

Cuidado paliativo à pessoa idosa na Rede de Atenção à Saúde: uma revisão de escopo

✉ **Isabela Silva Câncio Velloso**

<https://orcid.org/0000-0001-5408-0825>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
isavelloso@ufmg.br

Carolina da Silva Caram

<https://orcid.org/0000-0001-6219-3301>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
carolcaram@ufmg.br

Isabela Rodrigues Pego de Almeida

<https://orcid.org/0000-0001-8395-0148>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
belinharpo8@ufmg.br

Maria José Silva Souza

<https://orcid.org/0000-0002-1640-7441>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
mariasouza@ufmg.br

Matheus Henrique Silva

<https://orcid.org/0000-0003-0406-4418>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
mhs2017@ufmg.br

Carolina Sales Galdino

<https://orcid.org/0000-0003-1813-9724>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
carolina.galdino@ebserh.gov.br

Recebido: 10/02/2022
Submetido a pares: 03/05/2022
Aceito por pares: 19/06/2022
Aprovado: 13/07/2022

DOI: 10.5294/aqui.2022.22.3.8

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Velloso ISC, Caram CS, Almeida IRP, Souza MJS, Silva MH, Galindo CS. Palliative Care for the Elderly in the Healthcare System: A Scoping Review. *Aquichan*. 2022;22(3):e2238. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.8>

Temática: cuidados crônicos.

Contribuição para a disciplina: os resultados do presente estudo evidenciam a importância de discussões em torno dos cuidados paliativos aos indivíduos idosos e seus familiares no contexto da Rede de Atenção à Saúde. Tais discussões inovam no sentido de subsidiar políticas e diretrizes nacionais sólidas, que integrem e fortaleçam as práticas de cuidado paliativo em todos os níveis de atenção, em especial na atenção primária à saúde e no domicílio. Além disso, oportuniza reflexões para a equipe de enfermagem e os demais profissionais da saúde quanto à relevância de práticas de cuidado paliativo à pessoa idosa de forma humanizada e integral.

Resumo

Objetivo: mapear as evidências científicas relacionadas à organização das práticas do cuidado paliativo à pessoa idosa na Rede de Atenção à Saúde. **Materiais e método:** *scoping review* pelo método Joanna Briggs Institute. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Cinahl, Web of Science, Scopus, BVS/Lilacs, Embase e Cochrane, sendo identificados 1150 artigos, os quais foram gerenciados pelo software Endnote. Após a seleção, 12 artigos compuseram a amostra do estudo. Os dados foram organizados em planilha do Microsoft Excel, submetidos à análise descritiva e discutidos com a literatura. **Resultados:** observou-se a importância de as práticas de cuidado paliativo à pessoa idosa serem organizadas na Rede de Atenção à Saúde, com foco na atenção primária à saúde, no domicílio e na articulação interdisciplinar. Contudo, ainda há fragmentação na oferta desse cuidado, com limitadas considerações quanto aos desafios e possibilidades da sua efetivação em todos os níveis de atenção. **Conclusões:** o mapeamento das evidências científicas sobre o tema mostra que são modestas as discussões em torno da inserção dos cuidados paliativos na Rede. Os estudos exploram o papel da atenção primária como ordenadora dessas práticas, ainda que em uma perspectiva fragmentada, com pouca articulação entre os serviços da Rede.

Palavras-chave (Fonte: DeCS)

Idosos; idoso fragilizado; cuidados paliativos; atenção primária à saúde; assistência integral à saúde.

4 Cuidado paliativo al anciano en la Red de Atención de Salud: una revisión de alcance

Resumen

Objetivo: mapear las evidencias científicas relacionadas con la organización de las prácticas de cuidado paliativo al anciano en la Red de Atención de Salud. **Materiales y método:** *scoping review* por el método Joanna Briggs Institute. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Cinahl, Web of Science, Scopus, BVS/Lilacs, Embase y Cochrane, con identificación de 1150 artículos, los cuales fueron gerenciados por el software Endnote. Luego de la selección, 12 artículos compusieron la muestra del estudio. Los datos se ordenaron en planilla del Microsoft Excel, se sometieron a análisis descriptivo y se discutieron con la literatura. **Resultados:** se observó que la organización de las prácticas de cuidado paliativo al adulto mayor desde la Red de Atención de Salud, con enfoque en la atención primaria de salud, en la residencia y en la articulación interdisciplinaria es importante. Sin embargo, aun hay fragmentación en la oferta de este cuidado, con limitadas consideraciones en cuanto a los retos y posibilidades de su efectucción en todos los niveles de atención. **Conclusiones:** el mapeo de las evidencias científicas sobre el tema demuestra que son modestas las discusiones en torno de la inserción de los cuidados paliativos en la Red. Los estudios exploran el rol de la atención primaria de salud como ordenadora de estas prácticas, aunque en una perspectiva fragmentada, con poca articulación entre los servicios de la Red.

Palabras clave (Fuente: DeCS)

Anciano; anciano frágil; cuidados paliativos; atención primaria de salud; atención integral de salud.

Palliative Care for the Elderly in the Healthcare System: A Scoping Review

Abstract

Objective: To map the scientific evidence related to the organization of palliative care practices provided for the elderly in the Healthcare System. **Materials and methods:** This is a scoping review following the Joanna Briggs Institute's method. The search was conducted in the PubMed, Cinahl, Web of Science, Scopus, VHL/Lilacs, Embase, and Cochrane databases, identifying 1,150 articles managed using the Endnote software. After the selection, the study sample consisted of 12 articles. The data were organized in Microsoft Excel spreadsheets, submitted to descriptive analysis, and discussed with the literature. **Results:** The relevance of palliative care practices for older adults to be organized in the Healthcare System was noted, focusing on primary healthcare, at home, and interdisciplinary coordination. However, there is still a fragmented offer of this care with limited considerations regarding the challenges and possibilities of its effectiveness. **Conclusions:** The mapping of scientific evidence on the subject shows that discussions regarding the insertion of palliative care in the Healthcare System are modest. The studies explore the role of primary care as the organizer of these practices, although in a fragmented perspective, with limited coordination between the Healthcare System services.

Keywords (Source: DeCS)

Aged; frail elderly; palliative care; primary health care; comprehensive health care.

