



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Perspectivas para los cuidados paliativos en la atención primaria a la salud: estudio descriptivo

Cissa Azevedo¹, Camila Maria Pereira Rates¹, Juliana Dias Reis Pessalacia²,
Luciana Regina Ferreira da Mata¹

¹ Universidade Federal de São João Del Rei

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

RESUMEN

Objetivo: identificar a pacientes elegibles para cuidados paliativos y caracterizar los servicios envueltos en la atención primaria a la salud. **Método:** estudio descriptivo, documental, realizado en 19 unidades de salud de un municipio del interior de Minas Gerais, Brasil. Se aplicó la Escala de Performance de *Karnofsky* en los prontuarios de los pacientes del sector sanitario con mayor número de elegibles. **Resultados:** Fueron identificados 2715 elegibles, lo que representa 3,59% de la población registrada y 25,3% de los pacientes en el sector siete, que presentó mayor número de elegibles. La patología de destaque fue la diabetes, seguida de cáncer y de enfermedades cardiovasculares. También, 17,2% requirieron CP precozmente; 9,7%, exclusivos, y entre los elegibles, los ancianos con más de 60 años, fueron el mayor número. **Discusión:** Los datos confirman la necesidad de estructuración de la APS para un atendimento precoz en los CP, con destaque para la población anciana. **Conclusión:** Se hace necesaria la estructuración de una red de atención integrada y ordenada por la APS y la capacitación profesional.

Descriptorios: Cuidados Paliativos; Atención Primaria a la Salud; Evaluación de Estado de *Karnofsky*.

INTRODUCCIÓN

Brasil enfrenta un período de transición demográfica de su población y consecuentemente, epidemiológica. Está muy clara la inversión de la pirámide etaria del país: el número de ancianos ha aumentado considerablemente en relación al número de niños, llevando al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (DCNT)⁽¹⁾ y de las discusiones sobre la necesidad de que los modelos de salud prioricen la atención de los cuidados paliativos (CP)⁽²⁾.

Los CP se refieren al cuidado prestado por los profesionales de la salud y por voluntarios a individuos con diagnóstico de enfermedad crónica que amenace la vida, para darles soporte biopsicosocial y espiritual a los pacientes y a sus familiares⁽³⁾. Su objetivo es ofrecer cuidados de calidad y reducir las internaciones y los atendimientos innecesarios. Sin embargo, la concreción de ese objetivo exige mejor integración de los servicios de salud, con un abordaje centralizado en la persona y descentralizado⁽²⁾.

En este contexto, la atención primaria a la salud (APS) debe ser la puerta de entrada y el centro de comunicación con toda la Red de Atención a la Salud (RAS), por ser descentralizada y por valorizar la proximidad de los servicios con la población. Los servicios prestados son considerados de elevada complejidad y de baja densidad tecnológica; y el equipo multiprofesional organiza las acciones. La APS acontece en las Unidades de Atención Primaria a la Salud (Uaps), siendo la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) la forma de actuación utilizada en el escenario brasileño⁽⁴⁾.

Se sabe que muchos pacientes mueren antes de recibir los CP, por eso es importante pensar que esos cuidados deben estar disponibles lo más próximo posible del paciente, o sea, en el ámbito de la APS. En Europa, algunos estudios ya están abordando esta cuestión y ya reconocen la

importancia de la implementación de políticas nacionales de educación a la población y de la disponibilidad de medicamentos en las Uaps^(2-3,5).

A pesar de existir evidencias sobre el impacto positivo de los CP precozmente, esa modalidad de cuidados solo se le ofrece a los pacientes en estados avanzados. En el contexto brasileño, no existe informaciones fidedignas sobre cómo y cuándo los pacientes son encaminados para los CP; no obstante, se cree que ellos sean encaminados tardíamente⁽⁶⁾.

El objetivo de esta investigación fue identificar pacientes elegibles para CP y caracterizar los servicios envueltos en las APS. Además, se propone analizar los desafíos para la atención en CP en el contexto brasileiro, con enfoque en la estructuración de la RAS.

