde necessários enquanto os pacientes permanecem inseridos em seu meio social, assegurando, assim, uma assistência contínua e integrada (Ordonho *et al.*, 2021).

Sob essa perspectiva, evidências demonstram que a incorporação de cuidados paliativos na APS está associada a melhores resultados quando se refere às queixas dos pacientes, como adequado controle sintomático, menor frequência de hospitalizações, maior satisfação de pacientes e familiares e redução de custos, quando comparada à atenção especializada. Esses benefícios são potencializados pelo acompanhamento contínuo desde o diagnóstico, permitindo a elaboração conjunta de planos terapêuticos com pacientes e famílias que facilitam a transição para os cuidados paliativos, além de reduzir a sobrecarga do sistema de saúde (Ordonho *et al.*, 2021; Dias; Costa; Clausen, 2024).

A definição de pacientes que necessitam de cuidados paliativos permanece ainda pouco consolidada devido à complexidade de condições clínicas e contextos sociais envolvidos. Uma incompreensão persistente no campo da saúde reduz os cuidados paliativos a uma intervenção de fim de vida, ignorando sua indicação precoce e integração com tratamentos de intenção curativa. Evidenciam-se, assim, dificuldades dos profissionais em reconhecer precocemente pessoas que necessitam de cuidados paliativos fora do contexto de terminalidade (Dias; Costa; Clausen, 2024; Paraizo-Horvath *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, torna-se premente a adoção de métodos sistematizados para auxiliar nessa identificação, especialmente considerando a escassez de estudos sobre o tema, tanto no Brasil quanto internacionalmente. Essa lacuna justifica a realização de pesquisas que investiguem como os profissionais da Atenção Primária têm identificado adultos e idosos que poderiam se beneficiar desses cuidados. Compreender essas práticas é fundamental para incorporar métodos efetivos já testados em outros serviços e superar barreiras existentes, assegurando assistência integral e de qualidade (Paraizo-Horvath *et al.*, 2022).

Nesse diapasão, as escalas SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool - Anexo I) e NECPAL(Anexo II) são instrumentos amplamente utilizados e validados no Brasil para uso em diversos contextos e serviços, desde hospitais e clínicas, até em atendimento domiciliares,. De modo geral, essas ferramentas objetivam auxiliar na identificação de necessidades paliativas e também no reconhecimento de critérios específicos para coordenação do cuidado em outros níveis de complexidade (Paraizo-Horvath *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2025).

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência no uso dessas ferramentas de identificação de pessoas que se beneficiaram do cuidado paliativo, durante atendimentos agendados e atendimentos domiciliares, realizados por um residente de medicina de família e comunidade em uma unidade básica de saúde urbana do município de Caruaru-PE.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cuidados paliativos: conceito, história e finalidade.

A concepção dos cuidados paliativos surgiu da necessidade de restaurar o equilíbrio ante os danos e limitações impostos pelas doenças, consolidando-se em princípios e práticas específicas. Essa abordagem especializada inicialmente tinha como público alvo pessoas com enfermidades graves e limitantes, visando proporcionar conforto e qualidade de vida tanto aos pacientes quanto aos seus familiares. A fundamentação teórica dessa abordagem deve-se à pioneira Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e médica inglesa que, desde a década de 1950, desenvolveu saberes e metodologias para o atendimento de pessoas em processo de finitude (Souza *et al.*, 2022; Alcalde; Zimmermann, 2022).

Em 1967, essa profissional de saúde fundou o St. Christopher's Hospice em Londres, desenvolvendo um modelo pioneiro de atendimento interdisciplinar para pacientes terminais. Saunders postulava que a experiência dolorosa transcendia o plano físico, incorporando dimensões psicológicas, sociais e espirituais. Dessa compreensão multidimensional emergiu o conceito de "dor total", que revolucionou a percepção do sofrimento humano e sua gestão terapêutica. Essa perspectiva holística tornou-se alicerce fundamental para a prática clínica e para a consolidação dos cuidados paliativos como disciplina especializada (Machado, 2024; Corman *et al.*, 2025).

Sua filosofia inspirou profissionais mundialmente, incluindo o oncologista canadense Dr. Balfour Mount. Após visitar a instituição em 1973, Mount estabeleceu uma unidade hospitalar especializada no Canadá, a Royal Victoria Hospital de Montreal (1974). Para evitar a conotação negativa da palavra "hospice", em francês, ele cunhou a expressão "cuidados paliativos", derivada do verbo latino "palliare", que significa "proteger ou aliviar" (Alcalde; Zimmermann, 2022; Machado, 2024).

A proposta assistencial de Mount distinguia-se deliberadamente do movimento Hospice, tradicionalmente voltado para os cuidados no final da vida. Os Cuidados Paliativos ampliam o escopo de atuação, incorporando tanto pacientes em fase terminal quanto pessoas com enfermidades crônicas e condições debilitantes de longa duração (Silva, 2025; Souza *et al.*, 2022).

A missão central dos cuidados paliativos reside na promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares mediante uma visão integral do sofrimento. Essa área de atuação prioriza o controle sintomático, com ênfase no alívio da dor e de manifestações, como náuseas, dispneia, fadiga e ansiedade. Paralelamente, desenvolve um suporte multidimensional que abrange as dimensões psicossocial e espiritual, acolhendo necessidades emocionais, relacionais e existenciais de todos os envolvidos, inclusive no processo de elaboração do luto (Roth; Canedo, 2019).

A tomada de decisão compartilhada constitui um pilar essencial desta prática, permitindo que pacientes e familiares compreendam as alternativas terapêuticas e realizem escolhas conscientes, alinhadas aos seus valores pessoais. Esta dinâmica articula-se com a coordenação de cuidados e o planejamento antecipado, elementos indispensáveis que garantem, respectivamente, a integração entre os diversos profissionais de saúde e o respeito às diretrizes futuras estabelecidas pelo paciente (Brasil, 2024; Kuosmanen *et al.*, 2021).

Portanto, os cuidados paliativos dedicam-se a proporcionar uma assistência integral que preserva a dignidade do paciente e ampara sua família durante toda a trajetória da doença. Sendo assim, consolida-se como um modelo de atenção humanizada, o qual prioriza ininterruptamente o conforto e o bem-estar, assegurando suporte qualificado até os momentos finais (Dias; Costa; Clausen, 2024; Lemos *et al.*, 2025).

2.2 Cuidados paliativos no Brasil e no mundo.

Os cuidados paliativos no Brasil iniciaram sua trajetória institucional no final da década de 1990, com a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) em 1997 e, posteriormente, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2005. Esses marcos representaram a organização multiprofissional em torno da causa, reunindo médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais para estabelecer diretrizes e promover o reconhecimento dessa prática no sistema de saúde brasileiro (Silva, 2025).

