**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA VIDA**

ÁGATA BRUNO DE OLIVEIRA E CLAUDIA REGINA DA COSTA MEDEIROS.

**PRÁXIS FARMACÊUTICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

GOIÂNIA-GO

2025/1

ÁGATA BRUNO DE OLIVEIRA E CLAUDIA REGINA DA COSTA MEDEIROS.

**PRÁXIS FARMACÊUTICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina TCC 2 como instrumento de avaliação para obtenção de nota da referida disciplina.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Ana Lúcia Teixeira de Carvalho Zampieri.

GOIÂNIA-GO

2025/1

ÁGATA BRUNO DE OLIVEIRA E CLAUDIA REGINA DA COSTA MEDEIROS.

**PRÁXIS FARMACÊUTICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina TCC 2 como instrumento de avaliação para obtenção de nota da referida disciplina.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Ana Lúcia Teixeira de Carvalho Zampieri.

Data de aprovação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador(a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Examinador(a) 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Examinador(a) 2

Ao paciente João Sardinha da Costa, que recebeu cuidados paliativos. À minha eterna perda! Meu pai (In Memoriam). A toda a equipe multiprofissional que cuidou dele no Hospital Governador Otávio Lage de Siqueira, em Goiânia-GO.

**AGRADECIMENTOS**

Ao Deus Eterno, dono da vida e fonte inesgotável. A Ele todo o meu louvor e gratidão! Ele me sustentou ao longo dessa jornada com a sua graça; concedeu-me forças e direção, conduziu-me ao propósito para o qual fui designada. Agradeço ao meu esposo, Aneir Medeiros, pelo incentivo, apoio, companheirismo, compreensão e, principalmente, pelas orações que me fortaleceram a cada passo até aqui. Muito obrigada! Sem a sua ajuda, tudo teria sido mais difícil.

Aos meus filhos Mariana Medeiros, Arthur Eduardo Medeiros, e ao meu genro Vitor Assunção pelo incentivo e apoio. Amo vocês! Agradeço em especial a minha mãezinha, pelas orações e amor. O meu sucesso é seu também. Amo-te, mãe! Aos meus irmãos em Cristo pelas constantes orações. A toda a minha família, em especial a minha irmã Carmem Sílvia, que sempre me apoiou, incentivou e acreditou no meu potencial. Aos meus irmãos, cunhadas (os), sogra Ana, João Lourenço e sobrinhas (os), pelas palavras de encorajamento.

Ao meu pai (In Memoriam), meu guerreiro, meu amor eterno. Sua voz ainda ecoa dentro de mim, dizendo: “É isso aí, minha filha, nós vamos chegar lá!” Suas palavras sempre me motivaram, fortaleceram e fizeram persistir na caminhada para realizar os meus sonhos. Consegui pai! Sua história, sua coragem e dignidade até o último dia de vida, sua força diante da dor, a serenidade com a qual enfrentou os momentos difíceis e o amor com que foi cuidado até a sua partida, tocaram-me profundamente. Para sempre o meu amor!

Agradeço a todos os professores que fizeram parte da minha trajetória acadêmica. Cada aula ministrada, orientação e palavra de incentivo contribuíram significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional. Levo comigo não apenas o conteúdo aprendido, mas também os valores e inspirações que cada um despertou em mim.

Agradeço imensamente à professora e amiga, Dra. Ana Lúcia Teixeira de C. Zampieri, por sua orientação, paciência e dedicação ao longo de todo o desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso. Sua experiência, incentivo e contribuições foram essenciais para a realização deste projeto. Sou grata por todo o conhecimento compartilhado e pela forma cuidadosa com que acompanhou cada etapa do processo. Sua orientação fez toda a diferença na minha formação acadêmica e para a vida.

Agradeço à minha amiga Ágata Bruno, por ter caminhado comigo durante toda a jornada do Trabalho de Conclusão de Curso. Sua dedicação, companheirismo e força foram fundamentais para que conseguíssemos alcançar esse objetivo juntas. Obrigada por não desistir nos momentos difíceis e por tornar esse processo mais leve e significativo. Levo comigo não só o aprendizado acadêmico, mas também a certeza de que amizades verdadeiras fortalecem qualquer caminhada. Não somente na elaboração deste trabalho, mas ao longo da graduação, pude contar com o seu carinho e cuidado. Obrigada, minha amiga e irmã!

Agradeço a todos os colegas do curso de Farmácia que estudaram comigo do segundo semestre de 2020 até 2025. Vocês enriqueceram minha formação acadêmica e contribuíram de alguma forma, para tornar essa experiência mais leve, rica e inesquecível.

O que dizer aos “Farmas Tops”: Cynthya Sousa Dias, Letícia Morais do Vale, Mateus Xavier de Godoy Souza, Matheus Segato e Otávio Augusto. Vocês são demais! Obrigada pelo incentivo, apoio, companheirismo e respeito. Vocês me ensinam muito! Minha eterna gratidão aos amigos que levarei do lado esquerdo do peito. Amigos para sempre!

Cláudia Regina Medeiros.

**AGRADECIMENTOS**

Gostaria de iniciar meus agradecimentos dedicando toda Honra e Glória ao Deus que me sustentou em suas mãos durantes esses últimos 5 anos, o Senhor tem sido um grande Pai e confidente, sempre com os melhores conselhos me direcionou e me moldou de acordo com a sua vontade, vivi anos de muitos testemunhos e milagres durante minha graduação, milagre desde meu ingresso na universidade com bolsa de 100% pelo ProUni até minha finalização e com esse trabalho que traz a importância de encerrar os ciclos da vida e viver todas as fases com dignidade e máximo aproveitamento e foi assim que experenciei minha graduação.

Agradeço a minha mãe, Simone, que não poupou esforços durante esses 5 anos e me impulsionou todos os dias, graças a ela me encontrei na graduação no curso de farmácia, e como eu amo minha profissão. Sinto orgulho imenso e gratidão de ter tido a senhora comigo nessa jornada, minha melhor amiga, incentivadora e apoiadora, essa conquista é nossa. Agradeço ao meu Pai, Marcos, que sempre me deu o apoio necessário para que eu vivesse essa jornada, confiando a mim o seu carro para que eu fizesse meu percurso em segurança e com conforto, sua linguagem de amor é zelo e providência e sou grata por isso. Aos meus avós quero agradecer o apoio e incentivo que me proporcionaram.

