RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

# COMUNIDADES COMPASSIVAS E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO PALIATIVO TERRITORIAL / COMUNIDADES COMPASIVAS Y ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CUIDADO PALIATIVO TERRITORIAL / COMPASSIONATE COMMUNITIES AND PRIMARY CARE IN TERRITORIAL PALLIATIVE CARE

*Thayna Moura De Oliveira (thaymouraufrj@gmail.com)*

*Marcela Teixeira De Souza (marceelateeixeira@gmail.com)*

*Marluci Andrade Conceiçao Stipp (marlustipp@gmail.com)*

*Gabriela Correio Souza (correiosouza.g@gmail.com)*

*Sérgio Guimarães Camara Couto (srggmrs@gmail.com)*

*Liana Amorim Correa Trotte (liana.correatrotte@gmail.com)*

Comunidades compassivas e atenção primária no cuidado paliativo territorial

Introdução: Os cuidados paliativos têm ampliado seu escopo ao longo das últimas décadas, deixando de ser compreendidos apenas como assistência ao fim da vida para se consolidarem como uma abordagem voltada à prevenção e ao alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual de pessoas com doenças ameaçadoras da vida e de suas famílias. Apesar desse avanço conceitual, sua

oferta ainda permanece limitada e concentrada em serviços de média e alta complexidade, dificultando o acesso de populações socialmente vulnerabilizadas. A Atenção Primária à Saúde constitui um espaço estratégico para a implementação dos cuidados paliativos, por sua capilaridade territorial, vínculo longitudinal com usuários e famílias, capacidade de identificação precoce de necessidades e potencial de coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, sua operacionalização ainda enfrenta barreiras relevantes, como lacunas formativas, insuficiência de recursos, ausência de protocolos e fragilidade dos fluxos assistenciais. Nesse cenário, as Comunidades Compassivas emergem como iniciativas de engajamento social que buscam mobilizar redes comunitárias, voluntários, profissionais de saúde, famílias e atores territoriais para ampliar o suporte às pessoas em sofrimento, especialmente em contextos nos quais os serviços formais não conseguem responder plenamente às demandas sociais e de saúde. A experiência analisada nesta pesquisa situa-se no encontro entre Atenção Primária à Saúde, cuidados paliativos e Comunidade Compassiva, buscando compreender como profissionais de uma Clínica da Família percebem essa articulação no manejo de usuários com necessidades paliativas. Objetivo: O estudo teve como objetivo geral compreender a percepção dos profissionais sobre como a Comunidade Compassiva tem se articulado com a Atenção Primária à Saúde para fortalecer o manejo dos usuários em cuidados paliativos no território. Método: Trata-se de estudo exploratório, de abordagem qualitativa, guiado pelo checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research. A pesquisa foi realizada em uma Clínica da Família situada em território de elevada vulnerabilidade social, considerada unidade de referência local pela abrangência assistencial, inserção territorial e papel na formação de profissionais de saúde. A amostra foi de conveniência e composta por 17 profissionais de saúde de nível superior atuantes em equipes de Saúde da Família, sendo incluídos participantes maiores de 18 anos e em atividade no serviço durante o período da coleta. Foram excluídos profissionais afastados por questões de saúde, gestação ou férias. A coleta de dados ocorreu presencialmente, entre novembro de 2024 e abril de 2025, em sala reservada disponibilizada pela unidade, com garantia de privacidade, confidencialidade e liberdade para recusa ou desistência em qualquer etapa. Foram utilizados dois