Contudo, a implementação efetiva desses cuidados deparou-se com significativas barreiras culturais, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva, onde prevalecia uma abordagem paternalista que priorizava tratamentos invasivos sem necessariamente considerar as preferências dos pacientes. Essa resistência em integrar os princípios paliativos tornou-se um dos principais obstáculos para a consolidação de um cuidado mais humanizado no final

da vida no país. Todavia, esse cenário começou a mudar após a Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) que inicia, em seu texto, a discussão sobre respeitar a autonomia do paciente e adotar um processo decisório colaborativo (Silva, 2025; Machado, 2024).

Em 2017, a Portaria MS/GM Nº 1.055 instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos no SUS, com foco prioritário no controle da dor, sem descrição ou definição sobre paliação. No ano seguinte, a Resolução MS/CIT Nº 41/2018 ampliou essa perspectiva ao incluir os cuidados paliativos na Rede de Atenção à Saúde para todas as pessoas com doenças que ameaçam a vida. O marco mais recente ocorreu em 2024 com a Portaria MS/GM Nº 3.681, que estabeleceu a Política Nacional de Cuidados Paliativos, consolidando estratégias de implementação, regulamentação e financiamento destes serviços no sistema público de saúde (Lemos et al., 2025; Machado, 2024).

Apesar da definição da OMS de 2002 já preconizar a intervenção precoce nos cuidados paliativos, as evidências científicas que comprovaram sua eficácia somente emergiram anos depois. A partir de 2010, ensaios clínicos randomizados demonstraram consistentemente que pacientes com câncer avançado submetidos a cuidados paliativos especializados precoces apresentaram significativa melhora na qualidade de vida, controle de sintomas e saúde emocional, além de redução de intervenções agressivas no final da vida. Esses resultados robustos, replicados em estudos norte-americanos e europeus, fundamentaram a atual posição de entidades, como a Sociedade Americana de Oncologia Clínica e a Sociedade Europeia de Oncologia Médica, que reconhecem os cuidados paliativos precoces como padrão de atendimento na oncologia avançada. Atualmente, a instituição precoce dos cuidados paliativos sedimentou-se como prática médica fundamental em diversas áreas (Alcalde; Zimmermann; 2022).

Desde 2014, quando a Assembleia Mundial da Saúde estabeleceu os cuidados paliativos como prioridade global de saúde, houve um chamado para sua integração nos sistemas nacionais. No entanto, pesquisas subsequentes revelaram uma implementação ainda insuficiente: em 2015, apenas 37% dos países incluíam cuidados paliativos em suas políticas para doenças crônicas não transmissíveis e, em 2017, embora 68% das nações relataram algum financiamento para essa área, apenas um terço oferecia acesso a esses serviços na atenção primária ou comunitária, evidenciando uma disparidade significativa entre o reconhecimento formal e a efetiva oferta de cuidados (Silva, 2025).

2.3 Cuidados paliativos na APS.

A demanda por cuidados paliativos na saúde pública tem crescido significativamente, impulsionada pelo envelhecimento populacional global e pelo consequente aumento das doenças crônico-degenerativas. Estudos indicam que as principais condições que requerem esses cuidados são doenças cardiovasculares (38%), neoplasias (34%), DPOC (10%) e AIDS (6%). Contudo, o acesso permanece insuficiente mundialmente, especialmente em países de média e baixa renda (d'Alessandro *et al.*, 2023; Silva, 2021).

No Brasil, em 2018 existiam 177 serviços de cuidados paliativos, mais da metade havia sido implementada tarde, a partir de 2010, evidenciando a recente incorporação dessa prática no país. Além disso, de acordo com o atlas de serviços da ANCP, esses serviços concentravam-se, majoritariamente, em ambiente hospitalar, em que menos de 10% das instituições contavam com equipes especializadas. Já em 2022, aumentou-se de 177 para 234 serviços e, em relação ao atendimento somente hospitalar, ele caiu para 61% do total, sendo que 91 dessas instituições funcionam com modalidades assistenciais mistas, representando quase quarenta por cento os serviços que não são estritamente hospitalares (Guirro, 2023).

Ademais, os serviços se concentram na região sudeste do Brasil, com noventa e oito serviços, e no nordeste, que possui 60 dessas instituições. Essa ampliação das redes de cuidado representa um passo importante na promoção do bem-estar e no estabelecimento de suporte integral para pessoas que convivem com condições de saúde graves e limitantes no território nacional (Guirro, 2023).

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada preferencial aos serviços ofertados no sistema único de saúde, atuando por meio de ações individuais e coletivas que abrangem promoção, prevenção e cuidado integral em um território definido. Essa posição estratégica a torna fundamental para a implementação de Cuidados Paliativos, acompanhando os pacientes desde o diagnóstico até o planejamento terapêutico em fase paliativa. Sua atuação garante melhor qualidade de vida e suporte familiar, oferecendo diversos serviços essenciais enquanto o paciente permanece inserido em sua comunidade, assegurando continuidade assistencial e proximidade com a rede de apoio (Ordonho *et al.*, 2021).

Os princípios fundamentais dos cuidados paliativos incluem a intervenção precoce, com avaliação clínica detalhada para definição da melhor conduta terapêutica, e a compreensão da morte como processo natural da existência. Além disso, pressupõem o controle sintomático contínuo por meio de avaliações sistemáticas e o acesso a uma equipe multidisciplinar capaz de atender às necessidades integrais do indivíduo. Dessa forma, o paciente recebe suporte adequado para manter sua qualidade de vida e autonomia, permitindo que viva com dignidade e plenitude até o seu último momento (Dias; Costa; Clausen, 2024; Ordonho et al., 2021).

A atuação interdisciplinar constitui elemento fundamental para a efetividade dos cuidados paliativos, permitindo o acompanhamento integral que abrange as dimensões física, psicológica, social e espiritual do paciente e de sua família. A Política Nacional de Cuidados Paliativos estabelece como, independente do nível de atenção em saúde(primário, secundário ou terciário), equipe mínima obrigatória profissionais: de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, podendo ser complementada conforme necessidades específicas por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos e nutricionistas (Brasil, 2024; Salman *et al.*, 2024).

O profissional de Cuidados Paliativos atua como solucionador de necessidades integrais, abordando dimensões psicossociais e espirituais para promover sentido e unidade diante da finitude. Fundamenta-se no respeito à autonomia do paciente, com intervenção precoce desde o diagnóstico para preservar independência e reduzir danos progressivos. A atuação multidisciplinar desloca o foco da patologia para as necessidades humanas, enquanto a inclusão familiar no processo terapêutico fortalece corresponsabilidade e protagonismo nas decisões compartilhadas (Castro *et al.*, 2025).

Os serviços ofertados na APS enfrentam desafios significativos na promoção integral dessas ações, incluindo a complexidade das práticas, limitações de recursos tecnológicos, descontinuidade assistencial e, principalmente, dificuldades dos profissionais no manejo familiar - lacuna essa decorrente da formação inadequada. Sendo assim, para que a implementação não represente apenas sobrecarga adicional, mas sim excelência assistencial, torna-se imperativo avançar em pesquisa, ensino, organização de serviços e qualificação de recursos humanos (Ordonho *et al.*, 2021).