Nessa jornada fui muito agraciada em ter pessoas incríveis para caminhar ao meu lado, ouvindo meus desabafos e intercedendo por mim, agradeço os meus Pastores, Pra. Rosana e Pr. Rodrigo suas intercessões foram essenciais. Agradeço aos integrantes da minha equipe de louvor, Som do Avivamento, que em nossos ensaios com risos tornaram minha jornada mais leve, amo todos vocês.

Aos meus colegas e amigos da graduação quero evidenciar com minhas palavras o quanto vocês marcaram minha vida, para sempre vou levá-los comigo, como é bom vê-los florescendo como profissionais, me alegro com as suas conquistas como sei que se alegram com as minhas, afinal estamos juntos nessa caminhada. Agradeço ao corpo docente da PUC que transmitiram conhecimento com muita dedicação e esmero, em especial a Dra. Ana Lúcia Teixeira de C. Zampieri, que além de ensinar sempre se preocupou com os alunos e com seus abraços quentes, acolhedores e maternais nos deu forças em nossas jornadas.

A minha dupla, colega e amiga Cláudia Regina meus sinceros agradecimentos, sempre falamos o quão significativo foi encerrarmos juntas nossa jornada, desde o início da graduação caminhamos juntas, e criamos um vínculo que é para além da jornada acadêmica, obrigada por me inspirar e incentivar com suas palavras. Sua força e perseverança te destacam em meio a multidão. Nossa união traz veracidade para uma frase que sempre ouvi na minha jornada cristã: “Deus une propósitos” e tenho certeza de que Deus uniu nossos propósitos e orações durante esses 5 anos, parabéns minha amiga!

Ágata Bruno de Oliveira.

**RESUMO**

Este trabalho tem como objetivo explorar a atuação do profissional farmacêutico nos cuidados paliativos, destacando sua importância clínica na promoção da qualidade de vida de pacientes em situação de terminalidade. Por meio de uma revisão bibliográfica exploratória foram analisados conceitos fundamentais, evolução histórica, políticas públicas, protocolos farmacoterapêuticos e experiências exitosas da prática farmacêutica no contexto dos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos têm como propósito aliviar o sofrimento de pessoas com doenças terminais que ameaçam a continuidade da vida, através de uma abordagem multidimensional que envolve aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), Portaria Gm/Ms Nº 3.681, de 7 de maio de 2024, representa um avanço significativo ao implementar os cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, com o objetivo de ampliação da oferta dos cuidados paliativos. Os avanços garantem o aumento de equipes multiprofissionais que atendem os pacientes e incluem profissionais de diversas áreas a fim de promover um cuidado multidimensional. No entanto, a inclusão efetiva do farmacêutico ainda é condicionada a necessidade e disponibilidade local, o que pode limitar sua participação plena nas ações de cuidado. A atuação farmacêutica em cuidados paliativos vai além da simples dispensação de medicamentos, abrangendo o acompanhamento clínico do paciente, avaliação da farmacoterapia, prevenção de interações medicamentosas e reações adversas, além de ajustes individualizados nos esquemas terapêuticos. A gestão racional de medicamentos, especialmente de opioides, é um dos pilares da prática farmacêutica paliativa, sendo essencial para o controle eficaz da dor e de outros sintomas que afetam a qualidade de vida dos pacientes. Ainda assim, o uso de opioides enfrenta barreiras regulatórias e sociais, como o receio de dependência e o estigma associado a essas substâncias, exigindo do farmacêutico sensibilidade, conhecimento técnico e atuação educativa junto à equipe, ao paciente e seus familiares. O estudo também aborda a importância da formação específica do farmacêutico para atuação em cuidados paliativos, destacando a necessidade de capacitação em aspectos clínicos, éticos e humanitários. A presença do farmacêutico em equipes paliativas contribui diretamente para a segurança do paciente, a personalização do tratamento e o fortalecimento da assistência centrada na pessoa. Experiências exitosas em instituições como o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e iniciativas regionais, como o projeto Goiânia Compassiva, evidenciam o impacto positivo da inserção qualificada do farmacêutico no cuidado paliativo. Conclui-se que o fortalecimento da práxis farmacêutica em cuidados paliativos requer políticas públicas inclusivas, investimentos em formação profissional e o reconhecimento do papel do farmacêutico como agente terapêutico e humano essencial no alívio do sofrimento e promoção da dignidade no processo de morrer.

Palavras-chaves: cuidados paliativos, assistência farmacêutica, medicina paliativa e opioides.

**ABSTRACT**

The aim of this paper is to explore the role of pharmacists in palliative care, highlighting their clinical importance in promoting quality of life for patients facing the end of life. An exploratory literature review analyzed fundamental concepts, historical evolution, public policies, pharmacotherapeutic protocols and successful experiences of pharmaceutical practice in the context of palliative care. The purpose of palliative care is to relieve the suffering of people with terminal illnesses that threaten the continuity of life, through a multidimensional approach that involves physical, emotional, social and spiritual aspects. The National Palliative Care Policy (PNCP), Ordinance GM/Ms Nº. 3,681, of May 7, 2024, represents a significant step forward in implementing palliative care within the scope of the Unified Health System (SUS), by amending Ordinance GM/MS Nº. 2, of September 28, 2017, with the aim of expanding the provision of palliative care. These advances guarantee an increase in the number of multi-professional teams that care for patients and include professionals from different areas in order to promote multidimensional care. However, the effective inclusion of pharmacists is still subject to local need and availability, which can limit their full participation in care actions. The role of pharmacists in palliative care goes beyond the simple dispensing of medicines, encompassing clinical monitoring of the patient, evaluation of pharmacotherapy, prevention of drug interactions and adverse reactions, as well as individualized adjustments to therapeutic regimens. The rational management of medicines, especially opioids, is one of the pillars of palliative pharmaceutical practice and is essential for the effective control of pain and other symptoms that affect patients' quality of life. Even so, the use of opioids faces regulatory and social barriers, such as the fear of addiction and the stigma associated with these substances, requiring the pharmacist to be sensitive, have technical knowledge and act in an educational capacity with the team, the patient and their family. The study also addresses the importance of specific training for pharmacists to work in palliative care, highlighting the need for training in clinical, ethical and humanitarian aspects. The presence of pharmacists in palliative care teams contributes directly to patient safety, the personalization of treatment and the strengthening of person-centred care. Successful experiences in institutions such as the National Cancer Institute (INCA) and regional initiatives such as the Goiânia Compassiva project show the positive impact of the qualified inclusion of pharmacists in palliative care. The conclusion is that strengthening pharmaceutical praxis in palliative care requires inclusive public policies, investment in professional training and recognition of the pharmacist's role as an essential therapeutic and human agent in relieving suffering and promoting dignity in the dying process.

