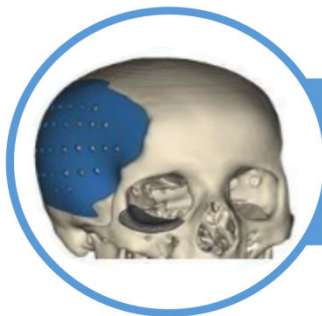




Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa sobre integração, identificação precoce e desfechos

Rama Valente Lourenço¹, Luiza Gabriela Alves Gomes², Joyce Helena Leão Queiroz², Ana Karolina Ferreira Pereira¹, Beatriz Tavares Monteverde da Costa¹, Fernanda Myllena Sousa Campos¹, Pedro Borba Freire¹, Jefferson Lazarini de Aquino¹.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n9p277-295>

Artigo recebido em 27 de Julho e publicado em 7 de Setembro de 2025

REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Introdução: A integração de cuidados paliativos (CP) à Atenção Primária à Saúde (APS) constitui estratégia custo-efetiva para ampliar cobertura e equidade, inclusive em contextos de recursos limitados. **Objetiva-se** sintetizar criticamente a produção científica da última década sobre integração de CP na APS, com ênfase em apoio social, manejo de sintomas, instrumentos de identificação precoce, modelos colaborativos de coordenação e prioridades de implementação no contexto brasileiro. **Metodologia:** Realizou-se revisão integrativa em cinco etapas, com buscas em PubMed e Google Acadêmico (últimos dez anos), avaliação crítica JBI, extração padronizada e síntese narrativa de estudos sobre cuidados paliativos na APS, conduzida por revisores independentes. **Conclusão:** A integração efetiva dos cuidados paliativos à APS requer capacitação longitudinal, colaboração interprofissional, identificação precoce padronizada e intervenções comunitárias, sustentadas por critérios institucionais e monitoramento por indicadores internacionais.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Atenção primária à saúde; Apoio social; Identificação precoce.

Palliative Care in Primary Health Care: an Integrative Review on Integration, Early Identification, and Outcomes

ABSTRACT

Introduction: The integration of palliative care (PC) into Primary Health Care (PHC) is a cost-effective strategy to expand coverage and equity, even in resource-limited contexts. This study aimed to critically synthesize the scientific literature of the last decade on PC integration into PHC, with emphasis on social support, symptom management, early identification tools, collaborative coordination models, and implementation priorities in the Brazilian context. **Methodology:** An integrative review was conducted in five stages, including searches in PubMed and Google Scholar (last ten years), JBI critical appraisal, standardized data extraction, and narrative synthesis of studies on PC in PHC, carried out by independent reviewers. **Conclusion:** Effective integration of palliative care into PHC requires longitudinal training, interprofessional collaboration, standardized early identification, and community-based interventions, supported by institutional criteria and monitoring through international indicators.

Keywords: Palliative care; Primary health care; Social support; Early identification.

Instituição afiliada – Universidade Federal do Pará¹, Centro Universitário do Estado do Pará².

Autor correspondente: Rama Valente Lourenço valenterama@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos (CP) constituem abordagem ativa e integrada voltada ao alívio do sofrimento de pessoas com condições que ameaçam a continuidade da vida, abrangendo dimensões física, psicossocial e espiritual, e devem ser ofertados de forma longitudinal no território pela Atenção Primária à Saúde (APS) como “cuidados paliativos primários” (RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022). A literatura internacional e regional indica que a integração formal dos CP à APS é estratégia custo-efetiva para ampliar cobertura e equidade, inclusive em contextos de recursos limitados (POURGHAZIAN; MAHMOUD; HAMMERICH, 2022; GAFER *et al.*, 2024; PEELER *et al.*, 2024; HOSSEINI *et al.*, 2025).

A relevância do tema decorre de evidências consistentes de que maior apoio social associa-se a melhores escores de qualidade de vida global e funcional em elegíveis para CP (AZEVEDO *et al.*, 2017) e de que intervenções comunitárias e não farmacológicas — por exemplo, atividades lúdicas domiciliares — melhoram indicadores psicossociais (SANTOS *et al.*, 2020; SEIÇA CARDOSO *et al.*, 2023; OOSTERVELD-VLUG *et al.*, 2019). Modelos que combinam identificação precoce de necessidades, coordenação eletrônica do cuidado e conferências de caso entre APS e equipes especializadas reduzem sobrecarga sintomática, qualificam o alinhamento às preferências e aumentam permanência e morte no domicílio quando desejado (FINUCANE *et al.*, 2019; DRILLER *et al.*, 2022; KRAUSE *et al.*, 2021; MALLON *et al.*, 2024; LENIZ *et al.*, 2021).