instrumentos: uma ficha de caracterização do profissional de saúde, voltada à coleta de dados sociodemográficos, educacionais e profissionais; e um roteiro de entrevista semiestruturado, composto por perguntas abertas sobre compreensão dos cuidados paliativos, identificação de casos elegíveis, entendimento sobre Comunidade Compassiva, encaminhamento de pacientes e percepção sobre o apoio recebido. As entrevistas tiveram duração entre 15 e 25 minutos, foram gravadas em áudio, transcritas e revisadas. Os dados textuais foram processados pelo software IRaMuTeQ, versão 0.7 alpha 2. As transcrições foram reunidas em corpus único, em formato .txt, com padronização ortográfica, anonimização e preparação conforme exigências do software. A análise combinou procedimentos lexicométricos e interpretação qualitativa. Inicialmente, realizou-se análise lexicográfica e Classificação Hierárquica Descendente, com segmentação em Unidades de Contexto Elementar. Na etapa interpretativa, os resultados lexicométricos foram integrados à análise de conteúdo convencional, conforme abordagem indutiva. As classes geradas pelo software foram tratadas como referências lexicais, e não como categorias finais. As categorias empíricas foram construídas após leitura interpretativa sistemática dos segmentos de texto, comparação entre excertos, identificação de convergências e divergências e discussão entre pesquisadoras. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando as normas nacionais para pesquisas com seres humanos. Resultados: A amostra foi composta por 17 participantes, majoritariamente do sexo feminino, com idade inferior a 30 anos e autodeclarados brancos. Em relação à categoria profissional, 53% eram enfermeiros e 47% médicos. A maioria possuía pelo menos dois anos de experiência na Atenção Primária à Saúde, e todos declararam não possuir formação específica em cuidados paliativos. O corpus textual produziu 179 segmentos de texto, dos quais 161 foram analisados, com aproveitamento de 89,94%. Foram identificadas 1.417 formas, 6.538 ocorrências, 724 formas ativas e 80 formas suplementares. A Classificação Hierárquica Descendente resultou em sete classes, organizadas em dois grandes blocos interpretativos. O primeiro, denominado “Articulação territorial entre Atenção Primária e Comunidade Compassiva: fluxos, lacunas e suporte compartilhado”, reuniu cinco categorias empíricas. O segundo,

“Concepções de cuidados paliativos e identificação de elegibilidade”, reuniu duas categorias. A primeira categoria, “A invisibilidade dos caminhos: dificuldades de encaminhamento e integração com a Comunidade Compassiva”, evidenciou a ausência de fluxos formais, canais de comunicação eficazes e protocolos claros para encaminhamento de pacientes, dificultando a integração entre os serviços. A segunda, “O papel estratégico da Comunidade Compassiva no suprimento das lacunas no cuidado”, destacou que o projeto é percebido como apoio relevante diante das limitações dos serviços formais, especialmente pela oferta de insumos, medicamentos, infraestrutura e suporte profissional. A terceira categoria, “O fluxo de trabalho entre a Atenção Primária e a Comunidade Compassiva”, descreveu um percurso assistencial ainda pouco estruturado, iniciado pela identificação de casos elegíveis, muitas vezes mediada pelos agentes comunitários de saúde, seguido por encaminhamento, visitas domiciliares, oferta de insumos e orientações. Contudo, a falta de retorno sistemático e de protocolos padronizados fragiliza a continuidade do cuidado. A quarta categoria, “Atenuando a complexidade: a percepção dos profissionais sobre o papel suplementar da Comunidade Compassiva”, revelou que os profissionais reconhecem a Comunidade Compassiva como recurso complementar diante da sobrecarga da Atenção Primária e da complexidade das demandas dos pacientes. A quinta, “Atenção Primária e Comunidade Compassiva: mapeamento territorial”, evidenciou a importância da troca de conhecimentos e do papel dos agentes comunitários de saúde como elo entre equipe, território e identificação de necessidades. A sexta categoria, “Cuidados Paliativos: percepções e compreensões de profissionais de saúde”, demonstrou que os participantes reconhecem os cuidados paliativos como abordagem voltada ao conforto, à qualidade de vida, ao cuidado ampliado e ao suporte a pacientes e familiares, sem restringi-los ao contexto oncológico ou ao fim de vida. A sétima categoria, “A elegibilidade aos cuidados paliativos: lacunas e desafios”, revelou que a identificação de pacientes elegíveis ocorre principalmente por meio do vínculo, das consultas e da captação pelos agentes comunitários de saúde. Entretanto, a ausência de ferramentas, protocolos e critérios padronizados foi apontada como obstáculo importante para a organização do plano terapêutico. Em síntese, os achados evidenciam que a Comunidade Compassiva é percebida como dispositivo territorial estratégico,