Keywords: palliative care, pharmaceutical assistance, palliative medicine and opioids.

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABPC – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

ASHP – American Society of Health-System Pharmacists

CaSAPS – Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde

CP – Cuidados Paliativos

CRF-BA – Conselho Regional de Farmácia da Bahia

EACP – Equipe Assistencial em Cuidados Paliativos

EMCP – Equipe Matricial em Cuidados Paliativos

ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

ESF – Equipe de Saúde da Família

FCFRP/USP – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

HC IV – Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer

HC-UFG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

HGESF – Hospital Geral Ernesto Simões Filho

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

PMAE – Programa Mais Acesso a Especialistas

PNAES – Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde

PNCP – Política Nacional de Cuidados Paliativos

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SUPREMA – Grupo de Suporte Paliativo de Referência Multidisciplinar

SUS – Sistema Único de Saúde

UFS – Universidade Federal de Sergipe

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

USP – Universidade de São Paulo

**SUMÁRIO**

[1. INTRODUÇÃO 16](#_Toc201586526)

[2. METODOLOGIA 18](#_Toc201586527)

[3. DESENVOLVIMENTO 19](#_Toc201586528)

[3.1 Definições 19](#_Toc201586529)

[3.2 Histórico 20](#_Toc201586530)

[3.3 Cuidados paliativos no mundo 21](#_Toc201586531)

[3.4 Cuidados Paliativos no Brasil 23](#_Toc201586532)

[3.5 Comunidades compassivas 24](#_Toc201586533)

[3.6 Cuidados Paliativos Nos Níveis Da Rede de Atenção À Saúde 26](#_Toc201586534)

[3.7 Política Nacional de Cuidados Paliativos 27](#_Toc201586535)

[3.8 Importância do Profissional farmacêutico na equipe de cuidados paliativos 28](#_Toc201586536)

[3.9 Protocolo farmacoterapêutico para pacientes terminais 31](#_Toc201586537)

[3.10 A problemática quanto ao uso de opioides e sua disponibilidade para pacientes terminais 32](#_Toc201586538)

[3.11 Formação profissional 36](#_Toc201586539)

[3.12 Experiências Exitosas 38](#_Toc201586540)

[4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 40](#_Toc201586541)

[5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 41](#_Toc201586542)

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), o objetivo dos cuidados paliativos (CP) é promover a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças), bem como as consequências que afetam os respectivos familiares de pacientes, que enfrentam doenças graves, incuráveis e em progressão que ameacem a continuidade da vida. Também, de evitar e aliviar a dor e o sofrimento, os quais são possíveis através da prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gerenciamento de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas estressantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e necessidades sociais.

As trajetórias que elegem pessoas para CP incluem paciente portador de doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida supostamente encurtado a meses ou anos. Pessoas com doenças oncológicas, demências de progressão lenta, que frequentemente selecionam pacientes idosos como doença de Alzheimer e falências orgânicas (Hermes, 2013).

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012), os CP requerem uma equipe multiprofissional sendo a composição comumente encontrada de médicos, equipe de enfermagem, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, dentista e capelania. Já a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2024) menciona que os profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, cirurgião dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo e nutricionista poderão ser incluídos nas Equipes Multidisciplinares de Cuidados Paliativos (EMCP), conforme necessidade e disponibilidade local. Contudo, na literatura pesquisada para a elaboração do presente artigo, não foi verificada a exigência da integração do profissional farmacêutico na equipe multiprofissional.

Se o principal foco do plano terapêutico paliativo é controlar os sintomas, proporcionando conforto ao paciente e, para tal, faz-se necessária a utilização de medicamentos, o profissional farmacêutico é indispensável na equipe multiprofissional, haja vista que ele é o profissional habilitado a avaliar, orientar e dispensar o(s) medicamento(s) adequado(s) ao enfermo. O farmacêutico, junto com a equipe multidisciplinar, procura aliviar e confortar o paciente, levando em consideração as necessidades do tratamento farmacológico (Silva et al., 2020).

A assistência a pacientes em CP é uma tarefa desafiadora e necessita de uma equipe multiprofissional competente, especializada e preparada, que aja com o objetivo em comum de realizar o atendimento das necessidades do paciente e de seus familiares, de forma humanizada, tendo como foco a pessoa e não a doença, de maneira a assegurar a qualidade de vida, sem sofrimento e dignidade, que é um direito do ser humano (Silva et al., 2020). O objetivo deste trabalho é conhecer a práxis farmacêutica em cuidados paliativos e a importância da integração do farmacêutico na equipe multiprofissional.

2. METODOLOGIA

Neste trabalho optou-se em realizar a metodologia de revisão bibliográfica exploratória sobre a importância do profissional farmacêutico em cuidados paliativos. Segundo (Prodanov; Freitas 2013), a pesquisa exploratória é realizada na fase preliminar, tendo por finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto investigado, possibilitando sua definição e seu delineamento, isto é, facilita a delimitação do tema da pesquisa orientando a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descoberta de um novo tipo de enfoque para o assunto. Assume, em geral, as formas de pesquisas bibliográficas e estudos de caso.

Esta revisão foi realizada através de informações coletadas nas bases de dados ScieLO, MEDLINE, LILACS e PUBMED, entre 2011 e 2025 incluindo materiais como literaturas especializadas e artigos técnicos, sendo excluídos aqueles que não se enquadraram nos critérios mencionados. A revisão foi realizada em português e línguas estrangeiras, como inglês e espanhol.

As palavras-chaves utilizadas foram cuidados paliativos, assistência farmacêutica, medicina paliativa e opioides.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Definições

A palavra “paliativo” tem origem do latim *pallium*, que deriva do verbo *palliare* que significa cobrir com um manto, proteger (Oliveira, 2019). Ou seja, dá cobertura e proteção, para aqueles que a medicina curativa não tem mais possibilidade de oferecer um tratamento de cura (Hermes, 2013). Além disso, se refere a um termo que nomeia o manto usado como proteção pelos cavaleiros em dias de tempestades. Essa proteção é uma forma de cuidar, a qual possibilita amenizar ou aliviar a dor e o sofrimento de uma pessoa, não somente o físico, o qual é o portal de outras dores, mas também aquelas presentes em dimensões psicológicas emocional, social e espiritual (ANCP, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), em consonância com a ANCP (2012), define como objetivos dos CP a promoção da qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças), bem como as consequências que afetam os respectivos familiares de pacientes que enfrentam doenças graves, incuráveis e em progressão que ameacem a continuidade da vida, prevenindo e aliviando a dor e sofrimento.