Justifica-se este estudo pela elevada demanda reprimida por CP na APS brasileira — com altas proporções de desempenho funcional reduzido e ausência de suporte estruturado (DE PAULA PAZ *et al.*, 2016; MARCUCCI *et al.*, 2016) —, por lacunas de competência das equipes em conceitos, comunicação, elegibilidade e manejo de fim de vida (SELMAN *et al.*, 2017; SPINELI *et al.*, 2022; SILVA; NIETSCHKE; COGO, 2021; MORGAN *et al.*, 2024) e por barreiras sistêmicas na coordenação interníveis (RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022). Ademais, desigualdades territoriais e geográficas limitam acesso oportuno (SÁNCHEZ-CÁRDENAS *et al.*, 2024; VAN HEERDEN; JENKINS, 2022; ABATE *et al.*, 2023), enquanto a baixa priorização e o subfinanciamento exigem monitoramento por indicadores reconhecidos internacionalmente (PETTUS; DE LIMA, 2020; TRIPODORO *et al.*, 2025).

Objetivou-se sintetizar criticamente a evidência dos últimos dez anos sobre a integração dos CP na APS, com ênfase em (i) efeitos de apoio social, manejo de sintomas e coordenação do cuidado; (ii) desempenho de instrumentos de identificação precoce na APS (NECPAL, SPICT, RADPAC, “pergunta-surpresa”) e processos de estratificação; (iii) resultados de modelos colaborativos como conferências de caso e coordenação eletrônica; e (iv) lacunas e prioridades de implementação para o contexto brasileiro..

METODOLOGIA

Conduziu-se revisão integrativa na qual realizaram-se buscas em PubMed e Google Acadêmico, com descritores em português e inglês combinados por AND/OR: “cuidados paliativos”, “atenção primária à saúde”, “atenção básica”, "Palliative Care", "Primary Health Care" e "Brazil". No PubMed, ocorreu mapeamento automático para MeSH quando disponível; no Google Acadêmico, adotou-se equivalência semântica. Filtros: últimos 10 anos, Resumos Disponíveis, Humanos e exclusão de preprints. Em Google Acadêmico, restringiu-se o período aos últimos 10 anos e excluíram-se preprints e registros sem resumo. Sem restrição de idioma.

Incluíram-se estudos primários quantitativos ou qualitativos, revisões sistemáticas, diretrizes e documentos técnicos sobre cuidados paliativos na atenção primária/atenção básica em humanos. Excluíram-se duplicatas, textos sem acesso integral, escopo exclusivamente hospitalar/terciário, monografias e trabalhos não publicados, resumos de congresso, editoriais, comentários e preprints.

Realizou-se triagem em dois estágios por dois revisores independentes; divergências resolvidas por terceiro revisor. Deduplicação em gerenciador bibliográfico.

Extraíram-se dados padronizados sobre desenho, cenário de APS, população, componentes das intervenções (p.ex., primary palliative care, planejamento antecipado, manejo de sintomas, visitas domiciliares, coordenação do cuidado) e desfechos clínicos/uso de serviços. Avaliou-se risco de viés com checklists JBI, em duplicata e por consenso.

Devido à heterogeneidade, não se realizou metanálise; adotou-se síntese narrativa e temática, organizada por competências em cuidados paliativos na equipe, instrumentos de planejamento antecipado, integração domiciliar e articulação com

níveis secundário/terciário. Gaps e incertezas foram explicitados.

REVISÃO DE LITERATURA

Os cuidados paliativos (CP) constituem uma abordagem voltada para a melhoria da qualidade de vida de pacientes adultos e pediátricos, assim como de suas famílias, diante de doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. A compreensão atual, conforme diretrizes internacionais, indica que os CP devem ser iniciados precocemente, concomitantemente a tratamentos modificadores de doença, estendendo-se ao longo de todo o curso do adoecimento e reconhecendo a morte como processo natural (WHPCA; WHO, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como o nível mais adequado para a prestação e coordenação dos CP, sobretudo em sistemas universais de saúde. A capilaridade e a integralidade da APS favorecem a avaliação contextualizada do paciente e de sua família, bem como a continuidade do cuidado, fundamentais para a comunicação efetiva e para a preparação de cuidadores diante da finitude. Evidências sugerem que a incorporação dos CP nesse nível reduz hospitalizações desnecessárias e custos em saúde, além de possibilitar maior permanência dos pacientes em seus domicílios (DE PAULA PAZ *et al.*, 2016; DE GRAAF *et al.*, 2016).

No Brasil, a regulamentação normativa da oferta de CP como parte dos cuidados continuados integrados ocorreu por meio da Resolução nº 41/2018 do Ministério da Saúde. Mais recentemente, a criação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), em 2024, consolidou a prioridade da temática, prevendo a implantação de equipes multiprofissionais e financiamento público específico (RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022).

Apesar dos avanços, a implementação dos CP na APS enfrenta desafios. A baixa prioridade governamental reflete-se em classificações internacionais que colocam o Brasil em posição intermediária no Quality of Death Index (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015) e no nível 3b de desenvolvimento segundo o Global Atlas of Palliative Care (WHPCA; WHO, 2020). Essa condição evidencia oferta desigual e incipiente de serviços.

Outro entrave refere-se ao déficit formativo: há lacunas no conhecimento teórico-prático de profissionais da APS sobre CP, abrangendo manejo de sintomas,

comunicação de más notícias e suporte psicossocial (SELMA *et al.*, 2017; SPINELI *et al.*, 2022). Experiências nacionais, como o Projeto Manto, evidenciaram a necessidade de capacitação específica para lidar com pacientes com doenças graves e incuráveis.