capaz de ampliar a capacidade de resposta da Atenção Primária, suprir lacunas assistenciais e favorecer práticas de cuidado compartilhado. Conclusão: A pesquisa evidenciou que a integração entre Comunidade Compassiva e Atenção Primária à Saúde ainda se configura como processo em construção, atravessado por desafios estruturais, formativos e organizacionais. Embora os profissionais reconheçam a importância dos cuidados paliativos e identifiquem a Comunidade Compassiva como parceira relevante no território, a articulação entre os serviços permanece frágil, especialmente pela ausência de comunicação sistemática, fluxos formais, protocolos de encaminhamento e formação continuada. Os resultados indicam que a Comunidade Compassiva exerce papel complementar aos cuidados ofertados pela Atenção Primária, contribuindo para o manejo compartilhado de casos, a identificação de necessidades paliativas, o suporte material e psicossocial e a aproximação entre cuidado formal e redes comunitárias. No entanto, sua potência não deve ser compreendida como substituição das responsabilidades do Estado ou dos serviços públicos de saúde, mas como possibilidade de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde quando articulada a mecanismos claros de governança, corresponsabilização e sustentabilidade. Conclui-se que a institucionalização de diretrizes de integração, a capacitação dos profissionais, a definição de critérios de elegibilidade e a construção de fluxos assistenciais entre Atenção Primária e Comunidade Compassiva são condições fundamentais para ampliar o acesso, a continuidade e a qualidade dos cuidados paliativos no território. Estudos futuros devem ampliar a investigação para outros contextos, incluir perspectivas de pacientes, familiares, agentes comunitários, técnicos de enfermagem e gestores, além de incorporar indicadores quantitativos capazes de avaliar os impactos clínicos, sociais, organizacionais e econômicos dessa articulação.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidade Social.

Referências

AOUN, S. M.; BEAR, N.; RUMBOLD, B. The compassionate communities connectors program: effect on healthcare usage. *Palliative Care & Social Practice*, p. 1–11, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Cuidados Paliativos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

HOWARD, M. et al. Achieving holistic, quality-of-life focused care: description of a Compassion Care Community initiative in Canada. *Health Promotion International*, v. 37, n. 3, 2022.

MESQUITA, M. G. R. et al. Slum compassionate community: expanding access to palliative care in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, e20220432, 2023.

ROLSTON, C.; SHAW, R.; WEST, K. Compassionate communities interventions: a scoping review. *Annals of Palliative Medicine*, v. 12, n. 5, p. 936–950, 2023.

Comunidades compasivas y atención primaria en el cuidado paliativo territorial

Introducción: Los cuidados paliativos han ampliado su alcance en las últimas décadas, dejando de ser entendidos únicamente como atención al final de la vida para consolidarse como un enfoque orientado a la prevención y alivio del sufrimiento físico, psicosocial y espiritual de personas con enfermedades que amenazan la vida y de sus familias. A pesar de este avance conceptual, su oferta sigue siendo limitada y concentrada en servicios de mediana y alta complejidad, lo que dificulta el acceso de poblaciones socialmente vulnerabilizadas. La Atención Primaria de Salud constituye un espacio estratégico para la implementación de los cuidados paliativos, debido a su capilaridad territorial, al vínculo longitudinal con usuarios y familias, a su