Em 2024, a PNCP, Portaria Gm/Ms Nº 3.681, de 7 de maio de 2024 foi publicada, o que representou um grande avanço no cenário dos CP. Corroborando com as demais entidades, no Art 1º, inciso 1º, está apresentado o conceito de CP, compreendendo-o como ações e serviços de saúde para alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou outras condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida (Brasil, 2024).

De acordo com a PNCP (2024) dentre os princípios norteadores dos CP estão a valorização da vida e a consideração da morte como um processo natural e a oferta em todo o ciclo de vida, de forma indistinta, para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida.

 A PNCP (BRASIL, 2024, Art 2º § 1º) define ainda as dimensões física, psicoemocional, espiritual e social:

I - Física: compreende ações de tratamento e gerenciamento de sintomas como dor, dispneia, desconforto e náuseas, por meio do uso de medicamentos em tempo oportuno e dosagem adequada, técnicas não farmacológicas e abordagens terapêuticas para fornecer conforto à pessoa;

II - Psicoemocional: suporte psicológico e emocional à pessoa cuidada, bem como aos seus familiares e/ou cuidadores, de forma contínua e humanizada, por meio de comunicação empatia, escuta ativa e outras ações para promover o alívio do sofrimento;

III - Espiritual: identificação do desejo da pessoa de comunicar suas necessidades espirituais, por meio de escuta competente e sensível, facilitando a discussão sobre questões espirituais e existenciais e, conforme o caso e a disponibilidade, viabilizando a assistência espiritual de acordo com a crença e a vontade da pessoa; e

IV - Social: compreende ações para preservar a inserção e o convívio social da pessoa, viabilizando o acesso a todos os recursos necessários para que possa seguir com o seu tratamento e ter uma boa qualidade de vida com respeito à sua autonomia (Brasil, 2024, Art 2º § 1º).

O termo “dor total” foi instituído na década de 1960, para expressar a ideia de que o sofrimento tem uma natureza multidimensional, e que este paciente necessitava, além do atendimento físico, do conforto emocional, psicológico e espiritual, assim como o apoio aos seus familiares (Castro et al., 2021). Assim como em CP tem o entendimento que o homem é um ser tricotômico, ou seja, corpo, alma e espírito, a Bíblia Sagrada também faz menção dessa integralidade em 1º Tessalonicenses 5:23, e que o mesmo deva ser cuidado nas três dimensões para serem preservados (BÍBLIA, 1995).

3.2 Histórico

Os cuidados paliativos surgiram a partir do movimento hospice, por sua vez, a palavra hospice tem origem no latim *hospitium*, que significa hospitalidade ou lugar de acolhimento. O hospice, não é somente considerado um lugar apenas, ele é, na verdade, um conjunto de atitudes, cujo objetivo é cuidar de uma pessoa doente que tenha pouco tempo de vida. Esses cuidados não são para tratar a doença, o seu intuito é reduzir o sofrimento do paciente, as dores e mal-estar que ele possa estar sentindo (Paiva et al., 2022).

O principal objetivo do hospice é oferecer ao paciente um tratamento paliativo para a doença, de forma a amenizar o seu sofrimento, enquanto o hospital, tem como função tratar a doença do paciente. Segundo a OMS o hospital é um organizador de caráter médico-social, que deve garantir assistência médica, tanto curativa como preventiva, para a população, além de ser um centro de medicina e pesquisa (SPDM, 2015). O hospice visa mais qualidade de vida enquanto o paciente está vivo. O foco não é adiar a morte, mas garantir que o paciente sofra o menos possível, uma vez que a sua morte é inevitável. Já o hospital se prende na expectativa de vida (Paiva et al., 2022).

 Na Idade Média, o termo hospice era usado para designar abrigos que ofereciam cuidados a peregrinos, doentes e moribundos. Nos relatos sobre a discípula de São Jerônimo, conhecida como Santa Fabíola de Roma, os hospices eram lugares que recebiam viajantes que necessitavam de cuidados e eram acolhidos. Santa Fabíola cuidava dos viajantes vindos da Ásia, África e países do leste da Europa. Com o passar do tempo, os hospices se difundiram para entidades religiosas católicas e protestantes por toda a Europa. A partir do século XVII e XVIII, os hospices passaram a ter um formato parecido com que um hospital e recebiam órfãos, pobres e doentes, os quais recebiam cuidados desses religiosos que assistiam nesses locais (Heroínas da Cristandade, 2012). Já no século XX, os hospices passaram a ser associados a instituições especializadas no CP de pacientes terminais, focando no alívio do sofrimento e na qualidade de vida dos doentes (Paiva et al., 2022).

3.3 Cuidados paliativos no mundo

O desejo por um falecimento digno, cercado por entes queridos e com menos sofrimento, foi abordado pelos ingleses nas décadas de 1950 e 1960, expandindo-se para os Estados Unidos da América (EUA) e diversos países europeus. Esse movimento resultou na criação de um modelo de assistência abrangente e mais humanizado, voltado especialmente para indivíduos com enfermidades. Em 1967 foi inaugurada pela inglesa enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders, o movimento moderno Hospice. Cicely, foi precursora da medicina paliativa na Inglaterra, no Canadá, nos Estados Unidos da América e na Austrália. Também foi fundadora da St Christopher´s Hospice, a qual foi considerada como sendo o primeiro hospice moderno do mundo, fundado em 1967 em Londres (Paiva et al., 2022).

O St Christopher´s Hospice foi reconhecido como sendo o primeiro hospice que vinculou especialistas em dor e controle de sintomas, cuidados compassivos, ensino e pesquisa clínica, unidade de cuidados para os pacientes e educação. Cicely foi pioneira no campo da medicina paliativa, que agora está estabelecida em todo o mundo. Ela é reconhecida como a fundadora do movimento inovador de CP e recebeu muitas homenagens e prêmios por seu trabalho (Silva; Massi, 2022). Ainda de acordo PAIVA e colaboradores (2022), St Christopher´s Hospice foi uma instituição que proporcionou não só cuidados aos pacientes, como também um ambiente de estudos e pesquisas voltado aos CP especializados para doentes terminais. Além de embasar a ideia de Casas de Repouso e de Cuidados Domiciliares, seus estudos contribuíram para chamar a atenção para os pacientes impossibilitados de cura e que ficavam à margem dos sistemas de saúde (Barbosa, 2011). Um exemplo foi o movimento surgido na América do Norte em 1973, com a visita do médico cirurgião canadense Balfour Mount ao St. Christopher’s Hospice. Ele se espelhou no trabalho desenvolvido por Cicely e deu início a um serviço semelhante no Montreal’s Royal Victoria Hospital (Paiva et al., 2022).