A identificação precoce de pacientes elegíveis para CP também representa obstáculo. Ferramentas como a “pergunta surpresa” apresentam desempenho limitado, sobretudo em doenças crônicas não malignas, cuja trajetória é de difícil prognóstico. Estudos de validação apontam maior precisão quando combinados instrumentos estruturados, como SPICT™ e NECPAL (WHITE *et al.*, 2017; ELMOKHALLALATI *et al.*, 2020; CALSINA-BERNA *et al.*, 2022).

Problemas de coordenação entre níveis de atenção também são recorrentes. Pesquisas evidenciam falhas de comunicação entre hospitais e APS, especialmente na transição de cuidados, gerando retrabalho e aumento de utilização de serviços de urgência. A literatura internacional indica que o uso de cartas de alta padronizadas e sistemas eletrônicos de coordenação de cuidados pode mitigar essas lacunas (FINUCANE *et al.*, 2019; WEETMAN *et al.*, 2022).

A escassez de recursos humanos especializados, insumos essenciais e medicamentos analgésicos adequados, como os opioides, compõe outro limitador. Estudos apontam que o Brasil apresenta um dos menores consumos per capita de opioides em comparação internacional, revelando subtratamento da dor (MAIA *et al.*, 2021; JU *et al.*, 2022).

Barreiras culturais, como a dificuldade social de lidar com a morte e a medicalização do morrer, também restringem o avanço dos CP. Tais fatores demandam a inclusão de rotinas de preparação para o fim da vida na APS, com ênfase em aspectos relacionais e espirituais (PETTUS; DE LIMA, 2020).

Entre as estratégias propostas para superar tais desafios, destacam-se modelos descentralizados e comunitários, que associam disponibilidade de medicamentos essenciais, envolvimento da comunidade e apoio institucional (GAFFER *et al.*, 2024; PEELER *et al.*, 2024). A educação permanente mostra-se fundamental para qualificar equipes da APS, elevando a confiança no manejo de sintomas e no planejamento antecipado de cuidados (JONES *et al.*, 2023).

A colaboração interprofissional constitui elemento-chave. Ensaios clínicos

controlados, como o KOPAL, demonstraram que conferências de caso entre médicos de família e equipes especializadas resultam em melhor organização do cuidado, redução de sintomas e menor uso hospitalar (MALLON *et al.*, 2024; MARX *et al.*, 2025).

O Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC), por sua vez, associa-se a menor ocorrência de morte hospitalar e maior tempo em casa, além de alinhar condutas aos valores e preferências dos pacientes (DRILLER *et al.*, 2022; 2024).

Aspectos ético-legais também fundamentam a prática de CP na APS. No Brasil, a ortotanásia é respaldada pela Resolução CFM nº 1.805/2006 e pelo Código de Ética Médica de 2019, que veda a obstinação terapêutica e orienta a continuidade da assistência em situações irreversíveis. As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e o PAC configuram instrumentos jurídicos que asseguram a autonomia do paciente (RIBEIRO; DE CARVALHO FILHO, 2022).

Nesse sentido, a literatura aponta caminhos de melhoria já testados em diferentes cenários: integração de modelos comunitários de CP à APS, educação permanente em serviço, colaboração interprofissional estruturada, apoio social e comunitário, implementação sistemática do PAC, utilização de ferramentas de identificação e estratificação de complexidade, fortalecimento do engajamento comunitário e aprimoramento do controle da dor. Essas estratégias sustentam a centralidade do paciente e da família, ampliam a capilaridade da atenção e reposicionam o cuidado de fim de vida como parte constitutiva da atenção primária (GOMES *et al.*, 2013; BEKKER *et al.*, 2022; DRILLER *et al.*, 2022; 2024; MALLON *et al.*, 2024; O'BRIEN *et al.*, 2023).

Assim, observa-se que os CP na APS constituem área em consolidação, caracterizada por barreiras estruturais, culturais e formativas, mas também por estratégias validadas que apontam caminhos para a universalização do cuidado digno diante da finitude. A institucionalização da PNCP representa um marco que pode potencializar a transformação da prática clínica em todo o território nacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 143 artigos e excluídos 104 artigos incompletos, com duplicidade da base de dados, não indexados, e que não atendam aos critérios de

inclusão.

A análise dos artigos incluídos mostra correlação positiva entre apoio social e qualidade de vida em elegíveis para cuidados paliativos na APS: maior apoio associa-se a melhores escores globais e funcionais, confirmando o papel estruturante do suporte interpessoal e comunitário (AZEVEDO *et al.*, 2017). Intervenções comunitárias não farmacológicas, como atividades lúdicas domiciliares, também resultaram em ganhos de qualidade de vida e apoio social, reforçando a utilidade de estratégias de interação humana e vínculos territoriais (SANTOS *et al.*, 2020; SEIÇA CARDOSO *et al.*, 2023).