MÉTODO

Este trabajo se trata de un estudio descriptivo, documental. Los estudios descriptivos tienen por objetivo determinar la distribución de enfermedades o las condiciones relacionadas a la salud, según el tiempo, el lugar y/o las características de los individuos⁽⁷⁾. Los datos fueron recolectados en el período de diciembre de 2014 a marzo de 2015. La aplicación del método fue norteada por las siguientes cuestiones: ¿cómo se encuentra organizada la atención a los CP en la APS del municipio? ¿Cuál es la población que demanda esta modalidad de cuidados? ¿Cuáles son las características de esa población y de los servicios de la APS? ¿Cuáles son los desafíos para la atención en CP en la APS?

Vale resaltar que antes de iniciar el estudio fue necesario conocer la organización de la APS en el referido municipio. Entonces, por medio de un mapa disponible en la secretaria de salud, se identificó que el territorio municipal se divide en 12 sectores o regiones sanitarias y que cada

Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF. Prospects for palliative care in primary healthcare: a descriptive study. Online braz j nurs [internet] 2016 Dec [cited year month day]; 15 (4):683-693. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5370>

sector contiene sus respectivas Uaps, siendo que algunas son del modelo ESF; y otras, del modelo Unidades Básicas de Salud (UBS) tradicionales.

Después de esa identificación, se optó por realizar la investigación en solo siete sectores del municipio, porque son en esos sectores que se encuentran las Uaps del modelo ESF, las cuales permiten un conocimiento más abarcador sobre la real población atendida.

El estudio fue realizado en dos etapas, siendo que en la primera se realizó un inventario inicial de pacientes elegibles para CP en los siete sectores sanitarios, identificándose un total de 19 Uaps, contando con 75.524 personas registradas. Para realizarse el inventario del número de elegibles para CP, se utilizó un instrumento elaborado por los autores y que fue rellenado por los enfermeros y por los agentes comunitarios de salud (ACS) de las 19 Uaps.

El instrumento utilizado contemplaba un cuadro en el formato de dos columnas. En la primera columna, se presentaban las siguientes condiciones/enfermedades: enfermedad de Alzheimer (DA) y otras demencias, cáncer, enfermedades cardiovasculares (excepto en los casos de muerte repentina), cirrosis hepática, anomalías congénitas, secuelas de meningitis, enfermedades hematológicas e inmunológicas, condiciones neonatales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (DPOC), diabetes, síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia adquirida (HIV), insuficiencia renal crónica (IRC), esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide y tuberculosis resistente. Dichas condiciones fueron ligadas según los criterios de la Organización Mundial de Salud (OMS) para la indicación de pacientes elegibles para CP⁽³⁾. En la segunda columna, se presentaba un espacio en blanco, de forma que los enfermeros o los ACS pudieran indicar el número de pacientes de sus Uaps que presentaban cada condición/enfermedad.

Tras la identificación de la demanda de pacientes elegibles (2715; 3,59%) y constatado que, de entre los siete sectores, el de número siete presentaba el mayor número (687; 25,3%), fue aplicada la Escala de Performance de *Karnofsky* (KPS) junto a los prontuarios de los pacientes acompañados en el referido sector con el objetivo de caracterizarlos y clasificarlos cuanto a la necesidad de recibir CP precoz y exclusivos. Vale decir que las seis Uaps de ese sector poseen, juntas, un número estimado de 19.555 personas registradas.

La KPS se utiliza para mensurar la capacidad funcional de personas acometidas por cualquier patología y puede, también, auxiliar en la formulación de pronóstico de pacientes con enfermedad crónica. Su uso es libre y gratis. Pacientes con valores de desempeño inferiores a 70% tienen indicación precoz de asistencia en CP; y *performance* de 50% o menos indica cuidados exclusivos o de fin de vida, reafirmando que estos son pacientes elegibles para CP exclusivos⁽⁸⁾. Para la aplicación, fueron utilizados los prontuarios de los elegibles, pues en esos documentos los profesionales de salud describen la evolución clínica, por tanto, los registros en los prontuarios posibilitan su adopción.

El proyecto de investigación fue sometido, previamente, a la evaluación del Comité de Ética en Pesquisas con Seres Humanos de la institución proponente, recibiendo el número de aprobación n.º 742.851.

RESULTADOS

En la primera etapa de la investigación, fue posible identificar el número de pacientes elegibles para CP en los siete sectores investigados, totalizando 2.715 pacientes. Considerando el universo inicial de 75.524 personas, ese número representa 3,59% de la población registrada.

Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF. Prospects for palliative care in primary healthcare: a descriptive study. Online braz j nurs [internet] 2016 Dec [cited year month day]; 15 (4):683-693. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5370>

Los datos inventariados en la etapa inicial del estudio son mostrados en la tabla a seguir:

Tabla 1 - Número de pacientes elegibles para cuidados paliativos en la Estrategia de Salud de la Familia de un municipio del Estado de Minas Gerais, Brasil, 2015.

Sector Sanitario	Total de elegibles (n)	%
5	229	8,4%
6	495	18,2%
7	687	25,3%
8	356	13,1%
9	366	13,5%
11	360	13,2%
12	222	8,1%
TOTAL	2.715	100%

Como se puede observar en la Tabla 1, el sector con el mayor número de pacientes elegibles para CP, según los criterios de la OMS, fue el sector de número siete, (n=687/25,3%).

En relación a los resultados de la segunda etapa, la Tabla 2 identifica la distribución del número de pacientes por condiciones/enfermedades, según la edad.

Se observa que aisladamente, la diabetes (n=499/72,6%) es la patología que más acomete a los pacientes, seguido del cáncer (n=30/4,4%). Cuanto a la asociación de dos diagnósticos, la patología que ocurrió con mayor frecuencia (n=19/33,3%) fue la diabetes con enfermedades cardiovasculares. Se observa también un número mayor de pacientes con edades entre 50 a 59 años (n=188/27,4%), seguido por los de 60 a 69 años (n=182/26,5%).

Cuanto al número de pacientes diagnosticados en los grupos de enfermedades descritos en la Tabla 2, predominaron determinadas patologías en cada uno de ellos. En el grupo de las enfermedades cardiovasculares, se destacan las secuelas de accidente vascular encefálico (AVE) (n=23/52,3%) y de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) (n=14/31,8%). Entre los casos de neoplasias predominaron, el cáncer de mama (n=11/31,4%) y el de próstata (n=7/20,0%). Entre las anomalías congénitas, hubo un número mayor de casos con síndrome de *Down* (n=5/45,4%). Cuanto a los casos de enfermedada-

Tabla 2 - Distribución de los usuarios del sector siete, según la edad y las condiciones/enfermedades (n=687), Minas Gerais, Brasil, 2015.

Patología	0 a 19		20 a 49		50 a 59		60 a 69		70 o +		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alzheimer y demencias	-	-	-	-	-	-	3	0,4	10	1,4	13	1,8
Cáncer	1	0,1	7	1	7	1	4	0,6	11	1,4	30	4,7
D. cardiovascular	-	-	1	0,1	7	1	14	2	5	0,7	27	3,9
Parkinson	-	-	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,1	4	0,4
Cirrosis hepática	-	-	1	0,1	-	-	2	0,3	-	-	3	0,4
Anomalía congénita	5	0,7	2	0,3	-	-	-	-	-	-	7	1
Secuela de meningitis	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,1	1	0,1
D. hematológica e inmune.	-	-	5	0,7	-	-	1	0,1	-	-	6	0,8
Condiciones neonatales	4	0,5	5	0,7	-	-	1	0,1	-	-	10	1,3
DPOC	-	-	-	-	2	0,3	2	0,3	4	0,6	8	1,2
Diabetes	9	1,3	94	13,7	158	23	137	19,9	101	14,7	499	72,6
HIV	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1	-	-	2	0,2
IRC	-	-	3	0,4	1	0,1	-	-	3	0,4	7	0,9
Artritis reumatoide	1	0,1	4	0,6	4	0,6	2	0,3	1	0,1	12	1,7
Tuberculosis resistente	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1
Varios diagnósticos	1	0,1	8	1,2	7	1	13	1,9	28	4	57	8,3
TOTAL	21	2,8	132	19	188	27	182	27	164	24	687	100

des hematológicas e inmunológicas, predominó el lupus (n=4/44,4%), y por último, en relación a las condiciones neonatales, la más presente fue la parálisis cerebral (n=6/54,5%).