Outro resultado do trabalho de Cicely aconteceu em 1974, com a adoção do termo “cuidados paliativos” pela OMS. Até então, a OMS não havia definido formalmente os CP como uma área específica da medicina. Naquela época os debates sobre o tema estavam começando a ganhar força, impulsionados pelo trabalho da Dra. Cicely Saunders e o Comitê de Câncer da OMS, a partir dos quais, começaram a enfatizar a importância dos CP no contexto do tratamento do câncer avançado. Nessa época, a abordagem ainda era incipiente, mas já havia conhecimento da necessidade de aliviar o sofrimento dos pacientes oncológicos terminais. Foi a partir de então, que criou-se um grupo de trabalho responsável pela definição de políticas que tivessem como meta levar alívio da dor e cuidados para pacientes com câncer, estendendo essa orientação a todos os países do mundo [(Paiva et al., 2022).](https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e9-historia-cap4.pdf)

O primeiro país a reconhecer a medicina paliativa como especialidade médica foi a Associação de Medicina Paliativa da Grã Bretanha em 1985. No século XXI, em termos de cenário internacional tem-se importantes documentos que legitimam a importância dos CP, a exemplo do Capetown Declaration em 2002, Korea Declaration em 2005 e Budapest Commitments em 2007, os quais apontam a necessidade de desenvolvimento e implementação de políticas de CP com equidade de acesso para todos que necessitam de CP, e que tenham disponibilidade de fármacos específicos e investimento de formação em profissionais de saúde para essa especialidade [(Paiva et al., 2022).](https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e9-historia-cap4.pdf)

No artigo de revisão de Mesquita e colaboradores (2022) há a referência que a OMS reformulou o conceito de CP de 1990, o qual trazia uma definição que caracterizava a abordagem paliativa como cuidado ativo e total a pacientes oncológicos, não responsivos ao tratamento e com expectativa de vida limitada. Somente a partir de 2002, um novo conceito mais abrangente foi adotado pela OMS, o qual definiu que:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Brasil, 2022).

3.4 Cuidados Paliativos no Brasil

O primeiro serviço de CP no Brasil surgiu no Rio Grande do Sul, em meados de 1983. Em 1986 ampliou-se para São Paulo e, em 1989, para Santa Catarina. Outro marco foi a inauguração da Hospedaria (termo aportuguesado para hospice) de Cuidados Especiais do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, em 2004 (Paiva et al., 2022).

Um dos serviços que merece destaque é realizado pelo INCA, do Ministério da Saúde, que oferece CP a seus pacientes desde 1986, tendo inaugurado, em 1998, uma unidade exclusiva para essa finalidade, o HC IV, que é uma das unidades do instituto, exclusivamente dedicada aos CP. A Unidade IV oferece CP em 56 leitos de enfermaria, pronto-atendimento, ambulatório e internação domiciliar, com recursos excelentes. Oferece, também, curso de especialização em Medicina Paliativa para médicos com formação em Oncologia Clínica ou Cirúrgica, Anestesiologia, Clínica Médica, Geriatria, Medicina Geral e Comunitária, formando profissionais capacitados para a prática da Medicina Paliativa (INCA, 2022).

Em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), composta por um grupo de profissionais interessados no assunto, que propunham a prática de divulgação da filosofia dos CP no Brasil. Em 2000, surgiu o Programa do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, que a princípio tratou de pacientes com câncer metastático, e posteriormente em 2003, criou uma enfermaria de CP. Em fevereiro de 2005 foi criada a ANCP. A importância dela transcende os benefícios para a medicina brasileira. Para os “paliativistas” a fundação da academia é um marco, não só para os cuidados paliativos no Brasil, como para a medicina que é praticada no país. A academia foi fundada com o objetivo de contribuir para o ensino, pesquisa e otimização dos cuidados paliativos. Cabe ainda destacar outras experiências de cuidados paliativos no Brasil, tais como: O Projeto Casa Vida, vinculado ao Hospital do Câncer de Fortaleza, no Ceará; o grupo de Cuidados Paliativos em AIDS do Hospital Emílio Ribas de São Paulo, que se tornou referência para o Brasil; o trabalho da equipe de Londrina no Programa de Internação Domiciliar da Prefeitura; como vários núcleos ligados à assistência domiciliar em prefeituras no Paraná e de várias cidades do Nordeste (ANCP, 2018).

Diversos grupos vêm se destacando na atuação com CP em importantes instituições do país, como os Hospitais de Câncer de Salvador, Barretos, Goiânia, Belém, Manaus e São Paulo. Também há ambulatórios especializados em Hospitais Universitários, como é o caso da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob a coordenação do professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, referência nacional na promoção do ensino dos Cuidados Paliativos. Além disso, destacam-se iniciativas nas escolas de Botucatu e Caxias do Sul, no Hospital de Base de Brasília e no Programa de Cuidados Paliativos do Governo do Distrito Federal. Segundo Figueiredo, embora o avanço ainda ocorra de forma gradual, observa-se um crescimento significativo dos Cuidados Paliativos no Brasil (Praxedes, 2022).

3.5 Comunidades compassivas

No Brasil, ainda são limitadas as ações voluntárias em domicílio voltadas para a assistência e apoio de pessoas que necessitam de CP. Mas apesar de serem pequenas essas ações, algumas comunidades chamadas de compassivas têm surgido em algumas regiões do Brasil, se organizando em uma rede de apoio aos CP integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), através de ações humanizadas, às pessoas que necessitam desses cuidados em domicílio. As comunidades compassivas consistem em iniciativas sociais que engajam voluntários, tanto da saúde quanto da sociedade civil, com o objetivo de oferecer cuidados e apoio humanizados a pessoas em sofrimentos por doenças que ameaçam a vida (Mesquita et al., 2022).