Em contrapartida, maior carga de sintomas associa-se a menor apoio social e níveis mais altos de depressão; esta, por sua vez, relaciona-se a pior qualidade de vida, configurando um ciclo de retroalimentação que exige manejo ativo dos sintomas e intervenções psicossociais na APS (AZEVEDO *et al.*, 2017; REINKE *et al.*, 2019). Modelos que combinam identificação precoce, coordenação eletrônica e conferências de caso entre APS e equipes especializadas reduziram sobrecarga sintomática, alinharam cuidados às preferências e favoreceram permanência e morte domiciliar quando desejado (FINUCANE *et al.*, 2019; DRILLER *et al.*, 2022; KRAUSE *et al.*, 2021).

Os desfechos, contudo, são modulados por determinantes sociodemográficos e territoriais. Estado conjugal, idade, renda, escolaridade e presença de cuidador influenciam simultaneamente qualidade de vida, apoio social e depressão (AZEVEDO *et al.*, 2017). Em demência, a identificação de necessidades paliativas associou-se a maior uso da APS e a padrões específicos de utilização no fim da vida, com impacto na continuidade do cuidado (LENIZ *et al.*, 2021). Já desigualdades geográficas, marcadas por concentração urbana e restrições em áreas rurais, limitam acesso e oportunidade de cuidado (SÁNCHEZ-CÁRDENAS *et al.*, 2024; VAN HEERDEN *et al.*, 2022; ABATE *et al.*, 2023).

Diante disso, a resposta de maior impacto na APS articula quatro eixos. Primeiro, capacitação longitudinal de equipes para competências nucleares em CP — manejo de dor e sintomas, comunicação de más notícias, PAC e trabalho interprofissional — dada a necessidade formativa já documentada (SELMAN *et al.*, 2017; SPINELLI *et al.*, 2022; MORGAN *et al.*, 2024). Segundo, colaboração interprofissional estruturada com conferências de caso e planos terapêuticos compartilhados, estratégia com benefícios

clínicos e organizacionais comprovados (TURNER *et al.*, 2023; MALLON *et al.*, 2024; MARX *et al.*, 2025). Terceiro, identificação precoce padronizada por instrumentos como NECPAL, SPICT e RADPAC, aliados à “pergunta-surpresa” e critérios funcionais, apoiada por revisões e estudos metodológicos (ELMOKHALLALATI *et al.*, 2020; TRONCOSO *et al.*, 2021; PARAÍZO-HORVATH *et al.*, 2022; LEACH *et al.*, 2024; AGUIAR-LEIVA *et al.*, 2025). Quarto, ampliação do manejo sintomático e apoio psicossocial por intervenções comunitárias integradas à APS, sobretudo em populações vulneráveis e territórios de difícil acesso (SEIÇA CARDOSO *et al.*, 2023; OOSTERVELD-VLUG *et al.*, 2019; DORESHA *et al.*, 2024).

A integração formal de CP à APS — envolvendo governança, fluxos, financiamento e monitoramento — mostra efeitos favoráveis em acesso, oportunidade, uso de serviços e resultados relatados pelos pacientes em diferentes contextos, inclusive de baixa e média renda (PEELER *et al.*, 2024; HOSSEINI *et al.*, 2025; HOJJAT-ASSARI *et al.*, 2022). No Brasil, análises de política e experiências locais destacam a necessidade de institucionalizar critérios de elegibilidade, fortalecer a coordenação intersetoriais e incorporar indicadores de desempenho (RODRIGUES *et al.*, 2022; DE PAULA PAZ *et al.*, 2016; MALLON *et al.*, 2024). Em síntese, fortalecer redes de apoio e manejar sintomas e depressão na APS não é acessório, mas condição necessária para interromper o ciclo entre sofrimento físico, isolamento social e queda da qualidade de vida (AZEVEDO *et al.*, 2017; PEELER *et al.*, 2024; HOSSEINI *et al.*, 2025).

Evidências nacionais reforçam a magnitude da demanda. Em São Paulo, análise de 160 prontuários mostrou que 98,3% dos pacientes com KPS registrado apresentavam escore <70%, critério usual de elegibilidade, com predomínio de doenças degenerativas (46,3%) e agravos gravídico-puerperais (24,38%) (DE PAULA PAZ *et al.*, 2016). Outro estudo evidenciou usuários da ESF com necessidades paliativas sem suporte estruturado, idade média de 77,18 anos e KPS ≤50 em 71% dos casos, sobretudo com condições neurológicas não malignas (MARCUCCI *et al.*, 2016).

A recomendação de integrar CP à APS é recorrente em sínteses internacionais por ganhos em acesso, oportunidade e qualidade, inclusive em cenários de recursos limitados (POURGHAZIAN; MAHMOUD; HAMMERICH, 2022; GAFER *et al.*, 2024; PEELER *et al.*, 2024). Ensaios e estudos observacionais mostram que a organização comunitária

do cuidado aumenta permanência e morte domiciliar, reduz hospitalizações evitáveis e melhora coordenação interníveis (DE GRAAF *et al.*, 2016; KRAUSE *et al.*, 2021; DRILLER *et al.*, 2022; LENIZ *et al.*, 2021). Em câncer avançado, modelos comunitários integrados à APS melhoraram sintomas, qualidade de vida e utilização de serviços (HOSSEINI *et al.*, 2025; PEELER *et al.*, 2024). No Brasil, consolidar essa integração requer explicitar fluxos, papéis e critérios de elegibilidade, com a APS como coordenadora (RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022; RIBEIRO; DE CARVALHO FILHO, 2022).