En la segunda etapa del estudio, fue aplicada la KPS en los prontuarios, para realizar la clasificación cuanto a la necesidad de CP precoz o exclusivos. La Tabla 3 presenta la distribución de pacientes según la unidad de salud y el valor de KPS.

Cuanto a la distribución de los pacientes por Uaps y por valor de KPS, se observa que, en relación al número de pacientes elegibles para el CP precoz, la unidad con mayor número de pacientes (n=29/24,6%) fue la Uaps 7. En relación a los CP exclusivos, la unidad con mayor número de pacientes (n=19/28,3%) fue la Uaps 8.

También sobre los resultados de la segunda etapa de la investigación, sobre los datos referentes al valor de la KPS por edad, se nota que, entre 20 y 59 años de edad, la mayor parte de los pacientes (n=276/86,5%) presentó KPS superior a 80%, indicando así completa independencia funcional. Por otro lado, el rango etario que presentó un número mayor de pacientes indicados para CP precoz, o sea, menor de 70%, fue el de 70 años o más (n=55/46,6%), y el rango etario con mayor número de pacientes elegibles para CP exclusivos también fue el de 70 años o más, con 28 (41,8%) pacientes.

Cuanto al sexo de los pacientes, 416 (60,5%) pertenecen al sexo femenino; y 271 (39,5), al masculino. En relación a la patología según el sexo de los pacientes, se nota que gran parte de las patologías acometen a hombres y mujeres de forma bien semejante. Sin embargo, en casos de pacientes diabéticos, la mayor parte pertenece al sexo femenino (n= 300/60,1%).

Respecto a la caracterización de las Uaps que componen el sector siete, todas tienen un equipo de salud que incluye: enfermero, técnico de enfermería, médico, dentista, técnico en salud bucal y agentes comunitarios de salud (ACS). Además de eso, en dos unidades también hacían parte del equipo un residente de enfermería y un único profesional de fisioterapia, el cual era responsable por el atendimento en ese sector. Siendo así, el número total de profesionales que actúan en las unidades de ese sector, se distribuye de la siguiente forma: ocho enfermeros, seis técnicos de enfermería, dos residentes de enfermería, seis dentistas y seis técnicos en salud bucal, ocho médicos (tres son del Programa Más Médicos), un fisioterapeuta y por último, 20 ACS.

La población asistida en ese sector, tres Uaps poseen zona rural en su área de cobertura, las demás atienden solo las áreas urbanas. En relación a la estructura física, todas funcionan en casas adaptadas, ubicadas en áreas de fácil acceso a la población, siendo atendidas por

Tabla 3 - Distribución de los pacientes según unidades de salud del sector siete y valor de la KPS*, Minas Gerais, Brasil, 2015.

Uaps	Valor de la KPS*									
	20 a 30		40 a 50		60 a 70		80 o +		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uaps 5	3	0,4	9	1,3	11	1,6	83	12,1	106	15,4
Uaps 6	-	-	13	1,9	18	2,6	124	18	155	22,6
Uaps 7	-	-	8	1,2	29	4,2	60	8,7	97	14,1
Uaps 8	1	0,1	18	2,6	21	3,1	73	10,6	113	16,4
Uaps 9	-	-	7	1	19	2,8	67	9,8	93	13,5
Uaps 10	-	-	8	1,2	20	2,9	95	13,8	125	18,2
TOTAL	4	0,6	63	9,2	118	17	502	73,1	687	100

*Escala de Performance de Karnofsky.

transporte colectivo municipal. Sobre el horario de funcionamiento, están abiertas desde las 7 hasta las 17 horas durante los cinco días útiles de la semana. Tal horario puede limitar el acceso de los pacientes a los CP, pues durante los finales de semana y los feriados todas están cerradas, por tanto, algunos cuidados continuados son interrumpidos. En este caso, cuando los pacientes necesitan ser atendidos, deben buscar la Unidad de Pronto Atendimento (UPA) del municipio.