Introdução

O envelhecimento da população é hoje um fenômeno observado tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento (1). A proporção de pessoas na faixa etária de 60 anos e mais, em todo o mundo, está crescendo mais rápido do que nas outras faixas. Estima-se que até 2050 haverá dois bilhões de idosos no mundo, dos quais 80% se encontrarão nos países em desenvolvimento (2). A despeito dessas estimativas, a Organização Pan-Americana de Saúde (3) publicou, em 2022, o Relatório Mundial sobre o Idadismo, no qual manifesta preocupação com o generalizado racionamento da assistência à saúde em função da idade e aponta que as pesquisas em saúde tendem a excluir pessoas idosas, ainda que muitas das condições de saúde estudadas sejam mais prevalentes em indivíduos em idades avançadas.

A longevidade da população, associada às mudanças sociais e familiares, tais como a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho e a redução do tamanho das famílias, faz emergir preocupações com os cuidados dispensados aos idosos dependentes de cuidados de terceiros (4). Salieta-se que o aumento da expectativa de vida e o alto índice de morbidade por doenças crônico-degenerativas configuram hoje um dos maiores desafios para a saúde pública (5-7).

Embora a doença afete o indivíduo, suas consequências afetam também a família, bem como as pessoas que vivem e trabalham com o paciente, num processo que desafia e modifica os papéis familiares e a dinâmica de grupo das pessoas envolvidas (8). Além disso, o adoecimento da pessoa idosa faz emergir, tanto para a família quanto para a equipe profissional, sentimentos que envolvem a perspectiva da terminalidade da vida (9-11). Assim, com uma população envelhecida, que viverá e morrerá em condições mais complexas, a demanda por cuidados tende a aumentar, bem como o aumento da demanda por cuidados paliativos (12-14).

O cuidado paliativo (CP) foi definido na década de 1990 e reafirmado em 2002, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma abordagem multidisciplinar que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da avaliação precisa e criteriosa, do tratamento de dor e outras demandas — físicas, psicossociais ou espirituais (5, 8). Mais recentemente, houve o redimensionamento desse conceito, passando-se a considerar que os CPs abrangem também condições crônicas progressivas desde o diagnóstico, em conjunto com terapias capazes de modificar a doença ou potencialmente curá-la (15, 16).

Os CPs devem ser compreendidos como um direito básico dos indivíduos e um componente essencial da atenção integral e integrada ao longo da vida, inclusive no final desta (10). Mesmo sendo um componente relativamente novo da saúde moderna, esses cuidados são cada vez mais reconhecidos como uma parte essencial

de todos os sistemas de saúde (12). Deve ser disponibilizado em qualquer ambiente de atenção à saúde, tais como hospitais, instituições de longa permanência, centros de saúde e até mesmo no domicílio dos pacientes (16, 17).

Em 2018, reconhecendo a necessidade de fortalecer e implantar políticas de cuidados paliativos com base em evidências e de apoiar o fortalecimento integral dos sistemas de saúde em todos os seus níveis, o Ministério da Saúde do Brasil publicou a Resolução 41, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil (18).

No entanto, a efetivação da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) implica estratégias que vislumbrem a transição desse cuidado entre os diversos níveis de atenção dessa Rede. A transição do cuidado é uma estratégia que envolve um grupo de ações planejadas para assegurar a continuidade e coordenação segura do cuidado ofertado, que pode aumentar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares (19, 20).

Assim, considera-se relevante o desenvolvimento de estudos que permitam ampliar o olhar sobre a articulação dos CPs na RAS, para que o paciente e a família sejam atendidos de forma integral. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo mapear as evidências científicas relacionadas à organização das práticas do cuidado paliativo à pessoa idosa na RAS.

Materiais e método

Trata-se de uma scoping review, com base nas recomendações do guia internacional Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR [21]), cujo protocolo foi registrado no Open Science Framework (<https://osf.io/83p7u/>). A revisão foi conduzida de acordo com as orientações metodológicas do Joanna Briggs Institute (22), com as seguintes etapas: 1) identificação da questão de pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) análise dos dados; 5) agrupamento, síntese e apresentação dos dados.

A pergunta da revisão e os critérios de inclusão e exclusão foram discutidos e consensuados entre os pesquisadores. A questão orientadora foi definida usando-se a estratégia PCC, em que P (*population*) é pessoa idosa; C (*concept*) é cuidado paliativo e C (*context*) é RAS. A pergunta elaborada foi: como se organizam as práticas de CP à pessoa idosa na RAS?

A amostra dos estudos foi composta de pesquisas que apresentassem os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais entre janeiro de 2010 e

março de 2021, em português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos que não estavam disponibilizados na íntegra, bem como literatura cinzenta, tais como monografia, dissertações, tese, livros, blogs, editorial, guidelines. Salienta-se que a literatura cinzenta foi excluída a fim de eliminar possíveis vieses relacionados à inclusão de evidências que apresentassem juízo de valor ou opiniões que não representassem o objeto do estudo; além disso, devido à possibilidade de excessivo volume de material, exigiria a ampliação dos critérios de inclusão, podendo afetar a amostra de artigos científicos encontrados. Foram considerados elegíveis estudos que descrevessem e discutissem a organização das práticas de CP à pessoa idosa, na perspectiva da RAS.

A estratégia de busca foi realizada por uma bibliotecária da Biblioteca Baeta Vianna da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. Os artigos encontrados foram gerenciados pelo software Endnote, que permitiu a análise por pares de forma independente. A busca foi realizada no mês de abril de 2021, nas seguintes bases de dados: Medline®/National Library of Medicine (PubMed); Scopus; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl); Web of Science (WoS); Embase; Cochrane e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os Medical Subject Headings (MeSH) relacionados aos elementos da pergunta de pesquisa, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Definição de estratégias de busca em bases de dados, Belo Horizonte, 2022

Base de dados	Estratégia de busca
BVS*	(idoso OR idosos OR “pessoa idosa” OR “pessoa de idade” OR “pessoas idosas” OR “pessoas de idade” OR “população idosa” OR “idoso fragilizado”) AND (“cuidados paliativos” OR “assistência paliativa” OR “cuidado paliativo” OR “cuidado paliativo de apoio” OR “tratamento paliativo” OR “cuidados paliativos na terminalidade da vida” OR “cuidado paliativo a doentes terminais” OR “cuidados a doentes terminais” OR “cuidados de conforto” OR “programas de cuidados intermitentes” OR “programas de cuidados paliativos” OR “estado terminal” OR “doença terminal” OR “estado crítico”) AND (“assistência integral à saúde” OR “atenção primária à saúde” OR “atenção secundária à saúde” OR “atenção terciária à saúde” OR “colaboração intersetorial” OR “serviços de saúde para idosos”)
Medline/PubMed Cochrane Cinahl Scopus WoS	(aged OR “frail elderly”) AND (“palliative care” OR “hospice care” OR “critical illness”) AND (“comprehensive health care” OR “primary health care” OR “secondary care” OR “tertiary healthcare” OR “intersectoral collaboration” OR “health services for the aged”)
Embase	(aged OR “frail elderly”) AND (“palliative therapy”) AND (“primary health care” OR “secondary health care” OR “tertiary care center” OR “intersectoral collaboration” OR “elderly care”)

Fonte: elaboração própria.