capacidad de identificación temprana de necesidades y a su potencial para coordinar el cuidado en la Red de Atención a la Salud. Sin embargo, su implementación todavía enfrenta barreras relevantes, como brechas en la formación profesional, insuficiencia de recursos, ausencia de protocolos y fragilidad de los flujos asistenciales. En este contexto, las Comunidades Compasivas surgen como iniciativas de participación social que buscan movilizar redes comunitarias, voluntarios, profesionales de la salud, familias y actores territoriales para ampliar el apoyo a personas en situación de sufrimiento, especialmente en contextos donde los servicios formales no logran responder plenamente a las demandas sociales y sanitarias. La experiencia analizada en esta disertación se sitúa en la intersección entre Atención Primaria de Salud, cuidados paliativos y Comunidad Compasiva, buscando comprender cómo los profesionales de una Clínica de la Familia perciben esta articulación en el manejo de usuarios con necesidades paliativas. Objetivo: El estudio tuvo como objetivo comprender la percepción de los profesionales sobre la articulación de la Comunidad Compasiva con la Atención Primaria de Salud para fortalecer el manejo de usuarios en cuidados paliativos en el territorio. Método: Se trata de un estudio exploratorio con enfoque cualitativo, guiado por la lista de verificación Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research. La investigación se realizó en una Clínica de la Familia ubicada en un territorio de alta vulnerabilidad social, considerada unidad de referencia local por su cobertura asistencial, inserción territorial y papel en la formación de profesionales de la salud. La muestra fue de conveniencia y estuvo compuesta por 17 profesionales de la salud con formación universitaria que integraban equipos de Salud de la Familia. Se incluyeron participantes mayores de 18 años y en actividad en el servicio durante el período de recolección de datos. Se excluyeron los profesionales ausentes por motivos de salud, embarazo o vacaciones. La recolección de datos se realizó de manera presencial entre noviembre de 2024 y abril de 2025, en una sala reservada proporcionada por la unidad, garantizando privacidad, confidencialidad y libertad para rechazar o abandonar la participación en cualquier etapa. Se utilizaron dos instrumentos: una ficha de caracterización del profesional de la salud, destinada a recopilar datos sociodemográficos, educativos y profesionales; y una guía de entrevista semiestructurada, compuesta por preguntas abiertas sobre la comprensión de

los cuidados paliativos, la identificación de casos elegibles, el conocimiento sobre Comunidad Compasiva, el encaminamiento de pacientes y la percepción del apoyo recibido. Las entrevistas duraron entre 15 y 25 minutos, fueron grabadas en audio, transcritas y revisadas. Los datos textuales se procesaron mediante el software IRaMuTeQ, versión 0.7 alpha 2. Las transcripciones se reunieron en un corpus único, en formato .txt, con estandarización ortográfica, anonimización y preparación conforme a los requisitos del software. El análisis combinó procedimientos lexicométricos e interpretación cualitativa. Inicialmente, se realizó análisis lexicográfico y Clasificación Jerárquica Descendente, con segmentación en Unidades de Contexto Elemental. En la etapa interpretativa, los resultados lexicométricos se integraron al análisis de contenido convencional, conforme a un enfoque inductivo. Las clases generadas por el software se trataron como referencias léxicas, no como categorías finales. Las categorías empíricas se construyeron tras una lectura interpretativa sistemática de los segmentos de texto, la comparación entre fragmentos, la identificación de convergencias y divergencias, y la discusión entre investigadoras. La investigación fue aprobada por los Comités de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery y de la Secretaría Municipal de Salud, respetando las normas nacionales para investigaciones con seres humanos. Resultados: La muestra estuvo compuesta por 17 participantes, en su mayoría mujeres, menores de 30 años y autodeclaradas blancas. En cuanto a la categoría profesional, el 53 % eran enfermeros y el 47 % médicos. La mayoría tenía al menos dos años de experiencia en Atención Primaria de Salud, y todos declararon no tener formación específica en cuidados paliativos. El corpus textual produjo 179 segmentos, de los cuales 161 fueron analizados, con un aprovechamiento del 89,94 %. Se identificaron 1.417 formas, 6.538 ocurrencias, 724 formas activas y 80 formas suplementarias. La Clasificación Jerárquica Descendente resultó en siete clases, organizadas en dos grandes bloques interpretativos. El primero, denominado “Articulación territorial entre Atención Primaria y Comunidad Compasiva: flujos, brechas y apoyo compartido”, reunió cinco categorías empíricas. El segundo, “Concepciones de cuidados paliativos e identificación de elegibilidad”, reunió dos categorías. La primera categoría, “La invisibilidad de los caminos: dificultades de encaminamiento e integración con la Comunidad Compasiva”, evidenció la ausencia de flujos formales, canales