Respecto al sistema de referencia y contrarreferencia para el nivel secundario, existe una policlínica central que atiende especialidades como: cardiología, ginecología, endocrinología, neurología, cirugía general y psiquiatría; además de acciones ligadas al Servicio de Atendimento Especializado (SAE), al servicio de salud auditiva y al de apoyo diagnóstico. Todos esos atendimientos son realizados mediante el encaminamiento del médico de la Uaps. En muchos casos, los pacientes relatan un período largo de espera entre la marcación y la consulta clínica. Específicamente sobre pacientes con diagnóstico de neoplasias, es importante resaltar que estos son, en su mayoría, encaminados a un hospital de gran porte, referencia en el tratamiento oncológico en la Región Centro-Oeste del estado, ubicado en el municipio estudiado.

Sobre la asistencia en los CP, se observa que los materiales ofrecidos a los pacientes se resumen básicamente en gaza, suero y esparadrapo, o sea, material para realización de curativos. También no hay una agenda de atendimientos para esa modalidad de cuidados. Además de eso, las Uaps no le distribuyen medicamentos para dolor a la población adscrita, porque estos son distribuidos por las UBSs y por la farmacia central. Se identificó también que los enfermeros que participaron en el estudio no poseen formación específica en CP y nunca participaron de capacitación sobre el asunto.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran un pequeño porcentual (3,59%) de pacientes elegibles para CP en la APS. No obstante, se cree que esos índices puedan estar relacionados a la falta de evaluación y de acompañamiento de ese tipo de paciente en la APS.

Ellos también apuntan para un problema todavía frecuente en los municipios brasileños: la falta de cobertura de la ESF. En este estudio, se constató que solo siete de los 12 sectores sanitarios del municipio son cubiertos por la ESF.

Sobre la aplicación de la KPS, se observó que del total de pacientes elegibles para CP, solamente 17,2% requieren CP precoz; y 9,8% requieren exclusivos. Se puede atribuir ese número al hecho de que la mayoría de los elegibles para CP presentaron como diagnóstico principal la diabetes, una patología que recibe atención especial por medio de la implementación de políticas que preconizan el perfeccionamiento de su diagnóstico y el tratamiento en el ámbito de la APS⁽⁹⁾.

Es importante resaltar que no fueron encontrados estudios que hayan aplicado KPS en pacientes en la APS, sin embargo, un estudio cuyo objetivo fue evaluar la capacidad funcional, por medio de la KPS, en ancianos de 70 años o más, sometidos a la remoción de tumor cerebral, identificó que de un total de 90 pacientes más de 70% presentaron KPS mayor que 80%⁽¹⁰⁾. En el presente estudio, 50% de los pacientes con más de 70 años presentaron valor de KPS mayor que 80%.

Sobre la necesidad de CP precoz, se sabe que los ancianos son las personas que, con mayor frecuencia, están sujetas a recibirlo, sobre todo cuando son sometidas a las terapias demoradas para enfermedades crónicas, tales como demencia, neoplasia, cardiopatía, neuropatía y nefropatía⁽¹¹⁾. Vale recordar que este estudio

apuntó que las personas con más de 70 años son en mayor número (83/44,9%), indicadas para recibir CP precoz o exclusivos, seguidas de las personas entre 60 y 69 (50/27,0%) años de edad.

Los resultados encontrados en la segunda etapa apuntan una media de edad de 58 años para los pacientes, pero se identificaron también pacientes con edades entre 1 y 101 años. Cabe decir que datos recientes estiman que, anualmente, en el mundo, más de 20 millones de personas requieren CP al final de la vida, siendo 69% de esta población constituida por ancianos (60 años o más); 25%, por personas de edad entre 15 y 59 años; y 6%, por niños⁽³⁾. O sea, a pesar de que la mayoría de los pacientes en CP son ancianos, se observa que ese tipo de cuidado se le ofrece a individuos de cualquier edad.

En relación a la diabetes, patología encontrada en mayor número en los elegibles, la prevalencia media en el mundo está en torno de 10% da población. Ya en Brasil se considera que 12.054.824 es el número estimado de diabéticos⁽¹²⁾. Esto denota la magnitud de esa patología en los días actuales y la necesidad de cuidados precoces para prevenir las complicaciones.

También en relación a la diabetes, es necesario resaltar el predominio del sexo femenino entre los pacientes elegibles. Aunque en otro estudio⁽¹³⁾ también se haya encontrado tal resultado, se cree que en ese caso, se debe tener en consideración el hecho de que aproximadamente 60% de los participantes de la investigación son mujeres. Además, es importante resaltar que los estudios analizados se refieren a los casos de diabetes *mellitus*, y en esta investigación no fue posible clasificar a los pacientes cuanto al tipo, porque este dato no estaba siempre disponible en los prontuarios.