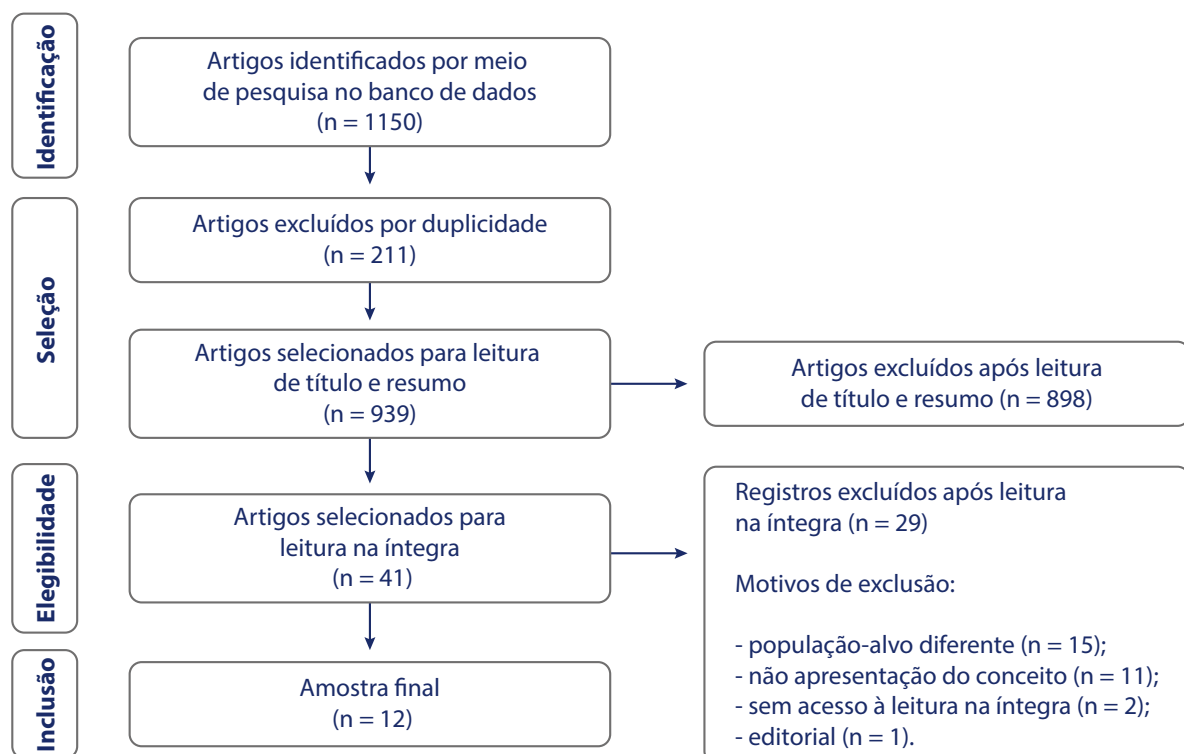
A primeira etapa envolveu a busca nas bases de dados e a extração dos artigos identificados para o software EndNote®. Os artigos, então, tiveram seus títulos e resumos lidos e analisados por seis revisores, que trabalharam em pares de forma duplo-cega, para a seleção dos potenciais artigos elegíveis. Nos casos de dúvida quanto à inclusão, todo o grupo de pesquisadores fez conjuntamente a análise de inclusão.

Os artigos que compuseram a amostra final foram lidos na íntegra por todos os revisores, de forma independente, com a finalidade de atender à pergunta da revisão e extrair os dados de interesse. Salienta-se que as listas de referências da amostra de artigos incluídos na revisão foram examinadas em busca de fontes adicionais, entretanto nenhum artigo foi adicionado. Posteriormente, os dados foram organizados em uma planilha construída no Microsoft Excel 2016, cuja estrutura contemplou elementos essenciais dos estudos, a saber: ano da publicação, país de origem, objetivos, tipo de estudo, população, local do estudo e principais resultados. A síntese dos dados é apresentada neste artigo, de forma descritiva, e são discutidos com a literatura pertinente.

Resultados

Foram identificados na busca nas bases de dados 1150 artigos e compuseram a amostra final 12 artigos, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos, adaptado do PRISMA-ScR, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2022



Os 12 artigos incluídos nesta revisão foram organizados em um quadro bibliográfico apresentado na Tabela 2, contendo título do artigo, país de origem e ano de publicação, tipo de estudo e síntese dos resultados.

Tabela 2. Artigos incluídos na *scoping review*, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2022

Autor(es)	Título	Local, ano	Tipo de estudo	Síntese dos resultados dos artigos
Albers G, Froggatt K, Van den Block L, Gambassi G, Vanden Berghe P, Pautex S <i>et al.</i> (23)	A qualitative exploration of the collaborative working between palliative care and geriatric medicine: Barriers and facilitators from a European perspective	Europa, 2016	Qualitativo	Refere que a rede de atendimento ao idoso em CP deve ter como premissa a articulação interdisciplinar. Aponta para a fragmentação da atenção ao idoso em CP e para a fragilidade na comunicação entre as disciplinas. Destaca a importância do trabalho em equipe interdisciplinar como oportunidade de aprendizado mútuo e colaborativo.
Ankuda CK, Petterson SM, Wingrove P, Bazemore AW (24)	Regional variation in primary care involvement at the end of life	Estados Unidos da América, 2017	Estudo transversal	Discute que a participação do médico da atenção primária no CP ao idoso reduz os gastos do sistema de saúde; reduz o tempo de permanência nas instituições hospitalares e os procedimentos invasivos. Aponta que o cuidado no nível primário melhora a fragmentação da atenção ao idoso em cuidados de fim de vida.
Brasil K, Galway K, Carter G, Van der Steen JT (25)	Providing optimal palliative care for persons living with dementia: A comparison of physician perceptions in the Netherlands and the United Kingdom	Holanda e Reino Unido, 2017	Estudo transversal	Refere que as principais barreiras que o sistema de saúde encontra para lidar com os idosos com demência em CP são a limitação na educação dos profissionais e a fragilidade no acesso ao cuidado especializado. Sugere que a atenção aos idosos com demência em CP seja centrada na pessoa, com envolvimento da família e treinamento da equipe acerca da comunicação efetiva.
Ahia C, Blais CM (26)	Primary palliative care for the general internist: Integrating goals of care discussions into the outpatient setting	Estados Unidos da América, 2014	Estudo de caso	Discute que o acompanhamento dos idosos em CPs no nível primário contribui para a trajetória deles no sistema de saúde e para a comunicação efetiva, e facilitam a tomada de decisão. Relata que os médicos generalistas e da família do nível primário são fundamentais para discutir o objetivo do tratamento e alcançar melhores resultados.
Lanza CC, O'Shea CJC, Herrera JL, Pena CG (27)	Cuidados paliativos: la opción para el adulto en edad avanzada	México, 2015	Estudo de revisão	Refere a necessidade de os cuidados paliativos ao idoso serem articulados e integrados no sistema de saúde. Cita a atenção primária como ordenadora do cuidado e destaca a proximidade que ela gera com o domicílio do paciente em CP. Destaca que, no contexto da atenção primária, é necessário orientar cuidadores e familiares no cuidado interdisciplinar conjunto com a equipe de saúde.
Toye C, Blackwell S, Maher S, Currow DC, Holloway K, Tieman J <i>et al.</i> (28)	Guidelines for a palliative approach for aged care in the community setting: A suite of resources	Austrália, 2012	Revisão sistemática	Destaca a atenção primária na centralidade do cuidado no sistema de saúde e a importância de considerar o domicílio para a prática de CP. Salienta que o domicílio é um locus preferencial do CP à pessoa idosa, pois integra elementos familiares e relacionais já existentes e diminui despesas e procedimentos evitáveis. Contextualiza que muitos idosos têm o final de vida em instituições hospitalares contra seus desejos e constata que há transferências desnecessárias.