eficaces de comunicación y protocolos claros para el encaminamiento de pacientes, lo que dificulta la integración entre los servicios. La segunda, “El papel estratégico de la Comunidad Compasiva en la reducción de las brechas del cuidado”, destacó que el proyecto es percibido como un apoyo relevante ante las limitaciones de los servicios formales, especialmente mediante la provisión de insumos, medicamentos, infraestructura y apoyo profesional. La tercera categoría, “El flujo de trabajo entre la Atención Primaria y la Comunidad Compasiva”, describió un recorrido asistencial aún poco estructurado, iniciado por la identificación de casos elegibles, muchas veces mediada por los agentes comunitarios de salud, seguido por el encaminamiento, las visitas domiciliarias, la oferta de insumos y las orientaciones. Sin embargo, la falta de devolución sistemática y de protocolos estandarizados debilita la continuidad del cuidado. La cuarta categoría, “Atenuando la complejidad: la percepción de los profesionales sobre el papel suplementario de la Comunidad Compasiva”, reveló que los profesionales reconocen a la Comunidad Compasiva como un recurso complementario ante la sobrecarga de la Atención Primaria y la complejidad de las demandas de los pacientes. La quinta, “Atención Primaria y Comunidad Compasiva: mapeo territorial”, evidenció la importancia del intercambio de conocimientos y del papel de los agentes comunitarios de salud como vínculo entre el equipo, el territorio y la identificación de necesidades. La sexta categoría, “Cuidados paliativos: percepciones y comprensiones de los profesionales de salud”, mostró que los participantes reconocen los cuidados paliativos como un enfoque orientado al confort, la calidad de vida, el cuidado ampliado y el apoyo a pacientes y familias, sin restringirlos al contexto oncológico o al final de la vida. La séptima categoría, “La elegibilidad para los cuidados paliativos: brechas y desafíos”, reveló que la identificación de pacientes elegibles ocurre principalmente por medio del vínculo, las consultas y la captación realizada por los agentes comunitarios de salud. No obstante, la ausencia de herramientas, protocolos y criterios estandarizados fue señalada como un obstáculo importante para la organización del plan terapéutico. En síntesis, los hallazgos evidencian que la Comunidad Compasiva es percibida como un dispositivo territorial estratégico, capaz de ampliar la capacidad de respuesta de la Atención Primaria, reducir brechas asistenciales y favorecer prácticas de cuidado compartido. Conclusión: La investigación evidenció que la

integración entre la Comunidad Compasiva y la Atención Primaria de Salud aún es un proceso en desarrollo, atravesado por desafíos estructurales, formativos y organizacionales. Aunque los profesionales reconocen la importancia de los cuidados paliativos e identifican a la Comunidad Compasiva como una aliada relevante en el territorio, la articulación entre los servicios sigue siendo frágil, especialmente por la falta de comunicación sistemática, flujos formales, protocolos de derivación y formación continua. Los resultados indican que la Comunidad Compasiva cumple un papel complementario a los cuidados ofrecidos por la Atención Primaria, contribuyendo al manejo compartido de casos, la identificación de necesidades paliativas, el apoyo material y psicosocial, y la aproximación entre el cuidado formal y las redes comunitarias. Sin embargo, su potencial no debe entenderse como sustitución de las responsabilidades del Estado o de los servicios públicos de salud, sino como una oportunidad para fortalecer la Red de Atención a la Salud cuando se articula con mecanismos claros de gobernanza, corresponsabilidad y sostenibilidad. Se concluye que la institucionalización de directrices de integración, la capacitación de los profesionales, la definición de criterios de elegibilidad y la construcción de flujos asistenciales entre la Atención Primaria y la Comunidad Compasiva son condiciones fundamentales para ampliar el acceso, la continuidad y la calidad de los cuidados paliativos en el territorio. Futuros estudios deberán ampliar la investigación a otros contextos, incluir las perspectivas de pacientes, familiares, agentes comunitarios, técnicos de enfermería y gestores, además de incorporar indicadores cuantitativos que permitan evaluar los impactos clínicos, sociales, organizacionales y económicos de esta articulación.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Atención Primaria de Salud; Vulnerabilidad Social.