Vale llamar la atención para el hecho de que en este estudio, entre los pacientes que tienen más de un diagnóstico de los preconizados por la OMS como elegibles para CP⁽³⁾, se destacó la

asociación entre diabetes y enfermedad cardiovascular, con 19 (33,3%) pacientes. Se sabe que las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de mortalidad en personas con diabetes. Un estudio de cohorte realizado con 49.582 personas en Finlandia señaló que la hipertensión y la diabetes fueron independientemente asociadas al mayor riesgo de incidencia y de mortalidad por AVE⁽¹⁴⁾. Por tanto, se debe prestar atención a esta asociación, considerándose que complicaciones, como el AVE, están relacionadas a la indicación de CP exclusivos.

Después del diagnóstico de diabetes, el cáncer fue la segunda patología que más acometió a los pacientes. Es conocido que en Brasil, la estimativa para el año 2015 es de aproximadamente 576 mil casos nuevos, reforzando la magnitud del problema del cáncer en el país⁽¹⁵⁾. Siendo así, es importante que los CP estén inseridos como una medida extremadamente necesaria, para promover la calidad de vida y para prevenir y aliviar el sufrimiento de los individuos y de sus familiares.

Sobre la enfermedad de Alzheimer y de otras demencias, a pesar de haber sido identificadas en porcentuales menores, se sabe que la primera es considerada uno de los síndromes depresivos y demenciales más prevalentes en la población brasileña con edad igual o superior a 65 años⁽¹⁶⁾. Por lo tanto, esos datos no coincidieron con los resultados encontrados en esta investigación, lo que sugiere las dificultades para diagnosticar estas enfermedades y la ausencia de registros en las Uaps investigadas.

Otro hallazgo que merece ser discutido, es el hecho de que de los pacientes elegibles para CP, solo dos tenían el diagnóstico de HIV. Este dato es preocupante, pues la gran mayoría de los adultos jóvenes que requieren CP al final de la vida tiene esa patología⁽³⁾. Se sabe que la gestión compartida del cuidado del portador de HIV entre la red primaria y la red secundaria es

Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF. Prospects for palliative care in primary healthcare: a descriptive study. Online braz j nurs [internet] 2016 Dec [cited year month day]; 15 (4):683-693. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5370>

la llave para mejorar la asistencia ofrecida a los seropositivos en Brasil, ya que ese hecho subsidia el diagnóstico precoz, de forma a garantizar el inicio del tratamiento en tiempo oportuno⁽¹⁷⁾. La ausencia de esos diagnósticos en los prontuarios puede estar relacionada al sigilo que envuelve la enfermedad, que se encuentra todavía estigmatizada en el contexto brasileño. Entonces los resultados de este estudio evidencian una demanda considerable de pacientes en CP en la APS y en contrapartida, evidencian también la falta de organización y de estructura de los servicios para atender a esa demanda.

Actualmente, se vivencia en los servicios de salud una configuración inadecuada de los modelos de atención, marcada por la incoherencia entre la oferta de servicios y la necesidad de salud de la población, o sea, la organización del cuidado no ha acompañado la tendencia del declive de los problemas agudos y de la ascensión de las condiciones crónicas. Para superar tal deficiencia, se hace necesario rescatar las llamadas RAS, cuyo objetivo es promover la integración sistémica, de acciones y servicios de salud con provisión de atención continua, integral, de calidad, responsable y humanizada, así como incrementar el desempeño del sistema, en términos de acceso, equidad, eficacia clínica y sanitaria y eficiencia económica⁽¹⁸⁾.

Tal como relatado por la ordenanza brasileña n.º 4.279, referente a las RAS⁽¹⁸⁾, tratándose de las unidades de salud del sector estudiado, también fue posible observar que el cuidado, mayoritariamente, todavía se basa en el modelo curativista, en el que muchas veces, los pacientes con indicación para CP no son vistos por el equipo, como una de las prioridades y estos equipos deberían realizar en mayor número, las visitas domiciliarias. Otro hecho importante, en relación a la organización de los servicios de la APS en el municipio, principalmente a los pacientes en CP, es la propia dificultad de

marcar los atendimientos especializados, esto significa, problemas en la articulación entre los niveles de cuidados a la salud, primario y secundario. También, por medio de la consulta a los prontuarios realizada en la segunda etapa, fue posible identificar que hubo casos en que pacientes llegaban a esperar más de un año para ser atendidos por la especialidad de cardiología, por ejemplo.