Ainda assim, lacunas formativas persistem: déficits em conceitos básicos, elegibilidade, comunicação e manejo de fim de vida reduzem a resolutividade (SILVA; NIETSCHE; COGO, 2021; SPINELI *et al.*, 2022). A mitigação passa por adoção sistemática de instrumentos validados (NECPAL, SPICT, RADPAC), definição de responsáveis, periodicidade e gatilhos clínicos, além do uso de KPS e ferramentas estruturadas para triagem e priorização de casos complexos (DE PAULA PAZ *et al.*, 2016; MARCUCCI *et al.*, 2016).

O CP integrado à APS associa-se a melhora sintomática e bem-estar, maior alinhamento às preferências e redução de internações evitáveis (DE GRAAF *et al.*, 2016; KRAUSE *et al.*, 2021; DRILLER *et al.*, 2022; LENIZ *et al.*, 2021). No plano psicossocial, maior apoio social correlaciona-se a melhor qualidade de vida, enquanto sintomas pesados se ligam a depressão e isolamento, exigindo intervenções comunitárias de suporte (AZEVEDO *et al.*, 2017). Intervenções de humanização, como atividades lúdicas domiciliares, mostraram impacto positivo nesses indicadores (SANTOS *et al.*, 2021).

Contudo, barreiras estruturais da APS/SUS — baixa frequência de visitas domiciliares, oferta multiprofissional limitada e frágil coordenação interníveis — dificultam a institucionalização do CP (SILVA; NIETSCHE; COGO, 2021; RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022). Além disso, baixa prioridade governamental e subfinanciamento persistem como gargalos para escalar serviços, exigindo plano nacional com financiamento, indicadores e governança (PETTUS; DE LIMA, 2020; POURGHAZIAN; MAHMOUD; HAMMERICH, 2022). A agenda mínima inclui: normatizar critérios e fluxos, formar equipes em manejo de sintomas e PAC, adotar instrumentos de identificação precoce com monitoramento e implementar painel de indicadores assistenciais e sistêmicos (RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022; PARAIZO-HORVATH *et*

al., 2022; RIBEIRO; DE CARVALHO FILHO, 2022).

A magnitude das necessidades na APS brasileira, refletida por altos percentuais de KPS reduzido e perfis clínicos complexos, justifica integração estruturada do CP com foco em identificação precoce, competências de equipe e coordenação interníveis. Evidências nacionais e internacionais comprovam sua factibilidade e relevância clínica, com ganhos em acesso, experiência e resultados quando apoiada por política pública, financiamento e capacidade operacional (MARCUCCI *et al.*, 2016; DE PAULA PAZ *et al.*, 2016; PEELER *et al.*, 2024; HOSSEINI *et al.*, 2025; RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022).

No Brasil, há avanços normativos e executivos em CP na APS, mas persistem sinais de baixa prioridade e subfinanciamento, com repercussões sobre acesso, medicamentos e capacidade de implementação (PETTUS; DE LIMA, 2020; POURGHAZIAN; MAHMOUD; HAMMERICH, 2022). Entraves estruturais e fragilidades na coordenação interníveis ameaçam a exequibilidade das políticas (RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022; SILVA; NIETSCHE; COGO, 2021). A OMS recomenda monitorar por indicadores como disponibilidade de opioides, formação de equipes e integração com a APS (TRIPODORO *et al.*, 2025).

O conjunto das evidências mostra que avanços normativos são insuficientes sem política robusta, financiamento estável e integração operacional do CP à APS. Prioridades de impacto incluem: institucionalizar critérios de elegibilidade e fluxos; ofertar capacitação longitudinal em sintomas, PAC e comunicação; adotar instrumentos validados de identificação precoce; e monitorar desempenho por indicadores internacionais, com ênfase em opioides e continuidade do cuidado (RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022; PEELER *et al.*, 2024; HOSSEINI *et al.*, 2025; TRIPODORO *et al.*, 2025).

Portanto, os estudos incluídos convergiram para quatro achados principais: (i) apoio social mais elevado associa-se a melhores escores de qualidade de vida global e funcional em elegíveis para cuidados paliativos, com ganhos adicionais observados em intervenções comunitárias não farmacológicas, como atividades lúdicas domiciliares (AZEVEDO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2020; SEIÇA CARDOSO *et al.*, 2023); (ii) maior carga de sintomas relaciona-se a menor apoio social e a níveis mais altos de depressão, e a depressão, por sua vez, a pior qualidade de vida, caracterizando um ciclo de sofrimento (AZEVEDO *et al.*, 2017; REINKE *et al.*, 2019); (iii) modelos integrados na APS —