A descentralização dos Cuidados Paliativos consolida-se como imperativo na saúde brasileira. Desse modo, devem transcender o ambiente hospitalar, integrando-se territorialmente através da Atenção Primária, que oferece o acompanhamento contínuo exigido por condições graves e processos de finitude. Em 2018, o Ministério da Saúde determinou a oferta obrigatória de Cuidados Paliativos em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, posicionando a Atenção Básica como eixo estratégico para ampliação do acesso qualificado no SUS (Paraizo-Horvath *et al.*; 2022; Salman *et al.*, 2024).

Além disso, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024, representa um marco histórico para a saúde brasileira ao integrar formalmente esses cuidados no SUS. A política garante acesso integral a pacientes com doenças graves em todos os níveis de atenção, desde a Atenção Primária até os serviços especializados, assegurando assistência contínua e humanizada no sistema público de saúde (Salman *et al.*, 2024).

Espera-se que profissionais de saúde com formação nos princípios fundamentais de palição - denominada cuidado paliativo "primário" - possam implementar essa abordagem inicial. Em relação a casos de maior complexidade, preconiza-se o referenciamento dos pacientes para serviços de maior densidade tecnológica, onde possam receber atendimento de profissionais com especialização aprofundada na área (Salman *et al.*, 2024; Castro *et al.*, 2025).

O Médico de Família e Comunidade assume papel central na consolidação dos Cuidados Paliativos no Brasil, representando o profissional coordenador do cuidado e responsável pelo cuidado paliativo primário. Essa competência está formalmente reconhecida na Matriz de Competências do CNRM desde 2017 e no currículo da SBMFC, reforçando sua qualificação para o manejo da terminalidade terapêutica. A prática do MFC - baseada no vínculo longitudinal, no olhar holístico e na coordenação do cuidado - alinha-se perfeitamente aos princípios dos Cuidados Paliativos, possibilitando atendimento contínuo e humanizado no território. O suporte legal da PNAB e de programas sociais, como o Melhor em Casa e o Programa Nacional de Assistência à Dor, consolida esse protagonismo, transformando o MFC um agente fundamental para ampliação do acesso a cuidados paliativos de qualidade na Atenção Básica (Dias; Costa; Clausen, 2024; Paraizo-Horvath *et al.*; 2022).

Ademais, sua atuação na Estratégia Saúde da Família posiciona-o na vanguarda do acompanhamento de pacientes com doenças crônicas e condições limitantes da vida, permitindo a detecção precoce de necessidades paliativas. Mediante a utilização de tecnologias e instrumentos validados, torna-se possível desenvolver uma prática clínica qualificada que garante assistência paliativa efetiva e humanizada (Paraizo-Horvath *et al.*; 2022; Ordonho *et al.*, 2021).

Embora a identificação precoce possa otimizar o sistema de saúde através do planejamento antecipado e redução da sobrecarga assistencial, a incorporação precoce de cuidados paliativos na Atenção Primária enfrenta desafios, seja por populações e territórios diversos, ou por condições clínicas avançadas. Esta abordagem é urgente para evitar o reconhecimento tardio no curso da doença, que compromete o benefício do cuidado coordenado e gera diversos impactos (Paraizo-Horvath *et al.*; 2022; Ordonho *et al.*, 2021).

Outrossim, a literatura evidencia a relevância de instrumentos validados, como as escalas SPICT e NECPAL, para reconhecimento de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Assim, essas ferramentas possibilitam aos profissionais da Atenção Primária identificar critérios clínicos e sociais que sinalizam a demanda por cuidados paliativos, aprimorando o processo decisório e facilitando o encaminhamento oportuno (Paraizo-Horvath *et al.*; 2022; Silva *et al.*, 2025).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Este estudo é um relato de experiência em relação à aplicação dos questionários SPICT e NECPAL, entre os meses de abril e Setembro de 2025, em visitas domiciliares (Ambiente residencial da população adscrita) e atendimento agendados na Unidade Saúde da Família do São Francisco II e III, no território do Bairro São Francisco, município de Caruaru, Pernambuco. O presente trabalho surgiu da seguinte pergunta: Quais instrumentos podem ser usados na APS para que os cuidados paliativos possam ter uma indicação mais precoce com ganho de qualidade de vida para o paciente? Os instrumentos de identificação de cuidados paliativos foram aplicados em um total de onze pessoas, entre esses, cinco aplicações aconteceram durante visita domiciliar e 6 em atendimentos agendados em horário reservado na agenda médica. A seleção dos pacientes foi feita pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) com o critério pré-estabelecido do paciente ter um problema de saúde ameaçador a sua vida na visão desse profissional.

As consultas agendadas em que os questionários foram aplicados não contaram com a presença do ACS, diferente do atendimento realizado na visita domiciliar em que esse profissional esteve presente. Os ambientes onde ocorreram as aplicações dos instrumentos foram: Sala de atendimento médico da unidade de saúde da família e ambiente domiciliar. Após os atendimentos, a pergunta surpresa: você ficaria surpreso se o paciente morresse ao longo do próximo ano?, foi feita ao ACS em relação à pessoa atendida. Realizou-se esse questionamento aos ACS para comparação em relação ao resultado do questionário e também entender como esses profissionais lidam com perguntas e assuntos relacionados a cuidados paliativos

As pessoas participantes não tinham limite máximo e nem mínimo de idade e não houve predefinição em relação ao sexo, renda ou qualquer outra característica do indivíduo. Todos os questionários foram impressos em papel e, após a aplicação, armazenados na unidade de saúde da família e registrados em prontuário eletrônico utilizado na unidade (PEC).

O estudo propõe relatar as dificuldades e facilidades na aplicação dos instrumentos de identificação de cuidados paliativos e os desafios da incorporação desta ferramenta na prática

assistencial diária. Reflexões que surgiram ao longo da aplicação dos questionários também irão compor o relatório.

Ademais, o presente relato de experiência é permeado de subjetividade do escritor e, diante disso, é notória a necessidade de uma apresentação dele, a fim de que isso permita ao leitor uma melhor compreensão da visão autoral e sua leitura dos fatos experienciados, não obstante também das reflexões e considerações surgidas durante a construção do relato. O autor deste estudo é um homem branco de um metro e sessenta e oito centímetros de altura, cabelo castanho escuro, olhos castanhos e barba preta. Residente de medicina de família e comunidade no segundo ano da residência, uma pessoa curiosa, que gosta de conversar e interagir com outras pessoas. É profissional de saúde movido pela contínua busca de conhecimento, que se dedica tanto ao aprimoramento técnico quanto ao aprendizado proveniente das relações humanas. Seu desenvolvimento ocorre através dos estudos especializados e do constante diálogo com pacientes e colegas, transformando cada interação em oportunidade de enriquecimento profissional e humano. Por vezes obstinado pela excelência no que se propõe a fazer, teve sua primeira formação universitária na UFPE, campus Recife, como bacharel em farmácia, e sua segunda graduação em medicina pela mesma universidade, agora no campus de Caruaru-PE.