En este contexto, surge la atención domiciliar (AD), una nueva modalidad de atención a la salud, cuyo objetivo es la reorganización del proceso de trabajo de los equipos que prestan cuidado domiciliario en la APS, en ambulatorios, en los servicios de urgencia y de emergencia y hospitalario, para que entre otras metas, reduzca el período de permanencia de usuarios internados⁽¹⁹⁾.

La AD fue adoptada por las políticas públicas brasileñas como alternativa a la hospitalización. En el Sistema Único de Salud (SUS), ese formato de atención fue instituido por la Ley n.º 10.424, de 15 de abril de 2002, la cual define esa modalidad de cuidado, y por la Ordenanza n.º 2.529, de 19 de octubre de 2006, que define las formas de actuación, la formación del equipo de cuidados, los recursos financieros y las condiciones de acreditación. Más recientemente, las formas de AD fueron redefinidas por la Ordenanza n.º 963, de 27 de mayo de 2013, que establece el Servicio de Atención Domiciliar (SAD) en el SUS, definiendo la formación del Equipo Multiprofesional de Atención Domiciliar (Emad) y que incluye en sus prerrogativas los CP y la asistencia al óbito⁽²⁰⁾.

La Ordenanza n.º 963 también resalta el papel de la APS en la AD, siendo descrita como Atención Domiciliar tipo 1 (AD1), con el objetivo de atender a la población con problemas de salud controlados/compensados y con dificultad o imposibilidad física de ir hasta la unidad y los que necesiten de cuidados de menor complejidad y

de menor frecuencia⁽¹⁹⁾. Por eso, considerándose el panorama brasileño, de escasez de servicios y de equipos especializados en CP, la APS pasa a ejercer un importante papel en la coordinación de los cuidados.

Sin embargo, para implantar el SAD y las Emads en el SUS, les son exigidos algunos requisitos a los municipios, siendo uno de ellos estar cubierto por el Servicio de Atendimento Móvil de Urgencia (Samu). Se sabe que en el municipio estudiado, a pesar de que el número de habitantes atiende a lo exigido para implementar dicha modalidad de cuidado, ella aún no compone la RAS local. Por tanto, se cree que ese hecho, cuando se piensa en cuidados a los pacientes en CP, es algo que merece atención por parte de los gestores, ya que la AD garante la reducción de la demanda por atendimento hospitalario y consecuentemente, de los gastos públicos, además de ser una forma de asegurarles a los pacientes la autonomía de poder escoger el ambiente donde quieren pasar los últimos días de vida⁽¹⁸⁾

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta que en las APS son establecidos fuertes vínculos con los pacientes y con sus familiares, se hace necesario que los profesionales estén capacitados para ofrecerles CP a las personas que lo necesiten, pues el profesional de este nivel de atención conoce las necesidades de los pacientes, pudiendo llevarles alivio y confort.

Se hace necesario que cada unidad conozca cual es la demanda de pacientes que necesitan los referidos cuidados, para que puedan realizar las intervenciones necesarias. El presente estudio ofreció subsidios para que otros municipios realicen ese inventario, porque el proceso metodológico adoptado se mostró eficaz para conocer tal demanda.

Una limitación encontrada fue la falta de registros en los prontuarios, siendo que, cuando eso acontecía, se recurría a los ACS para describir mejor las condiciones de salud de los pacientes. También tuvieron dificultades los enfermeros en el inventario del número de pacientes elegibles en la etapa inicial. Se observa, por lo tanto, que en las unidades existen problemas organizativos y asistenciales, que acarrear la ausencia de registros relacionados a las características de la población asistida.