combinando identificação precoce, coordenação eletrônica do cuidado e conferências de caso — reduziram sobrecarga sintomática, uso agudo de serviços e mortes hospitalares, além de aumentarem tempo e, quando desejado, morte no domicílio (FINUCANE *et al.*, 2019; DRILLER *et al.*, 2022; KRAUSE *et al.*, 2021; DE GRAAF *et al.*, 2016); e (iv) os desfechos são modulados por determinantes sociodemográficos e territoriais, com desigualdades geográficas e elevada elegibilidade não atendida na APS brasileira, evidenciada por altas proporções de KPS reduzido (LENIZ *et al.*, 2021; SÁNCHEZ-CÁRDENAS *et al.*, 2024; VAN HEERDEN; JENKINS, 2022; ABATE *et al.*, 2023; DE PAULA PAZ *et al.*, 2016; MARCUCCI *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa confirma que integrar cuidados paliativos (CP) à Atenção Primária à Saúde (APS) melhora desfechos clínicos e psicossociais: apoio social mais alto associa-se a melhor qualidade de vida; maior carga sintomática relaciona-se a depressão e pior qualidade de vida; modelos colaborativos na APS (identificação precoce, coordenação eletrônica e conferências de caso) reduzem sobrecarga sintomática, uso agudo de serviços e mortes hospitalares, favorecendo permanência e morte no domicílio quando desejado. Instrumentos de triagem são úteis na identificação precoce, enquanto determinantes sociodemográficos/territoriais modulam resultados e revelam iniquidades. No Brasil, há alta elegibilidade não atendida na APS, sustentando quatro eixos operacionais: capacitação longitudinal, colaboração interprofissional estruturada, identificação padronizada e ampliação de intervenções comunitárias não farmacológicas.

Recomenda-se institucionalizar critérios de elegibilidade e fluxos inter-níveis com a APS como coordenadora; adotar rotineiramente ferramentas de identificação precoce; implantar conferências de caso APS-especializada e sistemas eletrônicos de coordenação; fortalecer manejo de sintomas e apoio psicossocial no território (inclusive intervenções comunitárias); e monitorar desempenho por indicadores reconhecidos (p. ex., acesso a opioides, continuidade do cuidado, alinhamento a preferências). Priorizar áreas rurais e populações vulneráveis, com financiamento dedicado, pode reduzir desigualdades e aumentar eficiência do sistema.

Contudo, são prioritários, portanto, estudos de implementação e ensaios pragmáticos em APS que testem pacotes integrados (triagem + conferência de caso + coordenação eletrônica + intervenções comunitárias), com foco em equidade, custo-efetividade e experiência de usuários/cuidadores.

REFERÊNCIAS

ABATE, Y. *et al.* Barrier analysis for continuity of palliative care from health facility to household among adult cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliative Care*, v. 22, n. 1, p. 57, 12 maio 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37173667/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

AGUIAR-LEIVA, V. P. *et al.* Validation of a questionnaire to assess complexity of palliative care needs in primary care in Malaga, Spain: a study protocol. *BMJ Open*, v. 15, n. 7, e102040, 17 jul. 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40675644/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

AZEVEDO, C. *et al.* Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Rev Esc Enferm USP*, v. 51, e03245, 28 ago. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28902325>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BEERNAERT, K. *et al.* Referral to palliative care in COPD and other chronic diseases: a population-based study. *Respiratory Medicine*, v. 107, n. 11, p. 1731-1739, 2013. DOI: 10.1016/j.rmed.2013.06.003.

CALSINA-BERNA, A. *et al.* Prevalence and clinical characteristics of patients with advanced chronic illness and palliative care needs identified with the NECPAL Tool. *BMC Palliative Care*, v. 21, 2022. DOI: 10.1186/s12904-022-01101-4.

CENTER TO ADVANCE PALLIATIVE CARE. CAPC 2024 Serious Illness Scorecard. 2024. Disponível em: <https://scorecard.capc.org/>. Acesso em: 28 ago. 2025.

DE BOCK, R. *et al.* Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population. *Journal of Palliative Medicine*, v. 21, n. 2, p. 220-224, 2018. DOI: 10.1089/jpm.2017.0205.

DE GRAAF, E. *et al.* Hospice assist at home: does the integration of hospice care in primary healthcare support patients to die in their preferred location - A retrospective cross-sectional evaluation study. *Palliative Medicine*, v. 30, n. 6, p. 580-586, jun. 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216315626353>. Acesso em: 17 jun. 2024.

DE PAULA PAZ, C. R. *et al.* New demands for primary health care in Brazil: palliative care. *Invest Educ Enferm*, v. 34, n. 1, p. 46-57, abr. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28569973/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

DORESHA, L. M.; WILLIAMS, M.; MASH, R. The role of community health workers in non-communicable diseases in Cape Town, South Africa: descriptive exploratory qualitative study. *BMC Primary Care*, v. 25, n. 1, p. 176, 21 maio 2024. Disponível em:



<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38773378/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

DRILLER, B. *et al.* Cancer patients spend more time at home and more often die at home with advance care planning conversations in primary health care: a retrospective observational cohort study. *BMC Palliative Care*, v. 21, n. 1, p. 61, 2 maio 2022. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-00952-1>. Acesso em: 17 jun. 2024.