Segundo Mesquita (2022), as comunidades compassivas derivam do conceito de “Cidades saudáveis” ou “Comunidades saudáveis” adotado pela OMS e têm como fundamento, difundir a ideia que não é somente responsabilidade de um grupo de pessoas ou profissionais de saúde, e sim de todos os cidadãos, que se voluntariam a uma rede de prestação de serviços sociais a comunidade, seja ela governamental, instituições de saúde, organizações públicas e privadas que dedicam esforços constantes para melhorar as condições de vida da população promovendo uma relação harmoniosa contribuindo ativamente para melhorar a convivência e desenvolver a solidariedade; reforçando o que preconiza a Constituição Federal de 1988, que garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, por meio de políticas que promovam o bem-estar da população. No entanto, para que esse direito seja efetivamente acessado, é essencial a participação ativa da população, da atuação de organizações sociais que representem os interesses coletivos. Com isso, com o apoio e dedicação desses voluntários, algumas comunidades compassivas vem surgindo no Brasil e se colocando ao dispor dessa população carente de cuidados, os quais dedicam o seu tempo, suas habilidades e compaixão, levando conforto e alívio em todas as dimensões (Mesquita et al., 2022).

Nos cuidados paliativos, a capacitação da comunidade compassiva contribui para a promoção de uma prática de educação em saúde no sentido de empoderar a comunidade para que, de forma autónoma, tenha maior independência sobre a sua saúde e a sua qualidade de vida, o investimento em ações de educação para a saúde comunitária dirigida para os cuidados paliativos também tem levado a mais incentivos para a formação de profissionais de saúde e capacitação de cuidadores e comunidade. No entanto, o modelo de cuidado centrado no paciente apresenta limitações quando não existem políticas comunitárias integradas, desenvolvimento e recursos. Capacitar a comunidade no apoio à morte, no morrer e na perda é um importante avanço de saúde pública nos cuidados paliativos. As comunidades compassivas são uma possível resposta ao desafio colocado a uma sociedade em envelhecimento, através do envolvimento da comunidade nos cuidados (Leão; Carqueja, 2024)

O projeto de comunidades compassivas de favela surgiu no Brasil em 2020 nas favelas da Rocinha e Vidigal, no Rio de Janeiro, o qual tornou-se uma realidade prática com as iniciativas de Alexandre Silva, enfermeiro e professor da Universidade Federal de São João del-Rei e da comunidade, que iniciou levando atendimentos domiciliares a pacientes com necessidades de CP a essas favelas do RJ, também chamadas de Favelas Compassivas. As motivações que levaram a criação de comunidades compassivas, foram principalmente ocasionadas pela demanda de cuidados, desafios na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ausência do Estado em comunidades vulneráveis (Mesquita et al., 2022).

A partir daí outras comunidades compassivas surgiram em várias regiões do país. Mais recentemente, em 2022, inspirado nas iniciativas de comunidades compassivas de favela no Rio de Janeiro, surgiu o projeto Goiânia Compassiva, em Goiânia-Goiás, cuja iniciativa é coordenada pela médica de família e paliativista, Érika Aguiar Lara Pereira, que também é diretora de comunicação da ANCP CP. É um projeto de cunho social que conta com uma rede de voluntariado, agentes compassivos locais, voluntários profissionais de saúde de várias áreas e parceiros do SUS, cuja ações incluem visitas domiciliares, mutirões de atendimento, cursos de formação e articulação com políticas públicas, que levam CP às populações em vulnerabilidade principalmente nas regiões noroeste de Goiânia, que em parceria com o projeto de Extensão da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, oferece cursos de capacitação para voluntários, como o curso de formação de agentes compassivos em CP, o Projeto Goiânia Compassiva leva cuidados paliativos à população vulnerável (Medicina S/A, 2024).

Outras comunidades compassivas no Brasil, Comunidade Compassiva de Belo Horizonte, conhecida como Cabana, foi implantada em 2021 no aglomerado Cabana do Pai Tomás. Comunidade Compassiva de Betim, conhecida como Betim Compassiva, atua na região de Citrolândia, em Betim, Minas Gerais e São Paulo no Instituto Casa do Cuidar. A comunidade compassiva do bairro Candeal, em Salvador, foi inaugurada no dia 28 de novembro de 2024 (Brasil, 2024). Além dessas, outras estão se estruturando para iniciar as atividades (Atlas ANCP, 2022).

Essas iniciativas visam integrar os CP a comunidade local, promovendo o envolvimento de moradores, profissionais de saúde e voluntários para oferecer suporte a pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente aquelas com doenças graves, em luto ou no fim da vida. Os projetos estão alinhados à PNCP, instituída pelo Ministério da Saúde através da portaria Gm/Ms Nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que incentiva a formação de redes comunitárias de apoio integradas no SUS. Comunidades compassivas se espalham pelo Brasil apoiando cuidados paliativos integrados ao SUS (Brasil, 2024).

Segundo o Atlas da ANCP 2022, a atenção voltada aos CP, teve um aumento exponencial em todo o território brasileiro e novos serviços começaram a surgir, com 16 entre 2000 e 2009, passando para 104 novos serviços entre 2010 e 2019, e ainda de acordo com o Atlas ANCP, 2020, essa progressão deve ser superada, uma vez que entre 2020 e 2022 já foram cadastrados 90 novos serviços em CP. Os resultados do Atlas da ANCP 2022 revelaram uma crescente do número de serviços assistenciais de CP, com o registro de 128 serviços novos (54,7%) e 106 atualizações de cadastro (45,3%), culminando em um total de 234 serviços assistenciais participantes nesta edição. A partir dessa análise conclui-se que há uma notável evolução e crescente reconhecimento e engajamento na área de CP em todo o país.

3.6 Cuidados Paliativos Nos Níveis Da Rede de Atenção À Saúde

A Resolução 41 de 2018, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS. Ela traz que os CP devem ser ofertados por todos os níveis de atenção na rede pública de saúde, sendo atendidos em todas as áreas que compõem a natureza e saúde do ser humano, visando compreender e controlar situações clínicas desafiadoras. A partir do exposto pela resolução o paciente terminal deverá ser atendido em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), portanto na Atenção Básica ou Primária, Domiciliar, Ambulatorial, Hospitalar, Urgência e Emergência (Brasil, 2018).