Autor(es)	Título	Local, ano	Tipo de estudo	Síntese dos resultados dos artigos
Tuckett A, Parker D, Clifton K, Walker H, Reymond E, Prior T et al. (29)	What General Practitioners said about the palliative care case conference in residential aged care: An Australian perspective. Part 2	Austrália, 2015	Qualitativo	Refere a importância da equipe multiprofissional da atenção primária na atenção aos idosos em CPs. Destaca o papel do enfermeiro como agente potente para diminuir a fragilidade da oferta de CPs. Destaca o domicílio como locus preferencial para o cuidado paliativo ao idoso, reforçando a necessidade de ter um plano de cuidado formalizado, de realizar comunicação efetiva, do trabalho em equipe e em conjunto à família, e da priorização de vínculo com a equipe ao invés de um profissional.
Van der Steen JT, Dekker NL, Gijssberts MJHE, Vermeulen LH, Mahler MM, The BAM (30)	Palliative care for people with dementia in the terminal phase: A mixed-methods qualitative study to inform service development	Austrália, 2017	Qualitativo	Discute a relevância da atenção primária como cenários para as práticas de CPs aos idosos. Destaca a importância de o cuidado paliativo ao idoso ser desenvolvido no domicílio, especialmente na fase terminal. Refere que os idosos têm o final de vida em instituições hospitalares contra a vontade deles e justificam que isso se deve à fragilidade do sistema de saúde que não enfoca as doenças crônicas, à longa espera para as consultas e a não terem profissionais dedicados aos CPs. Sugere equipe móvel especializada que acompanhe o idoso em CP e sua família ao invés de transferências desnecessárias para os hospitais.
Ayyar A, Varman S, De Bhaldraithe S, Singh I (31)	The journey of care for the frail older person	Reino Unido, 2010	Estudo de revisão	Reconhece que a atenção à saúde dos idosos em CPs precisa acontecer de forma ampliada nos diferentes dispositivos do sistema de saúde. Salienta a importância da interface entre cuidado primários e secundários de idosos alicerçada na transferência de informação e cuidados seguros e de qualidade. Sugere modelo integrado de cuidados para idosos frágeis composto de equipe multiprofissional nos diferentes dispositivos de saúde, os quais devem estar preparados para promover vínculo e realizar transferências seguras.
Jadhav AV (32)	Rural elderly and access to palliative care: A public health perspective	Índia, 2020	Estudo de revisão	Identifica fragilidade na organização dos CPs no sistema de saúde público. Destaca que o CP em idosos é negligenciado no contexto do sistema de saúde, especialmente, no que concerne ao acesso dos pacientes e ao investimento localizado em hospitais oncológicos. Refere a importância da atenção primária como ordenadora do cuidado.
Deborah R, Waterworth S, Merryn G (33)	The role of practice nurses in providing palliative and end-of-life care to older patients with long-term conditions	Austrália, 2014	Qualitativo	Destaca a atuação do enfermeiro da atenção primária no CP e de fim de vida em idosos. Refere a necessidade de desenvolvimento de competências e conhecimentos de CPs para os <i>profissionais</i> . Critica a limitada autonomia do enfermeiro na participação dos CPs, a qual está condicionada ao médico de referência. Reconhece a importância do enfermeiro e da atuação multiprofissional no CP ao idoso.
Hermans S, Sevenants A, Declercq A, Broeck NV, Deliens L, Cohen J, Audenhove CV (34)	Inter-organisational collaboration in palliative care trajectories for nursing home residents: A nation-wide mixed methods study among key persons	Bélgica, 2019	Método misto sequencial	Discute a relação entre dispositivos da rede de CP como lares de idosos, hospitais e domicílio. Reflete sobre a pouca produção de pesquisas nessa área. Refere que o processo de colaboração em nível interorganizacional no campo do CP em idoso é <i>frágil</i> . Relaciona que as fragilidades da relação interorganizacional se trata da divergência de rotinas, comunicação insuficiente, ausência de sistema de informação unificado entre os serviços e percepção errada de profissionais sobre o CP.

Os resultados, de forma geral, apresentaram a importância de as práticas de CPs à pessoa idosa serem organizadas na RAS, tendo a atenção primária à saúde, o domicílio e a articulação interdisciplinar com a especialidade da geriatria como centrais para a integralidade e continuidade do cuidado.

Discussão

Embora os artigos analisados façam menção à importância da inserção e discussão dos CPs paliativos em rede integrada de saúde, na prática, ainda há fragmentação na oferta desse cuidado, com limitadas considerações quanto aos desafios e possibilidades da efetivação dos CPs em todos os níveis de atenção. Percebeu-se que a maioria deles opta por dar destaque a um dos níveis de atenção à saúde, priorizando a atenção primária à saúde e o domicílio. Nessa perspectiva, entendem que a atenção primária explora as tecnologias leve de cuidado, que compreendem a comunicação, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a escuta (35), estabelecendo confiança e oportunizando maior interação com os idosos e suas famílias/cuidadores na elaboração e efetivação do plano de cuidado.

O aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional levam os idosos a morrerem principalmente devido a doenças crônicas (36). No decorrer do envelhecimento e com a progressão dessas doenças, os idosos tendem a serem submetidos a sofrimentos desnecessários, os quais levam ao comprometimento da qualidade de vida no final da vida (37, 38). Isso porque a saúde pública não tem sido capaz de lidar e acompanhar a carga das doenças não transmissíveis na população envelhecida, como é o caso das doenças crônicas, cujo desafio é a perda da saúde funcional (36).

Nessa perspectiva, a OMS sugere que os cuidados paliativos sejam integrados e conduzidos em todo o curso de vida (27, 39). No contexto da presente revisão, infere-se que a inserção dos CPs ao longo de toda a RAS seja uma estratégia potente para promover integração das práticas de CP à pessoa idosa. Nesse sentido, foi possível identificar, nos estudos que compuseram a amostra do presente estudo, iniciativas e reflexões que propõem o CP à pessoa idosa na perspectiva de uma rede integrada de atenção à saúde.

Ressalta-se que o cuidado se dá em um processo contínuo, no qual o indivíduo pode, a qualquer momento, precisar acessar mais de um serviço da rede de saúde, especialmente nas populações envelhecidas que convivem com os desafios das doenças crônicas (40). Ademais, cabe destacar que a continuidade do cuidado é mais do que apenas o vínculo entre os diferentes níveis, mas depende também do fluxo de informações sobre a assistência prestada entre os serviços (40). Nessa direção, autores (31) apontam que os atendimentos prestados nos diversos cenários devem ser coordenados e facilmente transferíveis, constituindo uma jornada de cuidado segura e tranquila para o idoso, garantindo experiência holística do

paciente. O sucesso para o funcionamento coordenado dessa engrenagem depende, então, do desenvolvimento de uma interface ativa entre as diversas partes do sistema (31).

Estudo (34) realizado na Bélgica sugere que a organização de uma rede de atenção seja imprescindível para a oferta de CPs integrados. Tal descrição se assemelha à proposta do modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro que se organiza na perspectiva da integração do cuidado por meio das RASs (18). No entanto, ressalta-se que a integração dos CPs em uma rede prescinde de aspectos administrativos, organizacionais, clínicos e do próprio serviço que possibilitem que a continuidade dos cuidados perpassa todos os atores envolvidos no cuidado (34). Além disso, a formalização de estrutura de rede por meio de políticas de governo não é suficiente para garantir a colaboração interorganizacional bem-sucedida. Na prática, o processo de colaboração é complexo e envolve a superação de desafios como liderança, coordenação, falta de membros organizacionais importantes para impulsionar a colaboração, os desequilíbrios de poder, as expectativas diferentes dos atores, a diversidade cultural, a governança organizacional, os modos de comunicação e as oportunidades de interação (34).

Diante desses desafios referidos pelos autores, entende-se o motivo de a atenção primária à saúde ter sido apontada, em vários dos estudos analisados, como a ordenadora do cuidado na rede de atenção (24, 26-28, 31, 32). A atenção primária à saúde foi reconhecida em tais estudos pela sua relevância no desenvolvimento de ações de CP ao idoso. Os artigos exploraram a atenção primária à saúde considerando o seu papel como ordenadora dos cuidados na rede, a sua característica de integrar os diferentes serviços e priorizar tecnologias leves de cuidado, bem como a sua proximidade e relação com o território e o domicílio.

O envolvimento e participação da atenção primária à saúde na coordenação e continuidade do atendimento são fatores que atuam maximizando os resultados gerais de saúde (24). O cuidado centrado no paciente e a continuidade do cuidado facilitam as discussões, resultando na congruência dos objetivos do paciente e do provedor de saúde para cuidados futuros e para melhores resultados de final de vida (26). No que se refere ao CP no nível primário, um estudo realizado nos Estados Unidos (24) apontou que os médicos de atenção primária são fundamentais para prover CPs competentes nesse nível da assistência, com evidências preliminares de que o envolvimento desses profissionais é fonte de variação regional no padrão do cuidado prestado no fim da vida. Os resultados do estudo (24) apontam que os pacientes que tiveram maior envolvimento de médicos na atenção primária em seu cuidado apresentaram menos internações e procedimentos intensivos nos últimos seis meses de vida e, conseqüentemente, menores custos de atenção à saúde.

Observa-se, ainda, que o cuidado ao idoso frágil nesse nível de atenção melhora a satisfação do paciente, reduz a transferência do idoso para instituições de longa permanência e internações hospitalares inadequadas (31). Os resultados do presente estudo corroboram com uma revisão de literatura (41) conduzida sobre o papel da atenção primária à saúde no CP de idosos, a qual aponta como benefícios do CP nesse nível de atenção, a melhoria de sintomas apresentados pelos pacientes, a satisfação deles e a redução de internações no nível terciário e de gastos com serviços especializados.

Contudo, há desafios de estruturação do sistema de saúde na atenção primária à saúde a serem superados para incorporar o CP em seu escopo de atuação, especialmente no que tange à falta de capacitação profissional e ações de educação voltadas para o paciente e família (42). Destaca-se a importância de enfermeiros e gestores, nesse nível de atenção, serem capazes de reconhecer as oportunidades de CP para oferecerem às famílias e pacientes um cuidado adequado e de qualidade. Por isso, sugerem duas frentes de atuação nesse cenário, a de capacitação e fórum de discussão sobre a temática e a sensibilização da comunidade sobre a importância do CP (42).

Ainda sobre a importância da atenção primária à saúde no CP, estudo analisado (27) na presente revisão aponta que os CPs à pessoa idosa devem abarcar ações de promoção, prevenção e reabilitação, com orientações para a formação de voluntários e cuidadores de idosos no nível primário e consideração da participação da família e da sociedade no trabalho interdisciplinar com a equipe de saúde (27). Nesse sentido, cabe ressaltar que uma atenção primária à saúde forte em CP precisa de um sistema de saúde em rede que ofereça serviço especializado em CP na atenção, cujo critério para o encaminhamento sejam as necessidades do paciente e não apenas suas características limitantes (43, 44).

Considerando o papel da atenção primária à saúde na rede de saúde, ela foi salientada, nos estudos, como o nível de atenção fundamental para a continuidade do cuidado à saúde entre os diferentes níveis de atenção (26). Isso pode ser atribuído ao fato de a atenção primária à saúde ter uma atuação próxima ao paciente, à família e ao domicílio, local preferencial de atendimento ao idoso em CP, com possibilidade de melhor vínculo e resolutividade (43).