Hoje, tem 36 anos, é o pai de Gael, que enche sua vida e a de sua esposa de alegria. O autor é natural de Belo Jardim-PE, mas mora em Caruaru desde 2017, quando iniciou a faculdade de medicina. Além disso, antes do início da residência atuou como médico na APS nas cidades Belo Jardim e Toritama, ambas no agreste pernambucano. Ao se deparar com o desconhecimento e aversão tanto de profissionais quanto de usuários em relação a cuidados paliativos, o escritor do relato se perguntou como poderia incluir um pouco mais desse tema em sua prática diária, além de como poder explorar melhor sobre paliação com seu pacientes e profissionais de sua equipe. Somado a isso, sempre ficava em dúvida de como perceber na APS quem terá benefícios de iniciar os cuidados paliativos fora do contexto de pessoas que possuem agravos maiores e já estavam em acompanhamento nos serviços de atenção secundária e terciária (como hospitais e clínicas especializadas). Oriundo desse sentimento, por meio de estudos, aplicações, tentativas e erros, estágios e vivências, cresceu no âmago desse profissional da saúde um interesse especial e genuíno para paliar e acompanhar pacientes e familiares nessa parte da jornada de finitude que a vida contempla, considerando as possibilidades que permitem o cuidado paliativo primário na APS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Relato de experiência

Início este relato com o seguinte comentário, referido durante a minha solicitação aos ACS a respeito da seleção de pacientes e esclarecimentos sobre o objetivo do meu atendimento e pesquisa: “ o senhor vai falar de morte? se for, se prepare para o pessoal estranhar, pois ninguém fala sobre isso com os pacientes”. Esse comentário me impactou, pois tive a percepção, naquele momento, sobre a dificuldade em falar acerca da morte, bem como o pouco ou nenhum conhecimento em cuidados paliativos.

No primeiro atendimento prestado, inicialmente me senti receoso do questionamento do ACS sobre ser “um mensageiro da morte”. Refleti muito sobre isso e resolvi, mesmo com esse receio, aplicar os questionários. Ao longo do tempo essa impressão se desfez.

Ressalto que nenhum paciente demonstrou incômodo ou desconforto com as perguntas realizadas ou relatou alguma insatisfação em relação ao assunto abordado. Pelo contrário, demonstraram bastante interesse em responder e falar sobre agravos de saúde e finitude.

De acordo com os relatos dos entrevistados, nenhum dos pacientes atendidos havia ouvido falar sobre cuidados paliativos, tampouco sido submetido a questionamentos semelhantes aos propostos pela abordagem metodológica desta pesquisa. Outros profissionais de saúde que já acompanharam, ou estavam acompanhando as pessoas participantes do estudo não haviam aplicado previamente instrumentos de avaliação comparáveis aos utilizados no estudo.

Das onze entrevistas realizadas, em todas foi possível a aplicação dos questionários SPICT e NECPAL, com uma média de quinze e vinte e cinco minutos de duração na aplicação de cada, respectivamente.

No quadro a seguir são expostos os resultados relevantes das entrevistas realizadas. A indicação de cuidados paliativos pelo SPICT ocorre quando há a pontuação em dois critérios (critérios clínicos ou indicadores gerais de piora de saúde). Já pelo NECPAL, é necessário pelo menos uma resposta não para a pergunta surpresa: você ficaria surpreso se este paciente

morresse ao longo do próximo ano?, ou uma resposta sim nas treze perguntas após a pergunta surpresa.

Quadro 1 - Resultados Gerais

Número total de entrevistas realizadas	11		
Número de entrevistados com pontuação para cuidados paliativos	9		
Condições de saúde dos 2 entrevistados que não pontuaram para cuidados paliativos (Tanto SPICT quanto NECPAL)	Paraplegia secundária a Trauma raquimedular	Câncer cerebelar em tratamento quimioterápico.	
Condições de saúde dos entrevistados que pontuaram para cuidados paliativos	Cardiológicas (2)	Demência (2)	Fragilidade/ Imobilidade (1)
	Neurológica (1)	Respiratória (1)	Hepática (1)

Fonte: Autoral, 2025.

Ambos os questionários demonstraram ser de fácil aplicação e sem dificuldade de comunicação em relação às perguntas. A principal diferença entre eles foi o tempo utilizado para cada um, sendo que para o NECPAL é necessário mais tempo em relação ao SPICT. No quadro 2 são expostas as vantagens e desvantagens evidenciadas de cada instrumento.

Quadro 2- Vantagens e desvantagens dos instrumentos utilizados.

Questionários	Vantagens	Desvantagens
SPICT	Subjetividade, facilitando adequação ao contexto para a abordagem. Rapidez para aplicação.	Não avalia prognóstico, avaliação inicial em relação a gravidade.
NECPAL	Avalia tanto indicação de cuidados paliativos quanto um pouco de prognóstico. Apresenta melhor avaliação em relação a gravidade por ser detalhado. Inclui a pergunta surpresa na avaliação e validação do questionário.	Maior tempo de aplicação e necessidade de familiaridade na aplicação de escalas componentes do questionário.

Fonte: Autoral, 2025.

Após os atendimentos, nove dos onze entrevistados tiveram continuidade de acompanhamento e procura do serviço quando necessário para demandas diversas na Unidade de Saúde da Família responsável pelo território onde moram.

Todas as respostas dos ACS em relação à pergunta surpresa foram sim, afirmando que eles se surpreenderiam se aquelas pessoas avaliadas morressem dentro de um ano. Em contraponto à minha resposta em que apenas dois pacientes tem a resposta sim à pergunta surpresa, justamente os que não tinham indicação de cuidados paliativos. Importante destacar que dois, dos cinco ACS, a priori me responderam a pergunta com outra pergunta. Uma delas demonstrou surpresa e indignação dizendo que “quem deveria responder a pergunta era o médico e não ela”. Outra profissional respondeu: “sim, me surpreenderia, pois quem sabe o dia de amanhã é Deus”,

4.2 Discussão

Na literatura, é consolidada a importância da identificação dos cuidados paliativos precoces e que, a depender dos níveis assistenciais que essa identificação acontece, é capaz de promover muito mais benefícios em relação à qualidade de vida do paciente e seus tratamentos (Paraizo-Horvath *et al.*; 2022; Charuff; Silveira; Silva, 2025). O SPICT foi desenvolvido para identificação de maneira simples e ágil da necessidade de cuidados paliativos. Porém, a sobrecarga na coordenação do cuidado, pressão assistencial e baixa qualificação, tanto na graduação quanto na educação permanente nos serviços de saúde, perpetua o desconhecimento ou pouca familiaridade da utilização de instrumentos de identificação da necessidade de cuidados paliativos (d’Alessandro *et al.*, 2023) .