CITAS

1. Oishi A, Murtagh FE. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliat. med.* 2014 [cited 2015 Jul 16]; 28(9):1081-98. Available from: <http://pmj.sagepub.com/content/early/2014/05/09/0269216314531999.full.pdf>. doi: 10.1177/0269216314531999.
2. Pesut B, Hooper BP, Robinson CA, Bottorff JL, Sawatzky R, Dalhuisen M. Feasibility of a rural palliative supportive service. *Rural Remote Health* [Internet]. 2015 Apr-Jun [cited 2015 Jul 16]; 15(2):3116. Available from: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3116>
3. WHO – World Health Organization. How many people at the end of life are in need of palliative care worldwide? In: WPCA – Worldwide Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care at the end of life*. Londres: WPCA; 2014. Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília (DF): MS; 2012. [acesso 3 Jul. 2015]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
5. Murray SA, Firth A, Schneider N, Eynden BV, Gomez-Batiste X, Brogaard T, et al. Promoting palliative care in the community: Production

- of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliat Med*. 2015 Feb [cited 2015 Jul 16]; 29(2):101-11. Available from: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/PM201529\(2\)Murray.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/PM201529(2)Murray.pdf). doi: 10.1177/0269216314545006
6. Carmo TM, Paiva BS, de Siqueira MR, da Rosa Lde T, de Oliveira CZ, Nascimento MS, et al. A phase II study in advanced cancer patients to evaluate the early transition to palliative care (the PREPARE trial): protocol study for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015 Apr 12 [cited 2015 Jul 16]; 16(160):1-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413544/>
 7. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2003 [Cited 2016 Aug 14]; 12(4): 189 - 201. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>.
 8. Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013 Jul 19 [cited 2015 Jul 16]; 13(72):2-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722041/>. DOI: 10.1186/1472-6947-13-72.
 9. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun 4 [cited 2015 Jul 16]; 377(9781):1949-61. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60135-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60135-9.pdf). doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
 10. Pirracchio R, Resche-Rigon M, Bresson D, Basta B, Welschbiling S, Heyer L, et al. One-year outcome after neurosurgery for intracranial tumor in elderly patients. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2010 Oct [cited 2015 Jul 16]; 22(4): 342-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20622683>. doi: 10.1097/ANA.0b013e3181e6daa2.
 11. Fonseca AC, Mendes Junior WV, Fonseca MJM. Palliative care of elderly patients in intensive care units: a systematic review. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012 Apr-Jun [cited 2015 Jul 16]; 24(2):197-20. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000200017&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0103-507X2012000200017.
 12. International Diabetes Federation (IDF). *Diabetes Atlas*. 7 th. ed. 2015. 144 p. [Cited 2016 Aug 15]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/>.
 13. Martínez MS, Blanco A, Castell MV, Misis AG, Montalvo JIG, Zunzunegui MV, et al. Diabetes in older people: Prevalence, incidence and its association with medium- and long-term mortality from all causes. *Aten Primaria*. 2014 Aug-Sep [cited 2015 Jul 16]; 46(7):376-84. Available from: <http://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-diabetes-in-older-people-prevalence-90341737>. doi: 10.1016/j.aprim.2013.12.004
 14. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Ser Saúde*. 2012 Jan-Mar [cited 2015 Jul 16]; 21(1):7-19. Available from: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100002](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100002&lng=pt&nrm=iso) &lng=pt &nrm=iso. DOI: 10.5123/S1679-49742012000100002.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015. 126 p. [Cited 2016 Aug 15]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>.
 16. Gonçalves EAG, Carmo JS. Diagnóstico da doença de Alzheimer na população brasileira: um levantamento bibliográfico. *Rev Psicol Saúde*. 2012 [cited 2015 Jul 16]; 4(2):170-6. Available from: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/183/271>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. *Caderno de boas práticas em HIV/aids na Atenção Básica*. Brasília (DF): MS; 2014 [acesso 30 Jun. 2015]. Available from: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hiv-aids-na-atencao-basica>
 18. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2010. [acesso 3 Jun. 2015]; Available

from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

19. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 963 de 27 de maio de 2013: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2013. [acesso 2 Jun. 2015]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
20. Marcucci FCI, Cabrera MAS. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015 Mar[cited 2015 Jul 16]; 20(3):833-40. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300833&lng=en&nrm=iso. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04302014>.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 17/09/2015
Revisado: 26/09/2016
Aprobado: 26/09/2016