A respeito da continuidade do cuidado, estudo (26) analisado nesta revisão menciona a importância de que toda transição de cuidado da pessoa idosa em CP (consulta especializada, alta hospitalar, realização de procedimentos ou encaminhamento para instituições de longa permanência) seja oportunidade para acompanhamento, alinhamento e definição de metas de cuidado. Os autores destacam que essa é uma potência desenvolvida pelos profissionais da atenção primária à saúde, uma vez que implica disponibilidade de tempo do médico para consulta e contato com especialistas que atenderam o paciente. Esse processo é facilitado pelos profissionais no nível primário, pois percebe-se que eles dispõem de tempo, habili-

dade e disposição para discutir CPs com pacientes e seus familiares, além de uma equipe de saúde envolvida (26). Destaca-se que a atenção primária à saúde, além de centralizar o cuidado no paciente, facilita o suporte emocional a eles e seus familiares, pois os profissionais desenvolvem comunicação empática, facilitando a discussão dos objetivos de cuidado paliativo (26, 30).

Contudo, deve-se considerar que ainda há fragilidade na continuidade da atenção aos idosos em CP devido ao desconhecimento dos profissionais acerca desse cuidado, à ausência de planejamento do sistema de saúde para a transição epidemiológica com o envelhecimento populacional e à falta de integração entre os serviços de saúde (41, 44, 45), especialmente quando o paciente é transferido para a atenção hospitalar e nos processos relacionados à alta desse serviço (45). A continuidade do cuidado acontece de forma efetiva quando as dimensões do tempo/ambiente, da relação paciente-profissional, da comunicação e da gestão estão alinhadas (44, 45). Além disso, são imprescindíveis para a transição do cuidado o planejamento, a troca de informação (pessoalmente, telecomunicação ou prontuário eletrônico), a interação e coordenação contínuas e os papéis claros entre os serviços, seja para casa, seja para outro nível de atenção à saúde (44, 45).

Salienta-se, ainda, o destaque dos estudos (29, 33) para o papel do enfermeiro da atenção primária à saúde na promoção do CP à pessoa idosa. Embora a equipe multiprofissional seja considerada relevante, o enfermeiro é reconhecido como ator fundamental para superar a limitação de oferta de CP em diferentes contextos (46). Vários aspectos foram mencionados em relação às características do enfermeiro que favorecem sua participação no cuidado de final de vida: a maior disponibilidade de tempo do que os médicos para estarem com os pacientes; a advocacia do paciente para que eles recebam o melhor CP possível; a centralidade do paciente no cuidado holístico; a competência de gerenciamento da dor e outros sintomas; a capacidade de compartilhar o cuidado com outros profissionais e serviços, com foco na continuidade do cuidado e não apenas transferência (29, 33). No entanto, a autonomia do enfermeiro nos CPs ainda é limitada, estando muito associada ao médico de referência, dependendo dele sua participação nos cuidados (33). Outros estudos (47-49) corroboram com a presente revisão, no fato de reconhecerem a importância do enfermeiro no CP ao idoso, especialmente considerando suas competências relacionais e técnicas, embora ressaltem as limitações de atuação do enfermeiro por falta de qualificação específica e limitado reconhecimento pela equipe de saúde.

Isso posto, tendo em vista o panorama epidemiológico e demográfico da população, é cada vez mais necessária a preocupação com o envelhecimento saudável, com o conforto e bem-estar dos pacientes em consonância com um sistema de saúde sustentável, que tenha como lócus preferencial do cuidado o domicílio (27-30). Tais autores apontam a importância de o domicílio ser parte

da rede de atenção ao idoso em CP, uma vez que se trata de um ambiente desenvolvido por ele e sua família, capaz de atender às demandas do paciente, que envolve mais do que área física, abrangendo relacionamentos existentes, além de ser uma estratégia capaz de diminuir despesas evitáveis para o sistema, a sociedade e a família.

Uma análise da viabilidade operacional de intervenção em CP no domicílio, ofertado a idosos advindos de unidades de terapia intensiva, demonstrou melhorias no funcionamento físico, na qualidade de vida e no controle dos sintomas, levando à satisfação do paciente (50). A esse respeito, estudos (28, 30) apontam que, atualmente, a maioria dos idosos elegíveis para CPs tem o seu final de vida em instituições hospitalares, muitas vezes contra a sua vontade, devido a transferências desnecessárias. Isso se deve ao fato das fragilidades do sistema de saúde, no que concerne à ausência de um sistema sanitário desenhado para o cuidado de doenças crônicas, ao relacionamento prejudicado entre profissional e paciente devido ao curto tempo de consulta, à longa espera para consultas e aos poucos profissionais dedicados aos CPs (27). A superação dessas fragilidades implica a conformação de um sistema em rede, com o nível primário de atenção à saúde como eixo estruturante do cuidado, com território, domicílio e famílias fortalecidos (27).

Para que boas práticas sejam adotadas no âmbito do domicílio, os autores (28-31) referem a importância de um plano de cuidado formalizado com informações de apoio ao idoso, cuidador e família; a necessidade de comunicação, trabalho em equipe e a disponibilidade de tempo e de interação com a família; a integração e visão na abordagem multiprofissional ao invés de centrada no médico; o monitoramento da qualidade da assistência, requerendo governança clínica robusta, pesquisas e adequada capacitação profissional; a priorização do vínculo com uma equipe em detrimento de vários profissionais e especialistas avulsos no tratamento (28-31). Cabe destacar que o CP no domicílio aumenta a sensação de segurança de pacientes e cuidadores que têm que lidar, nesse ambiente, com doenças ameaçadoras da vida (51).

Outro aspecto importante apontado nos estudos (23, 31), no que se refere à rede de saúde para o atendimento ao idoso em CPs, é a importância de os serviços terem como elo para as boas práticas a articulação interdisciplinar com a especialidade da geriatria, propiciando uma abordagem de cuidados integrados. Quanto a essa articulação, um estudo que buscou identificar barreiras e elementos facilitadores da integração no contexto europeu (23), apontou que a forma de organização e a fragmentação da atenção à saúde, bem como a participação de vários profissionais de saúde no cuidado parecem dificultar esse processo. Em contrapartida, uma liderança forte foi identificada como facilitador, tanto no nível da prática clínica quanto no nível estratégico e político. Uma liderança forte em nível local e nacional é capaz de apoiar a comunicação contínua entre os membros das organizações e o desenvolvimento de novas iniciativas na integração entre CPs e geriatria (23).