O modelo biomédico tradicional, centrado na doença e na cura a qualquer custo, frequentemente resulta em obstinação terapêutica, iatrogenias e sofrimento prolongado, negligenciando a experiência subjetiva do paciente. Em contraponto, os cuidados paliativos propõem uma reorientação ética do cuidado, deslocando o foco da doença para a pessoa e seu bem-estar integral, alinhando-se ao modelo centrado na família da Atenção Primária à Saúde (Dias; Costa; Clausen, 2024; Castro *et al.*, 2025).

Contudo, esse paradigma enfrenta uma barreira cultural significativa: a visão equivocada, ainda presente entre profissionais e na sociedade, de que cuidados paliativos representam abandono terapêutico. Superar esse estigma, enraizado na própria cultura biomédica que se busca transcender, é um passo fundamental para implementar efetivamente um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa (Castro *et al.*, 2025; Agrizzi *et al.*, 2025).

Persiste entre uma parte significativa da classe médica a associação quase exclusiva dos cuidados paliativos com a fase terminal e ativa do morrer. Este viés, enraizado no raciocínio clínico centrado na doença, gera uma insegurança prática na avaliação precoce da necessidade paliativa, reforçando uma abordagem tardia e restrita à iminência da morte. Isso acontece também pois esses trabalhadores não têm conhecimento suficiente em relação aos cuidados paliativos e aos instrumentos que ajudam na sistematização e identificação, mantendo uma visão ultrapassada e pejorativa acerca desse cuidado em saúde (Salman *et al.*, 2024; Castro *et al.*, 2025).

A integração dos Cuidados Paliativos na atuação do Médico de Família e Comunidade amplia significativamente o acesso a essa assistência especializada. Sob essa premissa, a incorporação garante continuidade do cuidado por meio dos princípios de adscrição territorial, longitudinalidade e possibilidade de visitas domiciliares, que permitem acompanhamento próximo de pacientes e famílias. Reforça-se, portanto, que essa experiência se faz necessária no contexto de toda Unidade Básica de Saúde que possui MFC (Dias; Costa; Clausen, 2024).

Não obstante, a atuação na Atenção Primária possibilita a introdução precoce dos cuidados desde o diagnóstico, acompanhando toda a evolução da doença, com o médico atuando como coordenador do cuidado e facilitador do encaminhamento a serviços especializados, quando necessário. A partir da indicação precoce desses cuidados por meio dos instrumentos validados, como o SPICT ou NECPAL, haverá a identificação correta e em tempo oportuno, aliada a sistematização de um processo importantíssimo de trabalho, garantindo acesso mais criterioso, além de permitir um direcionamento de cuidados e de recursos para pessoas que realmente necessitam, evitando desperdícios financeiros e retrabalho na saúde (Dias; Costa; Clausen, 2024; Charuff; Silveira; Silva, 2025).

Sob esse viés, a articulação dos cuidados paliativos e APS assegura maior conforto ao paciente através do acompanhamento longitudinal no domicílio. Desse modo,

possibilita-se a manutenção dos vínculos familiares, comunitários e espirituais - elementos fundamentais para uma assistência verdadeiramente integral, corroborando com a importância dessa integração (Silva, 2025; Charuff; Silveira; Silva, 2025).

Apesar de tamanha importância, evidencia-se uma lacuna significativa no ensino de Cuidados Paliativos durante a formação médica, com menos da metade dos serviços de saúde oferecendo atividades práticas para graduandos e apenas 14% das universidades brasileiras incluindo a temática em seus currículos. Essa carreira educacional contrasta com a relevância clínica da área, exigindo maior integração entre formação acadêmica e realidade assistencial. Em resposta a essa necessidade, o Ministério da Educação determinou, em 2022, a inclusão obrigatória do tema nos currículos das escolas médicas, visando alinhar a preparação dos futuros profissionais às demandas socioassistenciais do país (Castro *et al.*, 2025).

A partir desse panorama, como estratégia de difusão e (re)conhecimento dos cuidados paliativos, há a recomendação de aplicação do SPICT para identificação de pacientes elegíveis a esse tipo de cuidado. Em algumas produções científicas, seu uso é adaptado ao serviço, de forma a propor fluxos de atendimentos voltados à Atenção Primária à Saúde, principalmente no que refere-se à Estratégia Saúde da Família. Esse fato inclui, também, o ACS como profissional de fundamental importância, não somente no processo de seleção dos usuários para a aplicação do instrumento, mas também no acompanhamento longitudinal do paciente (Silva, 2025).

O relato de experiência é um exemplo de tentativa de incluir o instrumento na rotina prática do médico de família e comunidade e isso se mostrou extremamente desafiador, principalmente por não ter contato com cuidados paliativos durante minha graduação, e também pelo serviço municipal não possuir um protocolo ou direcionamento formal de como precisa ser o fluxo de atendimento para esse tipo de demanda nas unidades básicas de saúde. Tanto a aplicação dessas ferramentas quanto a observação e reflexão em relação à vivência permitiram aprimorar minha abordagem assistencial em cuidados paliativos na APS, resultado da integração entre revisão teórica e experiência prática. Essa síntese evidenciou possibilidades concretas de melhoria na qualidade do atendimento e na minha conduta clínica. Contudo, observa-se que a implementação de um fluxo assistencial estruturado e eficaz na rede de saúde de Caruaru permanece um desafio considerável.

É notório, por meio de algumas respostas dos ACS à pergunta surpresa, a religiosidade empregada de forma negativa, pois, ao responder que: “quem sabe o dia de amanhã é Deus”, demonstra uma tentativa de isenção em relação ao prognóstico do paciente. Em cuidados paliativos, a abordagem em relação à espiritualidade permite que essa religiosidade seja percebida de forma mais abrangente e, assim, é possível instituir um cuidado proporcional e individualizado, seja em relação à dor que o paciente sente, ou até na perspectiva de vida que carrega aquela pessoa (Corman *et al.*, 2025; Charuff; Silveira; Silva, 2025).

De acordo com Charuff, Silveira e Silva (2025), e pensando no meu território e nas necessidades de saúde, é de fundamental importância a educação em saúde para que o ACS possa perceber sua potência na participação do cuidado ao paciente que necessidade de cuidados paliativos, fornecendo para a equipe uma oportunidade de se apropriar de instrumentos para identificação de cuidados paliativos. Um exemplo disso é a ferramenta de elegibilidade Simplificada para Cuidados Paliativos (Anexo III), incorporada ao PlanificaSUS, e aplicada por ACS.