DRILLER, B. *et al.* Cancer patients have a reduced likelihood of dying in hospital with ACP in primary health care and a summarizing palliative plan: a prospective controlled study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2024. DOI: 10.1080/02813432.2024.2346131.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. The 2015 Quality of Death Index – Country Profiles. 2015. Disponível em: https://assets.ctfassets.net/.../2015_Quality_of_Death_Index_Country_Profiles_Oct_6_FINAL.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

ELMOKHALLALATI, Y. *et al.* Identification of patients with potential palliative care needs: a systematic review of screening tools in primary care. *Palliative Medicine*, v. 34, n. 8, p. 989–1005, set. 2020. DOI: 10.1177/0269216320929552.

FINUCANE, A. M. *et al.* Electronic care coordination systems for people with advanced progressive illness: a mixed-methods evaluation in Scottish primary care. *Br J Gen Pract*, v. 70, n. 690, p. e20–e28, 26 dez. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31848198/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

GAFER, N. *et al.* A model for integrating palliative care into Eastern Mediterranean health systems with a primary care approach. *BMC Palliative Care*, v. 23, n. 1, p. 264, 15 nov. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39543584/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

GOMES, B.; HIGGINSON, I. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD007760.pub2.

HOJJAT-ASSARI, S. *et al.* Developing an integrated model of community-based palliative care into the primary health care (PHC) for terminally ill cancer patients in Iran. *BMC Palliative Care*, v. 20, n. 1, p. 100, 28 jun. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34182980/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

HOSSEINI, H. *et al.* The effect of community-based palliative supportive care integrated with primary health care (PHC) on the outcomes of terminally ill cancer patients. *BMC Primary Care*, v. 26, n. 1, p. 139, 1 maio 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40312691/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

JONES, R. *et al.* Challenges experienced by GPs when providing palliative care: a systematic review. *BJGP Open*, v. 7, n. 2, 2023. DOI: 10.3399/BJGPO.2022.0159.

JU, C. *et al.* Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption, 2010–2019. *The Lancet Public Health*, v. 7, n. 3, e225–e235, 2022. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00013-5.

KRAUSE, M. *et al.* Effectiveness of two types of palliative home care in cancer and non-cancer patients: A retrospective population-based study using claims data. *Palliative Medicine*, v. 35,

n. 6, p. 1158–1169, jun. 2021. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/02692163211013666>. Acesso em: 17 jun. 2024.

LEACH, I. *et al.* Understanding patient views and experiences of the IDENTification of PALLiative care needs (IDENTI-PALL): a qualitative interview study. *Br J Gen Pract*, v. 74, n. 739, p. e88–e95, 25 jan. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38191566/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

LENIZ, J. *et al.* Identification of palliative care needs among people with dementia and its association with acute hospital care and community service use at the end-of-life: A retrospective cohort study using linked primary, community and secondary care data. *Palliative Medicine*, v. 35, n. 9, p. 1691–1700, out. 2021. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/02692163211019897>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MAIA, L. O. *et al.* Opioid use, regulation, and harms in Brazil: an integrative review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, v. 16, 2021. DOI: 10.1186/s13011-020-00352-2.

MALLON, T. *et al.* Effects of timely case conferencing between general practitioners and specialist palliative care services on symptom burden in patients with advanced chronic disease: results of the cluster-randomised controlled KOPAL trial. *BMC Palliative Care*, v. 23, n. 1, p. 293, 20 dez. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39707283/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MALLON, T. *et al.* Evaluating palliative care case conferences in primary care for patients with advanced non-malignant chronic conditions: a cluster-randomised controlled trial (KOPAL). *Age and Ageing*, v. 53, n. 5, p. 100, 1 maio 2024. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38783755/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MALLON, T. *et al.* Evaluating palliative care case conferences in primary care for advanced chronic non-malignant diseases (KOPAL). *BMC Palliative Care*, v. 23, 2024. DOI: 10.1186/s12904-024-01623-z.

MARCUCCI, F. C. *et al.* Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. *BMC Palliative Care*, v. 15, p. 51, 1 jun. 2016. DOI: 10.1186/s12904-016-0125-4.

MARX, G. *et al.* General practitioners' perspective on timely interprofessional case conferences on non-cancer patients with palliative care needs: a qualitative study (KOPAL). *BMJ Open*, v. 15, n. 8, e097181, 25 ago. 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40854848/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MITCHELL, G. *et al.* Case conferences between GPs and specialist teams to plan end-of-life care in heart failure and lung disease: pilot study. *BMC Palliative Care*, v. 13, 2014. DOI: 10.1186/1472-684X-13-24.

MORGAN, J. *et al.* Healthcare workers' knowledge of indicators for a palliative care approach. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, v. 16, n. 1, p. e1–e7, 31 jul. 2024. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39099274/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

MORGAN, J. *et al.* What is the role of family medicine in providing palliative care in Africa? *Afr J*



Prim Health Care Fam Med, v. 17, n. 1, p. e1–e3, 14 abr. 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40336411/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

OOSTERVELD-VLUG, M. G. *et al.* What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. BMC Palliative Care, v. 18, n. 1, p. 96, 6 nov. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31694715/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

PARÁIZO-HORVATH, C. M. S. *et al.* Identification of people for palliative care in primary health care: integrative review. Cien Saude Colet, v. 27, n. 9, p. 3547–3557, set. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36000643/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

PEELER, A. *et al.* Primary palliative care in low- and middle-income countries: A systematic review and thematic synthesis of the evidence for models and outcomes. Palliative Medicine, v. 38, n. 8, p. 776–789, set. 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/02692163241248324>. Acesso em: 17 jun. 2024.