Um dos objetivos principais da PNCP Portaria Gm/Ms Nº 3.681, de 7 de maio de 2024

é consolidar os CP em todos os níveis de atenção da RAS, em destaque na atenção primária, que está responsável por um conjunto de ações de cunho individual, familiar e coletiva que visam a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, CP e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de ações de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população (Brasil, 2024).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio Libanês 2ª edição de 2023, os cuidados aos pacientes terminais estão cada vez mais reconhecidos como uma parte indispensável dos sistemas de saúde no Brasil. Na sociedade de forma geral é possível observar uma crescente em todo o mundo, do envelhecimento populacional, o qual é associado às pessoas viverem com condições de saúde mais desafiadoras, ocasionadas pela prevalência de pessoas convivendo com neoplasias e/ou doenças crônico degenerativas. As principais doenças na população adulta que evoluem aos CP de acordo com o manual, são câncer, HIV, doenças cerebrovasculares, demência, causas externas, doenças pulmonares e cardiológicas (Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2020), a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) tem como objetivo orientar a oferta de cuidados integrais na APS, fortalecendo a coordenação do cuidado e ampliando o acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS. Um olhar da atenção primária é cuidar do paciente e também do cuidador, realizando, quando necessário, atividades coletivas, avaliando o paciente segundo a escala de dor e analgesia, realizando escuta qualificada, empática, orientando quanto aos cuidados de higienização brônquica, mobilização ativo-assistida, mobilização passiva, mudança de decúbito, tratamento de náuseas e vômitos, entre outros, a fim oferecer o cuidado que o paciente terminal necessita (Brasil, 2020).

3.7 Política Nacional de Cuidados Paliativos

Em 2024 tivemos um grande marco para a comunidade paliativista, a criação da PNCP Portaria Gm/Ms Nº 3.681, de 7 de maio de 2024, um ganho que visa a assistência mais humanizada e eficiente. Previamente à PNCP, a prestação de serviços aos pacientes terminais acontecia de forma limitada, por falta de profissionais com formação paliativa e a concentração dos serviços paliativos nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com consequente ausência nas regiões Norte e Nordeste. Dessa forma, a PNCP traz formas de democratizar e acessibilizar os CP, como a criação de mais equipes multidisciplinares para habilitar mais profissionais da rede de assistência à saúde, promoção de capacitações profissionais e garantia do acesso a medicamentos e correlatos necessários para os cuidados do paciente terminal (Brasil, 2024).

A política preconiza a criação de 1,3 mil equipes multiprofissionais, que objetivam garantir acesso a medicamentos e insumos necessários para analgesia, controle de sintomas e apoio emocional, levando uma assistência mais humanizada. Dentre essas, a política determina que 485 equipes deverão ser matriciais focando na gestão de casos, enquanto 836 equipes deverão acompanhar diretamente o paciente e suas famílias. Em ambas as equipes haverá médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos. Mas os gestores poderão ter autonomia para incorporar farmacêuticos e outros profissionais de acordo com a necessidade (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2024).

3.8 Importância do Profissional farmacêutico na equipe de cuidados paliativos

A relevância da compreensão da atuação da equipe multiprofissional em CP é evidente e por isso deve ser pauta de discussões e ações orientativas aos profissionais. Nesse sentido, têm sido publicadas cartilhas voltadas para os profissionais envolvidos nos CP, as quais apoiam os mesmos na execução de suas atividades. Um exemplo positivo é a Cartilha denominada “Fim de vida à pessoa idosa portadora de doenças não oncológicas”, publicada pela ANCP, na qual o profissional farmacêutico é orientado a apoiar os CP com ênfase no acompanhamento clínico e intervenção farmacêutica (Cuidados de fim de vida, 2022).

 Em contrapartida, a publicação de materiais incongruentes precisa ser evitado, como foi o caso da Cartilha feita pelo Comitê de Geriatria e Gerontologia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2024), a cartilha "Cuidados Paliativos e Fragilidade" a qual destaca o atendimento ao paciente paliativo relacionado ao uso dos medicamentos e suas possíveis reações adversas e riscos da polifarmácia como competência do profissional enfermeiro e não do farmacêutico, conforme as normativas em vigor (Conselho Federal de Farmácia, Nº 585 de 2013).

No contexto dos cuidados paliativos, o farmacêutico desempenha um papel essencial na segurança e na qualidade da farmacoterapia, especialmente durante as transições de cuidado, como na admissão hospitalar. A conciliação medicamentosa, realizada por esse profissional, consiste na comparação sistemática entre os medicamentos que o paciente fazia uso anteriormente e aqueles prescritos na internação, com o objetivo de identificar e corrigir discrepâncias que possam comprometer a eficácia do tratamento ou a segurança do paciente. Essa prática é indispensável, tendo em vista que a população em cuidados paliativos costuma ser polimedicada, apresentando sintomas múltiplos e tendo comorbidades que requerem atenção contínua e individualizada. Entre as principais intervenções realizadas pelo farmacêutico estão a inclusão de medicamentos omitidos, que são fármacos que o paciente fazia uso antes da internação, mas que não foram incluídos na nova prescrição médica, sem que haja uma explicação médica clara para essa decisão, ajustes de dose ou posologia, exclusões e substituições de fármacos, além da orientação à equipe multiprofissional. Essas ações, quando integradas à rotina clínica, promovem uma significativa melhoria no perfil da prescrição, reduzem riscos de eventos adversos e otimizam o controle sintomático, contribuindo diretamente para o conforto e a qualidade de vida dos pacientes. O sucesso dessa atuação, no entanto, depende da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e do reconhecimento da importância da presença do farmacêutico nas decisões terapêuticas, como evidenciado em estudo realizado no Instituto Nacional de Câncer, que demonstrou a efetividade e a boa aceitação das intervenções farmacêuticas no ambiente hospitalar (FERNANDES et al., 2021).

A Resolução nº 585 de 2013, do Conselho Federal de Farmácia, reconhece e regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, destacando sua atuação voltada à promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de doenças, com foco no cuidado centrado no paciente. No CP, o farmacêutico ao integrar a equipe multiprofissional desenvolve ações colaborativas no planejamento, acompanhamento e avaliação da farmacoterapia, promovendo o uso seguro e racional dos medicamentos, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas avançadas e potencialmente terminais. Dentre as atribuições descritas na norma, destacam-se a elaboração do plano de cuidado farmacêutico, a realização de intervenções para ajuste terapêutico, a conciliação medicamentosa e o apoio à adesão ao tratamento, ações fundamentais no manejo de sintomas como dor, náuseas, ansiedade e constipação, comuns no cenário paliativo. Além disso, o farmacêutico pode atuar diretamente com familiares e cuidadores, oferecendo orientações sobre o uso correto de medicamentos, vias de administração alternativas e monitoramento de efeitos adversos, contribuindo para um cuidado humanizado, seguro e eficaz. Assim, a normativa consolida o papel do farmacêutico como agente ativo e qualificado nos diferentes níveis de atenção à saúde, especialmente nos cuidados paliativos, onde sua intervenção clínica impacta diretamente no conforto e bem-estar do paciente.