Esse último instrumento supracitado, associado ao SPICT, torna mais acurada a identificação e o acompanhamento das pessoas que necessitam de cuidados paliativos. Isso se dá, pois, a partir desse fluxo será possível avaliar a indicação de mais pessoas, por meio do ACS que possui maior contato com os usuários no território e, também, perceber quais pacientes possuem uma necessidade mais urgente, seja pelos tópicos finais abordados no SPICT ou por meio do NECPAL como ferramenta secundária. Pontuando em critérios de gravidade, fica perceptível a necessidade de uma avaliação de especialista focal em palação ou referenciamento para serviço que possua o atendimento nesta área de atuação (Charuff; Silveira; Silva, 2025).

O acompanhamento em cuidados paliativos requer uma atuação multidisciplinar articulada com os demais níveis da rede de saúde. Na atenção primária, essa assistência conta com a composição das equipes de Saúde da Família - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e profissionais de saúde bucal - complementadas pelas equipes multiprofissionais quando disponíveis. Destaca-se o papel estratégico do ACS na manutenção do vínculo terapêutico com usuários e famílias, particularmente através do acompanhamento domiciliar sistemático (Charuff; Silveira; Silva, 2025; Rio de Janeiro, 2024).

O ACS exerce função crucial como elo de comunicação entre as famílias e a equipe técnica, devendo relatar percepções sobre o estado dos usuários e esclarecer dúvidas sobre sinais de gravidade. Em situações de emergência, como piora clínica, por exemplo, dor intensa, dispneia, sangramento ou confusão mental, o ACS é frequentemente o primeiro profissional contactado, podendo indicar a necessidade de internação hospitalar para controle sintomático mais efetivo. Além dos aspectos clínicos, fatores psicossociais - como sobrecarga do cuidador, fragilidade da rede de apoio ou ausência de estrutura familiar - também constituem indicações válidas para hospitalização, complementando os critérios exclusivamente biomédicos (Charuff; Silveira; Silva, 2025; Rio de Janeiro, 2024).

É preciso qualificação técnica e desconstrução a ser abordada junto aos profissionais em saúde no que se refere aos cuidados paliativos. Ao refletir sobre desconstrução, é nítido que ainda há a crença que falar sobre morte trará a morte e que os médicos não se sentem à vontade para abordar esse assunto com seus pacientes. Isso é ressaltado no estudo feito por Castro e colaboradores (2025), em que apenas 51 docentes de Medicina (32,2%) relataram sentir-se confortáveis ao abordar questões relacionadas à morte. A maioria dos professores manifestou reações como medo, insegurança, tristeza, ansiedade, despreparo e frustração quando confrontados com esse tema.

Além disso, a qualificação das equipes em relação ao atendimento e identificação dessa demanda precisa estar presente no planejamento da educação permanente da coordenação da Atenção Básica (Silva, 2025; d'Alessando *et al.*, 2023). Faço parte do quadro de médicos da atenção primária há mais de 20 meses e, nesse tempo, tivemos diversos momentos de qualificação profissional, porém, em nenhum deles abordou-se os cuidados paliativos, mesmo com a política de cuidados paliativos publicada há mais de 18 meses, com garantia de financiamento e orientação sobre os trâmites necessários para que o serviço inicie e seja mantido ativo.

Apesar das bases legais e das evidentes sinergias entre Cuidados Paliativos e Atenção Primária, sua efetiva integração permanece limitada no território nacional. Os serviços de CP concentram-se predominantemente em hospitais e ambulatórios especializados, distantes da porta de entrada do sistema e frequentemente inacessíveis à população. Esta fragilidade decorre tanto da insuficiente articulação entre os níveis de atenção através de referência e contrarreferência quanto da formação médica deficiente na área (Dias; Costa; Clausen, 2024; Côbo *et al.*, 2019).

A maioria das universidades brasileiras não incorpora os CP de forma estruturada em seus currículos, relegando o tema a atividades extracurriculares ou à prática sem formação adequada. Dessa forma, esse cenário perpetua um modelo mecanicista centrado na cura, deixando os médicos de família vulneráveis ao lidar com a terminalidade. Como evidenciado por estudos, mais da metade dos profissionais da ESF já atuou com pacientes paliativos, mas identificou prejuízos no cuidado integral, reflexo não apenas da capacitação técnica insuficiente, mas também das dificuldades em reconciliar seus próprios valores com a necessária imparcialidade para acolher as escolhas de pacientes e famílias (Dias; Costa; Clausen, 2024; Côbo et al., 2019).

A incorporação dos cuidados paliativos na APS, embora necessária, enfrenta o desafio da sobrecarga assistencial já existente nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Os profissionais lidam simultaneamente com demandas agudas e o acompanhamento longitudinal da população, frequentemente em situação de exaustão e déficit de profissionais, deixando atendimentos básicos em atraso. Essa realidade, agravada por deficiências na organização do acesso e qualificação das equipes, exige que a implementação de nova linha de cuidado seja precedida de discussão coletiva e articulação com os programas existentes, assegurando viabilidade frente às atividades já desenvolvidas (Dias; Costa; Clausen, 2024; Côbo et al., 2019; Paraizo-Horvath *et al.*, 2022).

Outra barreira significativa reside no conhecimento limitado de pacientes com doenças avançadas progressivas e seus cuidadores acerca do conceito e benefícios dos cuidados paliativos, frequentemente associando essa abordagem exclusivamente ao processo de morte, sem reconhecer seu potencial de melhoria na qualidade de vida. A introdução precoce dessa prática na APS representa um desafio adicional em populações que apresentam múltiplas condições clínicas avançadas e comprometimento do processo saúde-doença (Paraizo-Horvath *et al.*, 2022).

Há uma enorme dificuldade em identificar os pacientes que necessitam cuidados paliativos, principalmente pelos pontos levantados acima, porém, as lacunas identificadas não devem reforçar o modelo tradicional de cuidado, biomédico e centrado na doença, pois a escassa literatura sobre a prática de identificação de pacientes que necessitam de palação na APS e a ausência curricular representam não um vazio, mas uma invisibilidade que precisa ser superada. Territórios e práticas cotidianas já abrigam potências transformadoras que resistem e constroem alternativas. Tornar essas experiências visíveis não apenas legitima sua

existência, mas reafirma o cuidado integral e a riqueza dos processos de transformação na atenção à vida, valorizando saberes que resistem à marginalização acadêmica e institucional, a exemplo das comunidades compassivas (Castro *et al.*, 2025; Agrizzi *et al.*, 2025).

5 CONCLUSÃO

O presente relato considerou e expôs a experiência de aplicação de dois instrumentos de identificação de cuidados paliativos, o SPICT e NECPAL, não se atendo à indicação de ambos, pois esse tópico é bem consolidado na literatura, mas abrangendo aspectos práticos, críticos e reflexivos em relação à identificação dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Por meio deste estudo, é possível reconhecer que a integração entre a compreensão territorial, a coordenação do médico de família e a atuação colaborativa multiprofissional constitui um pilar indispensável para a efetividade e a humanização dos cuidados paliativos. Destaca-se, também, as fragilidades existentes na assistência, na educação continuada e até na literatura sobre o tema abordado, além da formação médica ainda não ter efetivado a inclusão, no currículo da formação médica com foco no ensino sobre cuidados paliativos e abordagem sobre a morte.