PETTUS, K. I.; DE LIMA, L. Palliative Care Advocacy: Why Does It Matter? Journal of Palliative Medicine, v. 23, n. 8, p. 1009–1012, ago. 2020. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2019.0696>. Acesso em: 17 jun. 2024.

PIVODIC, L. *et al.* Palliative service use in four European countries: comparing cancer and non-cancer. PLOS ONE, v. 8, n. 12, e84440, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0084440.

POURGHAZIAN, N.; MAHMOUD, L.; HAMMERICH, A. Strengthening palliative care in the WHO Eastern Mediterranean Region. East Mediterr Health J, v. 27, n. 8, p. 553–554, 31 ago. 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/363821>. Acesso em: 17 jun. 2024.

REINKE, L. F. *et al.* Symptom Burden and Palliative Care Needs Among High-Risk Veterans With Multimorbidity. J Pain Symptom Manage, v. 57, n. 5, p. 880–889, maio 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30794938/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

RIBEIRO, D. L.; DE CARVALHO FILHO, M. A. Palliative care in emergency care: invoking Kairos and rethinking health care systems. Cad Saude Publica, v. 38, n. 9, e00127922, 23 set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/R6T2Q7X8W9F3K1G4P5VjYw/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M. D.; CABRERA, M. Palliative care: pathway in primary health care in Brazil. Cad Saude Publica, v. 38, n. 9, e00130222, 23 set. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36169517/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SÁNCHEZ-CÁRDENAS, M. A. *et al.* Accessibility to palliative care services in Colombia: an analysis of geographic disparities. BMC Public Health, v. 24, n. 1, p. 1659, 21 jun. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38907204/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SANTOS, F. R. D. *et al.* Effects of clown activities on patients eligible for palliative care in primary health care. Rev Bras Enferm, v. 74, n. 5, e20200431, 1 jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34346954/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SEIÇA CARDOSO, C. *et al.* Non-pharmacological interventions in primary care to improve the quality of life of older patients with palliative care needs: a systematic review of randomised

controlled trials. *BMJ Open*, v. 13, n. 12, e073950, 9 dez. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38070901/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SELMAN, L. E. *et al.* Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK. *BMC Palliative Care*, v. 16, n. 1, p. 17, 9 mar. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28274216/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SILVA, T. C. D.; NIETSCH, E. A.; COGO, S. B. Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 1, e20201335, 29 set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9W1T3Y5U7I0O2P4Q6R8S/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SPINELLI, V. M. C. D. *et al.* Educational needs in palliative care of Primary Health Care nurses. *Rev Bras Enferm*, v. 75, n. 3, e20210391, 2 fev. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35137889/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

TRIPODORO, V. A. *et al.* Implementing the WHO Indicators for Assessing Palliative Care Development in Three Countries: A Do-It-Yourself Approach. *J Pain Symptom Manage*, v. 69, n. 1, p. e61–e69, jan. 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39326467/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

TRONCOSO, J. *et al.* Adaptation and validation in Chile of the patient identification instrument needing palliative care: NECPAL-CCOMS-ICO 3.1©. *Aten Primaria*, v. 53, n. 4, p. 101994, abr. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33740612/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

TURNER, N. *et al.* Role and response of primary healthcare services in community end-of-life care during COVID-19: Qualitative study and recommendations for primary palliative care delivery. *Palliative Medicine*, v. 37, n. 2, p. 235–243, fev. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36461707/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

VAN HEERDEN, E. M.; JENKINS, L. S. The role of community health workers in palliative care in a rural subdistrict in South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, v. 14, n. 1, p. e1–e9, 9 nov. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36453807/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

VAN LUMMEL, E. V. T. J. *et al.* The Surprise Question: predictive accuracy in a systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 2022. DOI: 10.1177/02692163221105595.

VAN WIJMEN, M. P. S. *et al.* Identifying patients who could benefit from palliative care by the SPICT in general practice. *Family Practice*, v. 37, n. 5, p. 641–651, 2020. DOI: 10.1093/fampra/cmaa043.

WEETMAN, K. *et al.* Communication of palliative care needs in discharge letters from hospice providers to primary care. *BMC Palliative Care*, v. 21, 2022. DOI: 10.1186/s12904-022-01038-8.

WEETMAN, K. *et al.* Improving patients', carers' and primary care professionals' experiences of discharge communication from specialist palliative care. *BMC Palliative Care*, v. 23, 2024. DOI: 10.1186/s12904-024-01451-1.

WHITE, N. *et al.* How accurate is the 'Surprise Question' at identifying patients nearing the end of life? *BMC Medicine*, v. 15, 2017. DOI: 10.1186/s12916-017-0907-4.

WHPCA; WHO. *Global Atlas of Palliative Care*, 2nd ed., 2020. Disponível em: <https://www.iccp->



portal.org/sites/default/files/resources/WHPA_Global_Atlas_FINAL_DIGITAL.pdf. Acesso em:
28 ago. 2025.