Em um estudo (52) prospectivo controlado, que comparou idosos em CPs no domicílio acompanhados pela atenção primária à saúde e idosos que, além desse acompanhamento, receberam intervenção geriátrica domiciliar e disponibilidade de um serviço geriátrico 24 horas por dia, a taxa de hospitalizações e de atendimento de emergências, bem como as hospitalizações desnecessárias, após o primeiro ano de intervenção, reduziram e houve aumento na proporção de pacientes que morreram em casa. Os autores ressaltam que, embora o óbito no domicílio tenha sido considerado um desfecho favorável, é importante um modelo de atenção integrada na rede de serviços para que os pacientes que preferam ou precisem ser hospitalizados tenham acesso facilitado a esse recurso.

Também merece destaque o cuidado a idosos com demência. Em uma sociedade envelhecida, a demência, uma doença crônica, progressiva e terminal, que leva a necessidades de cuidado complexas, é uma doença cada vez mais presente. O declínio cognitivo da doença fragiliza o protagonismo do paciente em seu processo de cuidado, exigindo a participação intensa da família (30). Autores (25) apontam que a demência ainda é muito negligenciada na perspectiva de CPs em idosos por ser considerada uma condição natural do envelhecimento. O cuidado centrado na pessoa, com envolvimento da família para que a comunicação e a tomada de decisão sejam ideais, além do treinamento de habilidades de comunicação e orientações para os profissionais, ainda são barreiras para a consolidação dos CPs ao idoso com demência (25). Nessa perspectiva, ressalta-se que o CP ideal a idosos com demência envolve a discussão do prognóstico e do plano de cuidados com pacientes e cuidadores, o acesso dos pacientes aos serviços, além de diretrizes padronizadas, uma vez que elas podem auxiliar na primeira abordagem, mas podem levar à perda do cuidado centrado no paciente (53).

Como limitação do estudo, cabe relatar que o tema é ainda incipiente na literatura, tendo sido selecionados apenas 12 artigos nas bases de dados pesquisadas. Além disso, cabe ressaltar que a opção pelo uso dos DeCS e dos MeSH pode ter limitado o alcance da busca e levado à perda de documentos importantes que discutissem a temática em questão.

Conclusões

Ao mapear as evidências científicas relacionadas à organização das práticas do CP à pessoa idosa na RAS, observa-se que, diante da dimensão do impacto do envelhecimento para a sociedade, ainda são modestas as discussões em torno dos CPs aos indivíduos idosos e seus familiares. Ainda que os estudos apontem a importância da inserção dos CPs no âmbito de uma rede de cuidados, tendo a atenção primária à saúde como ordenadora dessas práticas, a concepção de uma rede efetivamente constituída é

ainda incipiente, o que evidencia uma assistência fragmentada, embora, eventualmente, seja abordada a articulação entre mais de um nível assistencial. Também abordam a importância de os CPs serem desenvolvidos no âmbito do domicílio/residências de idosos, o que favorece a interface com o cuidado primário, uma vez que, nesse nível, tem o território e domicílio das pessoas como objeto da atenção.

Uma das lacunas identificadas nesta revisão foi o baixo número de estudos publicados por países que vêm lidando com desafios do envelhecimento, com destaque para a limitada discussão em torno de políticas e diretrizes nacionais sólidas, que direcionem essas práticas. Acredita-se que o estudo possa contribuir para dar visibilidade à temática, ampliando discussões que alcancem tanto a sociedade quanto as equipes multiprofissionais e gestores do sistema de saúde na busca da construção de uma RAS que integre os CPs em todos os seus níveis de atenção.

Agradecimentos

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Brasil a concessão de bolsa para a realização da pesquisa, por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, e à Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Conflito de interesse: nenhum declarado.

Referências

- World Health Organization (WHO). World report on Ageing and Health [Internet]. Switzerland: OMS; 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=C8B86A-8F09F4CEF86F6A6EADBoAo3C7D?sequence=1
- World Health Organization (WHO). National Institute on Aging. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services. The Global Health and Aging [Internet]. Switzerland: WHO; 2011. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de Longa Permanência para Idosos: um Lugar de Cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm* 2014;67(5):773-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670515>
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Relatório mundial sobre o idadismo. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2022. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275724453>
- World Health Organization (WHO). Alzheimer's disease international. Dementia: A public health priority [Internet]. Switzerland: WHO; 2012. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>
- Araujo MT, Velloso IC, Ceci C, Purkis ME. Caregiving for the elderly person: Discourses embedded in the Brazilian practical guide for the caregiver. *Journal of aging and social policy*. 2017;29(5):444-60. DOI: <https://doi.org/10.1080/08959420.2017.1342526>
- Araujo MT, Velloso IC, Ceci C, Purkis ME. The significance of overlooked objects: Materiality and care at home for people with dementia. *Nurs Inq*. 2019;27(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12306>
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Vamos falar de cuidados paliativos [Internet]. Brasil: SBGG; 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>
- Faria SS, Figueiredo JS. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicol. hosp.* (São Paulo). 2017;15(1):44-66. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v15n1/15n1a05.pdf>
- Fringer A, Hechinger M, Schnepf W. Transitions as experienced by persons in palliative care circumstances and their families: A qualitative meta-synthesis. *BMC Palliat Care* 2018;22(17):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0275-7>
- Rosa DSS, Couto SA. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. *Rev Enf Contemp*. 2015;4(1):92-104. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.467>

12. Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). Global Atlas of palliative care at the end of life. 2nd Ed. London: WPCA; 2020. Available from: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
13. Lupu D, Quigley L, Mehfood N, Salsberg ES. The Growing Demand for Hospice and Palliative Medicine Physicians: Will the Supply Keep Up? *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(4):1216-23. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.011>
14. Etkind, SN, Bone, AE, Gomes, B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ *et al*. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med* 2017;15(102):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>
15. Souza HL, Zoboli ELMP, Paz CRP, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Rev. Bioét*. 2015; 23(2):349-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232074>
16. Gómez-Batiste X, Connor S, eds. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Espanha: Collaborating Centre Public Health Palliative Care Programmes; 2017. Available from: <https://www.thewhpc.org/resources/category/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>
17. Sekse RJT, Hunskaar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2018;(1-2):21-38. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
18. Brasil. Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 31 out. 2018.
19. Lima DWC, Vieira AN, Gomes AM, Silveira LC. Historicidade, conceitos e procedimentos da análise do discurso. *Rev enferm UERJ*. 2017;25(e12913):1-4. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.12913>
20. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enf* 2017;22(3):1-11. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
21. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D *et al*. PRISMA Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018; 169(7):467-73. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
22. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, eds. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI; 2020. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
23. Albers G, Froggatt K, Van den Block L, Gambassi G, Vanden BP, Pautex S *et al*. A qualitative exploration of the collaborative working between palliative care and geriatric medicine: Barriers and facilitators from a European perspective. *BMC Palliat Care*. 2016;15(47):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0118-3>
24. Ankuda CK, Petterson SM, Wingrove, BSP, Bazemore WA. Regional variation in primary care involvement at the end of life. *Ann Fam Med*. 2017;15(1):63-7. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2002>
25. Brazil K, Galway K, Carter G, Steen JT. Providing optimal palliative care for persons living with dementia: A comparison of physician perceptions in the Netherlands and the United Kingdom. *J Palliat Med*. 2017;20(5):473-7. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0274>
26. Ahia CL, Blais CM. Primary palliative care for the general internist: Integrating goals of care discussions into the outpatient setting. *Ochsner J*. 2014;14(4):704-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295749/>
27. Lanza CC, O'Shea GJC, Herrera JL, Peña GL. Cuidados paliativos: la opción para el adulto en edad Avanzada. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015;14(3):176-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.07.005>
28. Toye C, Blackwell S, Maher S, Currow DC, Holloway K, Tieman J *et al*. Guidelines for a palliative approach for aged care in the community setting: A suite of resources. *Australas Med J*. 2012;5(11):569-74. DOI: <https://doi.org/10.4066/AMJ.2012.1400>
29. Tuckett A, Parker D, Clifton K, Walker H, Reymond E, Prior T *et al*. What General Practitioners said about the palliative care case conference in residential aged care: An Australian perspective. Part 2. *Prog Palliat Care*. 2015;23(1):9-17. DOI: <https://doi.org/10.1179/1743291X13Y.0000000069>
30. Van der Steen JT, Dekker NL, Gijsberts MJHE, Vermeulen LH, Mahler MM, The BAM. Palliative care for people with dementia in the terminal phase: A mixed-methods qualitative study to inform service development. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):16-28. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0201-4>
31. Ayyar A, Varman S, De Bhaldraithe S, Singh I. The journey of care for the frail older person. *Br J Hosp Med*. 2010;71(2):92-6. DOI: <https://doi.org/10.12968/hmed.2010.71.2.46487>
32. Jadhav AV. Rural elderly and access to palliative care: A public health perspective. *Indian J Palliat Care*. 2020;26(1):116-9. DOI: https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_162_19
33. Deborah R, Waterworth S, Merryn G. The role of practice nurses in providing palliative and end-of-life care to older patients with long-term conditions. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(8):373-9. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.8.373>
34. Hermans S, Sevenants A, Declercq A, Broeck NV, De-liens L, Cohen J *et al*. Inter-organisational collaboration in palliative care trajectories for nursing home residents: A nation-wide mixed methods study among key persons. *Int J Care Coord*. 2019;22(2):69-80. DOI: <https://doi.org/10.1177/2053434519857352>
35. Merhy EE, Onocko R, editors. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
36. Murray CJL, Lopez AD, Vos T, Lim SS. Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1135-59. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31404-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31404-5)
37. Cardona-Morrell M, Kim JCH, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: A systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(4):456-69. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzwo60>
38. Baal KV, Schrader S, Schneider, N, Wiese B, Stahmeyer JT, Eberhard S *et al*. Quality indicators for the evaluation of end-of-life care in Germany: A retrospective cross-sectional analysis of statutory health insurance data. *BMC Palliat Care*. 2020;19(187):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00679-x>
39. World Health Organization (WHO). Institutional Repository for Information Sharing. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course: Report by the Secretariat [Internet]. Switzerland: WHO; 2014. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/158962>
40. Jackson C, Ball L. Continuity of care: Vital, but how do we measure and promote it? *Aust J Gen Pract*. 2018;47(10):662-4. DOI: <https://doi.org/10.31128/AJGP-05-18-4568>
41. Queiroga VM, Menezes LV, Lima JMR, Andrade DDBC. Cuidados paliativos de idosos no contexto da atenção primária à saúde: uma revisão da literatura. *Braz. J. de Develop*. 2020;6(6):38821-32. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-429>
42. Silva TC, Nietsche EAC, Bastos S. Palliative care in primary health care: An integrative literature review. *Rev. Bras. Enferm*. 2022;75(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1335>

43. Nooijer K, Penders YW, Pivodic L, Van Den Noortgate NJ, Pype P, Van den Block L. Specialist palliative care services for older people in primary care: A systematic review using narrative synthesis. *Palliat Med.* 2020;34(1):32-48. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216319874978>
44. Dudley N, Ritchie CS, Rehm RS, Chapman SA, Wallhagen MI. Facilitators and barriers to interdisciplinary communication between providers in primary care and palliative care. *J Palliat Med.* 2019;22(3):243-9. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0231>
45. Bahr SJ, Weiss ME. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *Int J Nurs Pract.* 2019;25(2):e12704. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>
46. Paice JA, Battista V, Drick CA, Schreiner E. Palliative nursing summit: Nurses leading change and transforming primary palliative care: Nursing's role in providing pain and symptom management. *J Hosp Palliat Nurs.* 2018;20(1):30-5. DOI: <https://doi.org/10.1097/NJH.000000000000405>
47. Fonseca LS, Carvalho BC, Santos HO, Silva JM, Santos JCO, Ferreira LLL et al. Atuação do enfermeiro em cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 2022;68(1):e-071383. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1383>
48. Pavlic RD, Aarendonk D, Wens J, Simões JAR, Lynch M, Murray S. Palliative care in primary care: European Forum for Primary Care position paper. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20(e133):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423619000641>
49. Karam M, Chouinard MC, Poitras ME, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N et al. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *Int J Integr Care.* 2021;21(1):1-21. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>
50. Mayr FB, Plowman JL, Blakowski S, Sell-Shemansky K, Young JM, Yende S. Feasibility of a Home-Based Palliative Care Intervention for Elderly Multimorbid Survivors of Critical Illness. *Am J Crit Care.* 2021;30(1):12-31. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2021117>
51. Sarmiento VP, Gysels M, Higginson IJ, Gomes B. Home palliative care works: but how? A meta-ethnography of the experiences of patients and family caregivers. *BMJ Support Palliat Care.* 2017;7(4):390-403. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001141>
52. Pollina L, Guessous I, Petoud V, Combescure C, Buchs B, Schaller P et al. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: A prospective controlled trial. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):53. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0449-9>
53. Stewart JT, Schultz SK. Palliative Care for Dementia. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(1):141-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.011>