É imperioso promover uma transformação na cultura do ensino e da prática médica, transcendendo o modelo biomédico tradicional — excessivamente centrado na doença e negligente com a subjetividade do adoecimento — por meio do desenvolvimento de competências humanísticas. Essa mudança, que implica abandonar o paternalismo e adotar uma abordagem genuinamente centrada na pessoa, não exclui intervenções curativas, mas prioriza a qualidade de vida em todo o processo saúde-doença. A persistência do modelo atual distorce a atuação profissional e impede a incorporação efetiva dos princípios da Atenção Primária à Saúde e dos cuidados paliativos na prática clínica cotidiana.

Destarte, percebe-se a necessidade de mais estudos que discutam a aplicação de identificação e da coordenação dos cuidados paliativos no contexto da APS, aliadas a mudanças efetivas na formação dos profissionais de saúde, tanto para os que já atuam quanto para os que estão em formação acadêmica ainda. A partir disso, esse público será direcionado e sensibilizado para promover um atendimento integral, individualizado e efetivo, centrado na pessoa e na família da pessoa que necessita dos cuidados paliativos para promover melhora da qualidade de vida e eficácia terapêutica.

REFERÊNCIAS

- AGRIZZI, L. M. *et al.* As presenças dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão da literatura. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 23, n. 1, 2025.
- ALCALDE, J.; ZIMMERMANN, C. Stigma about palliative care: origins and solutions. **Ecancermedicalscience**, v. 16, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Seção I:215, Brasília, DF, Edição 98, 2024.
- CASTRO, A. A. *et al.* Ensino de cuidados paliativos na graduação: desafios e caminhos apontados por estudantes e docentes médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 49, n. 03, 2025.
- CHARUFF, R. M. M.; SILVEIRA, C. C. da; SILVA, K. V. **Manual de Cuidados Paliativos na Atenção Primária e Atenção Domiciliar**. 1ed. Rio de Janeiro. Atheneu, 2025.
- CÔBO, V. de A. *et al.* Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 39, n. 97, p. 225-235, 2019.
- CORMAN, M. *et al.* Exploring the concept of Total Pain in contemporary oncology palliative care: a qualitative study on patients' resources. **BMC Palliative Care**, v. 24, n. 1, 2025.
- D'ALESSANDRO, M. P. S *et al.* **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.
- DIAS, M. F.; COSTA, M. M. S.; CLAUSEN, N. C. A importância dos cuidados paliativos exercidos por médicos de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 19, n. 46, p. 3416-3416, 2024.
- GUIRRO, U. B. P. **Atlas de cuidados paliativos no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Academia Brasileira de Cuidados Paliativos, 2023.
- KUOSMANEN, L. *et al.* Patient participation in shared decision-making in palliative care—an integrative review. **Journal of clinical nursing**, v. 30, n. 23-24, p. 3415-3428, 2021.
- LEMOS, A. dos S. *et al.* **Manual de Boas Práticas cuidados Paliativos Voltados À Pessoa idosa**. Universidade estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro : Núcleo de Envelhecimento Humano, 2025.
- MACHADO, M. M. **Estruturação dos Cuidados Paliativos no Brasil: Uma Análise Documental**. 24 pág. Me. Luzia Silva dos Santos. TCR (Pós-graduação) Residência Multiprofissional em Atenção em Oncologia. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 2024.

ORDONHO, L. C. *et al.* Os desafios dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 36,, 2021.

PARAIZO-HORVATH, C. M. S. *et al.* Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 09, p. 3547-3557, 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Cuidados paliativos na atenção primária a saúde: Orientação para agentes comunitários de saúde**. 1ed. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2024.

ROTH, A. R.; CANEDO, A.R. Introduction to hospice and palliative care. **Primary care**, v. 46, n. 3, p. 287-302, 2019.

SALMAN, M. S. M. *et al.* Política Nacional de Cuidados Paliativos: Desafios da Qualificação Profissional em Cuidados Paliativos no Brasil. **Rev. Bras. Cancerol**, v. 70, n. 3, 2024.

SILVA, G. N. *et al.* Desenvolvimento de uma ferramenta digital para integração das escalas SPICT, Zarit e NECPAL na atenção primária à saúde. **REVISTA DELOS**, v. 18, n. 63,, 2025.

SILVA, M. O. **Elaboração De Um Protocolo De Implementação De Cuidados Paliativos Para O Serviço De Atenção Domiciliar Do Município De Ouro Preto - Mg.** 2025. 50 f. TCR - Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2025.

SILVA, M. P. B. *et al.* As contribuições da equipe multiprofissional da atenção básica de saúde frente aos cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021.

SOUZA, L. C. de *et al.* Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>. Acesso em: 11 Nov. 2025.

Anexo I - SPICT - BR



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



O SPICT™ é utilizado para ajudar a identificar pessoas cuja saúde está deteriorando. Avalie quanto às necessidades de suporte e cuidados paliativos não atendidas. Plano de cuidados.

Procure por indicadores gerais de saúde em deterioração.

- Internação(ões) hospitalar(es) não programada(s).
- Declínio funcional progressivo com limitada reversibilidade. (Ex.: A pessoa permanece na cama ou numa cadeira mais da metade do tempo).
- A pessoa depende de outros para cuidados pessoais devido ao aumento de problemas físicos e/ou de saúde mental. O cuidador necessita de mais ajuda e suporte.
- Perda de peso progressiva; permanece abaixo do peso; baixa massa muscular.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado da(s) condição(ões) de base.
- A pessoa (ou a família) solicita cuidados paliativos; opta por reduzir, parar ou não fazer o tratamento; ou deseja focar na qualidade de vida.

Procure por indicadores clínicos de uma ou mais condições de saúde que limitam a vida.

Câncer

- Capacidade funcional em declínio devido à progressão do câncer.
- Muito debilitado(a) para o tratamento do câncer ou o tratamento tem finalidade de controle dos sintomas.

Demência/ fragilidade

- Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.
- Comendo e bebendo menos; dificuldade com a deglutição.
- Incontinência urinária e fecal.
- Incapaz de se comunicar através da fala; pouca interação social.
- Quedas frequentes; fratura de fêmur.
- Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

Doença neurológica

- Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.
- Problema de fala com dificuldade crescente de comunicação e/ou dificuldade progressiva de deglutição.
- Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.
- Paralisia persistente após acidente vascular cerebral com perda significativa da funcionalidade e incapacidade contínua.

Doença cardiovascular

- Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa, refratárias ao tratamento otimizado; com falta de ar ou dor no peito em repouso ou ao mínimo esforço.
- Doença vascular periférica grave, inoperável.

Doença respiratória

- Doença pulmonar crônica grave; com falta de ar em repouso ou ao mínimo esforço entre as exacerbações.
- Hipóxia persistente que necessita de oxigenioterapia contínua.
- Já precisou de ventilação invasiva para insuficiência respiratória ou a intubação orotraqueal é contraindicada.