Referencias

AOUN, S. M.; BEAR, N.; RUMBOLD, B. The compassionate communities connectors program: effect on healthcare usage. *Palliative Care & Social Practice*, p. 1–11, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Cuidados Paliativos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

HOWARD, M. et al. Achieving holistic, quality-of-life focused care: description of a Compassion Care Community initiative in Canada. *Health Promotion International*, v. 37, n. 3, 2022.

MESQUITA, M. G. R. et al. Slum compassionate community: expanding access to palliative care in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, e20220432, 2023.

ROLSTON, C.; SHAW, R.; WEST, K. Compassionate communities interventions: a scoping review. *Annals of Palliative Medicine*, v. 12, n. 5, p. 936–950, 2023.

Compassionate communities and primary care in territorial palliative care

Introduction: Palliative care has expanded its scope in recent decades, moving beyond a focus limited to end-of-life care and becoming established as an approach aimed at preventing and relieving the physical, psychosocial, and spiritual suffering of people with life-threatening illnesses and their families. Despite this conceptual progress, its provision remains limited and concentrated in secondary and tertiary care services, restricting access for socially vulnerable populations. Primary Health Care is a strategic setting for implementing palliative care due to its territorial reach, longitudinal relationships with users and families, capacity for early identification of needs, and potential to coordinate care within the Health Care Network. However, its implementation still faces significant

barriers, including gaps in professional training, insufficient resources, lack of protocols, and weak care pathways. In this context, Compassionate Communities have emerged as social engagement initiatives that mobilize community networks, volunteers, health professionals, families, and local actors to expand support for people experiencing suffering, especially where formal services cannot fully meet social and health needs. The experience analyzed is situated at the intersection of Primary Health Care, palliative care, and a Compassionate Community, seeking to understand how professionals from a Family Health Clinic perceive this collaboration in managing users with palliative care needs. Objective: The study aimed to understand professionals' perceptions of how the Compassionate Community has been integrated with Primary Health Care to strengthen the management of users receiving palliative care in the territory. Method: This exploratory qualitative study was guided by the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research checklist. The study took place in a Family Health Clinic located in an area of high social vulnerability, recognized as a local reference unit due to its care coverage, territorial embeddedness, and role in health professional training. Convenience sampling was used, and the sample included 17 higher education health professionals working in Family Health teams. Participants were eligible if they were over 18 years old and actively working in the service during data collection. Professionals on sick leave, maternity leave, or vacation were excluded. Data collection was conducted in person between November 2024 and April 2025, in a private room provided by the health unit to ensure privacy, confidentiality, and the freedom to refuse or withdraw at any stage. Two instruments were used: a health professional characterization form to collect sociodemographic, educational, and professional data, and a semi-structured interview guide with open-ended questions addressing understanding of palliative care, identification of eligible cases, understanding of Compassionate Communities, patient referral, and perceptions of support received. The interviews lasted 15 to 25 minutes, were audio-recorded, transcribed, and reviewed. The textual data were processed using IRaMuTeQ software, version 0.7 alpha 2. Transcripts were compiled into a single .txt corpus, with orthographic standardization, anonymization, and preparation according to software requirements. The analysis combined lexicometric procedures and qualitative interpretation.

Initially, lexicographic analysis and Descending Hierarchical Classification were performed, segmenting into Elementary Context Units. In the interpretive stage, lexicometric results were integrated with conventional content analysis using an inductive approach. The classes generated by the software were treated as lexical references rather than final categories. Empirical categories were constructed after systematic interpretive reading of text segments, comparison of excerpts, identification of convergences and divergences, and discussion among researchers. The study was approved by the Research Ethics Committees of the Anna Nery School of Nursing and the Municipal Health Department, in accordance with national regulations for research involving human participants. Results: The sample included 17 participants, primarily female, under 30 years old, and self-identified as White. In terms of professional category, 53% were nurses and 47% were physicians. Most had at least two years of experience in Primary Health Care, and all reported no specific training in palliative care. The textual corpus produced 179 text segments, of which 161 were analyzed, resulting in a retention rate of 89.94%. A total of 1,417 forms, 6,538 occurrences, 724 active forms, and 80 supplementary forms were identified. Descending Hierarchical Classification yielded seven classes, organized into two main interpretive blocks. The first, “Territorial articulation between Primary Health Care and the Compassionate Community: pathways, gaps, and shared support,” comprised five empirical categories. The second, “Conceptions of palliative care and identification of eligibility,” comprised two categories. The first category, “The invisibility of pathways: difficulties in referral and integration with the Compassionate Community,” revealed a lack of formal pathways, effective communication channels, and clear protocols for patient referral, which hinders integration between services. The second, “The strategic role of the Compassionate Community in addressing care gaps,” highlighted that the project is seen as relevant support given the limitations of formal services, particularly through the provision of supplies, medications, infrastructure, and professional support. The third category, “The workflow between Primary Health Care and the Compassionate Community,” described a care pathway that remains poorly structured, beginning with the identification of eligible cases – often mediated by community health workers – followed by referral, home visits, provision of supplies, and guidance. However, the lack of systematic feedback