Outras condições

- Deterioração com outras condições, múltiplas condições e/ou complicações irreversíveis; o melhor tratamento disponível resulta em um desfecho desfavorável.

Doença renal

- Estágios 4 ou 5 de doença renal crônica ($TFG < 30 \text{ ml}/\text{mi}$) com deterioração da saúde.

- Insuficiência renal como fator complicador para outras condições limitantes ou tratamentos.

- Parar ou não iniciar diálise.

Doença hepática

- Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:
- Ascite refratária a diuréticos;
 - Encefalopatia hepática;
 - Síndrome hepatorenal;
 - Peritonite bacteriana;
 - Sangramentos recorrentes de varizes decorrentes de hipertensão portal.

- Transplante de fígado não é possível.

Revisar o cuidado atual e o plano de cuidados.

- Revise o tratamento e os medicamentos atuais para garantir que a pessoa receba o cuidado otimizado; diminuir a polifarmácia.
- Considere o encaminhamento para avaliação para uma equipe de Cuidados Paliativos se os sintomas ou problemas forem complexos e difíceis de manejar.
- Elaborar um plano de cuidados para o momento atual e para o futuro com a pessoa e seus familiares/pessoas próximas. Apoiar os cuidadores.
- Planejar com antecedência caso seja provável a perda da capacidade de tomada de decisão.
- Registrar, compartilhar e revisar os planos de cuidados.

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website (www.spict.org.uk)

Anexo II- NECPAL-BR

INSTRUMENTO NECPAL-BR (Necessidades Paliativas)

Instrumento para identificação de pessoas em situação de doença avançada e/ou terminais e necessidade de atenção paliativa para uso em serviços de saúde e sociais

Paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Pergunta surpresa	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Demandas ou necessidades	Demandas: Tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Necessidades: Identificada por profissionais da equipe de saúde.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indicadores clínicos gerais: nos últimos 6 meses -Graves, persistentes, progressivos, não relacionados com processo intercorrente recente. -Combinar gravidade COM progressão	Declínio nutricional	Perda de peso >10%	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Declínio funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais que duas ABVDs 	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥ 5 minimental ou ≥ 3 Pfeiffer	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dependência grave	Karnofsky < 50 ou Barthel < 20		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Síndromes geriátricas	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão por pressão • Infecções de repetição • Delirium • Disfagia • Quedas 	Dados clínicos da anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sintomas persistentes	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispneia e insônia.	≥2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Aspectos psicossociais	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	detecção de mal-estar emocional (DME >9)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vulnerabilidade social grave	avaliação social e familiar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Multi-morbidade	≥ 2 doenças ou condições crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso de recursos	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses • Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem) 	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indicadores específicos	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	• Em anexo*: avaliação dos critérios de gravidade e progressão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

• *Indicadores Específicos*

Critérios NECPAL de gravidade / progressão / doença avançada (1)(2)(3)(4)	
Doença Oncológica	<ul style="list-style-type: none"> • Câncer metastático ou loco regional avançado • Em progressão em tumores sólidos • Sintomas persistentes, mal controlados ou refratários, apesar da otimização do tratamento específico
Doença Pulmonar Crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações • Restrito ao domicílio com limitação de marcha • Critérios espirométricos de obstrução grave (VEMS < 30%) ou critérios de déficit restritivo grave (CVF < 40% / DLCO < 40%) • Critérios gasométricos básicos de oxigenoterapia domiciliar continuada • Necessidade de corticoterapia contínua • Insuficiência cardíaca sintomática associada
Doença Cardíaca Crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Dispnéia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações • Insuficiência cardíaca NYHA classe III ou IV, doença valvar grave não cirúrgica ou doença coronariana não revascularizável • Ecocardiograma basal: FE <30% ou HAP grave (PSAP > 60) • Insuficiência renal associada (TGF< 60mL/min/1,73m²) • Associação com insuficiência renal e hiponatremia persistente
Demência	<ul style="list-style-type: none"> • GDS≥6c • Progressão do declínio cognitivo, funcional e/ou nutricional.
Fragilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Fragilidade do CSHA ≥ 0,5 • Avaliação geriátrica integral sugestiva de fragilidade avançada
Doença Neurológica Vascular (AVC)	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a fase aguda e subaguda (<3 meses pós-AVC): estado vegetativo persistente ou de mínima consciência > 3 dias. • Durante a fase crônica (>3 meses pós-AVC): complicações médicas repetidas (ou demência com critérios de gravidade pós-AVC).
Doenças Neurológicas degenerativas: ELA, Esclerose Múltipla e Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Piora progressiva da função física e/ou cognitiva • Sintomas complexos e de difícil controle • Disfagia persistente • Transtorno persistente da fala • Dificuldades crescentes de comunicação • Pneumonia recorrente por aspiração, dispneia ou insuficiência respiratória
Doença Hepática Crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Cirrose avançada estádio Child C (determinado com o paciente fora de complicações ou já as tendo tratado e otimizado o tratamento), MELD-Na > 30ou ascite refratária, síndrome hepato-renal ou hemorragia digestiva alta por hipertensão portal persistente apesar de otimização do tratamento • Carcinoma hepatocelular presente, em estágio C ou D
Doença Renal Crônica Grave	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência renal grave (TGF< 15ml/min) em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento substitutivo e/ou transplante • Finalização da diálise ou falha no transplante

- (1) Usar instrumentos validados de gravidade e/ou prognóstico em função da experiência e evidência;
 - (2) Em todos os casos, avaliar também o sofrimento emocional ou impacto funcional graves em pacientes (e/ou impacto na família) como critério de necessidades paliativas;
 - (3) Em todos os casos, avaliar dilemas éticos na tomada de decisões;
 - (4) Avaliar sempre a combinação com multi-morbididades.

Classificação:

Parâmetros NECPAL NECPAL + (de 1 a 13 respostas "sim")
NECPAL - (nenhum parâmetro assinalado)

Codificação e registro: Propor codificação como Paciente com Cronicidade Avançada (PCA) se PS + e NECPAL +

SANTANA, M. T. E. A. *Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO® para a Língua Portuguesa*. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Anexo III - Elegibilidade simplificada para cuidados paliativos

Elegibilidade Simplificada para Cuidados Paliativos
Internações não programadas.
Funcionalidade reduzida (pessoa passa na cama ou na cadeira mais de 50% do dia)
Dependência para cuidados pessoais por problemas físicos e/ou de saúde mental
Sintomas persistentes
Paciente ou familiar solicitam foco na qualidade de vida
Alguma condição clínica avançada: Câncer; Demência; Doença neurológica; Doença cardiovascular; Doença Pulmonar; Doença renal; Doença hepática
Pergunta surpresa: Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano? (Se a resposta do profissional for “não me surpreenderia”, corresponde a pergunta surpresa positiva)