and standardized protocols weakens continuity of care. The fourth category, “Mitigating complexity: professionals’ perceptions of the supplementary role of the Compassionate Community,” showed that professionals view the Compassionate Community as a complementary resource in response to Primary Health Care overload and the complexity of patients’ needs. The fifth, “Primary Health Care and the Compassionate Community: territorial mapping,” emphasized the importance of knowledge exchange and the role of community health workers as a link between the team, the territory, and the identification of needs. The sixth category, “Palliative care: perceptions and understandings among health professionals,” showed that participants recognize palliative care as an approach focused on comfort, quality of life, expanded care, and support for patients and families, without limiting it to oncology or end-of-life care. The seventh category, “Eligibility for palliative care: gaps and challenges,” revealed that identifying eligible patients occurs mainly through professional–user relationships, consultations, and case identification by community health workers. However, the absence of tools, protocols, and standardized criteria was identified as a significant obstacle to organizing therapeutic care plans. Overall, the findings indicate that the Compassionate Community is seen as a strategic territorial resource capable of expanding the response capacity of Primary Health Care, addressing care gaps, and fostering shared care practices. Conclusion: The study showed that integration between the Compassionate Community and Primary Health Care is still in development, shaped by structural, training-related, and organizational challenges. Although professionals recognize the importance of palliative care and identify the Compassionate Community as a relevant partner in the area, coordination between services remains weak, particularly due to the lack of systematic communication, formal pathways, referral protocols, and continuing education. The results indicate that the Compassionate Community plays a complementary role to the care provided by Primary Health Care, contributing to shared case management, identification of palliative care needs, material and psychosocial support, and closer connections between formal care and community networks. However, its potential should not be seen as a substitute for the responsibilities of the State or public health services, but rather as an opportunity to strengthen the Health Care Network when linked to clear mechanisms of governance,

shared responsibility, and sustainability. The study concludes that institutionalizing integration guidelines, providing professional training, defining eligibility criteria, and developing care pathways between Primary Health Care and the Compassionate Community are essential for expanding access, continuity, and quality of palliative care in the area. Future studies should expand the investigation to other contexts, include the perspectives of patients, family members, community health workers, nursing technicians, and managers, and incorporate quantitative indicators to assess the clinical, social, organizational, and economic impacts of this coordination.

Keywords: Palliative Care; Primary Health Care; Social Vulnerability.

References

AOUN, S. M.; BEAR, N.; RUMBOLD, B. The compassionate communities connectors program: effect on healthcare usage. *Palliative Care & Social Practice*, p. 1–11, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Cuidados Paliativos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

HOWARD, M. et al. Achieving holistic, quality-of-life focused care: description of a Compassion Care Community initiative in Canada. *Health Promotion International*, v. 37, n. 3, 2022.

MESQUITA, M. G. R. et al. Slum compassionate community: expanding access to palliative care in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, e20220432, 2023.

ROLSTON, C.; SHAW, R.; WEST, K. Compassionate communities interventions: a scoping review. *Annals of Palliative Medicine*, v. 12, n. 5, p. 936–950, 2023.

Palavras-chave: cuidados paliativos; atenção primária à saúde; vulnerabilidade social /cuidados paliativos; atención primaria de salud; vulnerabilidad social / palliative care; primary health care; social vulnerability.