Em 2024, a PNCP se articulou com o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) do MS, o qual é uma iniciativa da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), que tem por objetivo tornar acessível aos pacientes o atendimento com especialistas o mais rápido possível, a partir de encaminhamentos realizados pela Atenção Primária e Equipe de Saúde da Família (ESF). O PMAE traz recursos federais para investimento nas secretarias estaduais, municipais e distrito federal a fim de arcar com o oferecimento de serviços e parceria com a rede privada para ampliação e oferta de consultas especializadas e exames diagnósticos, bem como qualificar o cuidado ao paciente no SUS (Brasil, 2024).

Dentro da Política Nacional se teve a implementação de dois formatos de equipe que podem estar diretamente em contato com o paciente terminal ou não, são elas a Equipe Matricial em Cuidados Paliativos (EMCP) e a Equipe Assistencial em Cuidados Paliativos (EACP). A Equipe Matricial é composta por um profissional Médico Clínico, Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Social, podendo ser acrescentado um profissional Pediatra conforme a necessidade. A Equipe Assistencial é formada por Médico Clínico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, 02 profissionais de apoio (preferencialmente Psicólogo e Assistente Social), podendo ser acrescentado um profissional Pediatra conforme a necessidade. Outros profissionais, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos e nutricionistas, podem ser integrados às EMCP conforme a necessidade e a disponibilidade local (Brasil, 2024).

 É função da EMCP realizar suporte aos pontos de atenção da RAS na atuação em cuidados paliativos, por meio de ações matriciais de sensibilização, capacitação e corresponsabilização, as ações matriciais envolvem a colaboração entre equipes de saúde para criar propostas de intervenção terapêutica, discutindo casos, promovendo uma construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente e intervenções no território correspondente a uma macrorregião com o quantitativo de 500.000 (quinhentos mil) habitantes (Brasil, 2024).

As EMCP têm a responsabilidade de oferecer telematriciamento, teleconsultoria, teleinterconsulta, telediagnóstico, telerregulação assistencial, segunda opinião formativa e teleducação, além de suporte técnico em situações de intercorrências e estratégias de educação permanente, tanto para as equipes de saúde quanto para a população em geral. As EMCP também devem atuar em parceria com a equipe do ponto de atenção da RAS que acompanha o paciente em ações assistenciais mais complexas, respeitando as realidades locais (Brasil, 2024).

A EACP é uma equipe multiprofissional de gestão municipal, responsável por realizar ações de CP na instituição na qual estiver vinculada, em todos os pontos de atenção da RAS, para todos os pacientes terminais sendo adultos ou crianças, acompanhando-os em sua integralidade até o óbito e cuidando da família no pós-óbito. Devem atender na proporção de uma equipe para cada 400 (quatrocentos) leitos SUS habilitados. As EACP precisam ter habilitação específica em CP, visando a humanização dos CP e qualidade dos serviços prestados no âmbito da RAS (Brasil, 2024).

Embora o PNCP mencione o profissional farmacêutico como integrante de ambas as equipes, ela condiciona a presença do farmacêutico à necessidade e disponibilidade local, mesmo tendo como um dos objetivos a ampliação do acesso à medicamentos e controle seguro dos sintomas da pessoa em cuidados paliativos. Em contrapartida com a American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), o profissional farmacêutico tem um conjunto de atribuições para os cuidados paliativos que oferece suporte na função administrativa, por exemplo, a política, procedimento e gestão de estoque, como também em um papel consultivo, com o tratamento, desenvolvimento de algoritmos, melhoria das práticas e educação, e por fim a prática de clínica avançada, englobando a terapia de medicação humana, serviços de gestão da dor e sintomas (Herndon et al., 2016).

Além da estrutura das equipes, o acesso a medicamentos é um ponto central nos cuidados paliativos, a PNCP traz que Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e as Relações Municipais de Medicamentos Essenciais - REMUME, é parte primordial do acesso aos medicamentos. A RENAME é uma lista norteadora que traz medicamentos essenciais no tratamento sintomático e curativo de várias doenças (PNCP, 2024).

A RENAME é feita respeitando os princípios fundamentais do SUS, a universalidade, equidade e da integralidade, em resumo se trata da relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas e indicados para os tratamentos das doenças que atingem a população brasileira. Na lista não tem um tópico específico que traz os medicamentos essenciais de controles de sintomas do CP, mas tem separadamente os medicamentos que vão ser utilizados em outros tópicos (Rename, 2024).

3.9 Protocolo farmacoterapêutico para pacientes terminais

Os principais sintomas relatados em CP, segundo o Manual de Cuidados Paliativos – 2ª edição do Hospital Sírio-Libanês de 2023, incluem dores, sintomas gastrointestinais, dispneia, outros sintomas respiratórios e delírios. Além disso, conforme destaca a International Association for Hospice and Palliative Care (2006), os pacientes em estágio terminal frequentemente apresentam dor que pode ser leve, moderada ou severa e se manifesta em diferentes tipos, como dor óssea, neuropática e visceral. A associação também aponta que outros sintomas recorrentes incluem dispneia, fadiga, congestão respiratória terminal, ansiedade, boca seca, depressão, soluços, delírio, síndrome da anorexia-cachexia, insônia, constipação, inquietação terminal, diarreia, sudorese, náusea e vômito (International Association for Hospice and Palliative Care, 2006).

O manual de cuidados paliativos do Hospital Sírio Libanês, apresenta o tratamento medicamentoso em CP principalmente para o alívio de sintomas e o conforto do paciente, sendo estruturado a partir de diversas classes farmacológicas. Os analgésicos opioides, como a morfina e a codeína, são utilizados no manejo da dor moderada à intensa e da dispneia. Antidepressivos, especialmente os tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina) e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (duloxetina, venlafaxina, desvenlafaxina), empregados no tratamento da dor neuropática e insônia. Anticonvulsivantes como carbamazepina, ácido valpróico e gabapentina também são utilizados como adjuvantes. Visando o controle de sintomas como delírio, náuseas e agitação psicomotora, recorre-se aos antipsicóticos, como haloperidol, quetiapina, risperidona, olanzapina e clorpromazina. Benzodiazepínicos, como midazolam e clonazepam, têm aplicação em quadros de ansiedade, abstinência e sedação paliativa. Corticoides como dexametasona e metilprednisolona são indicados para diversos sintomas, incluindo anorexia, fadiga e edema. Além disso, antieméticos (ondansetrona, metoclopramida, domperidona, haloperidol) são essenciais no manejo de náuseas e vômitos; laxantes (lactulose, polietilenoglicol, bisacodil, senna) são utilizados para a constipação intestinal; e agentes anticolinérgicos, como escopolamina e hioscina, são indicados para secreções excessivas e vômitos refratários (Hospital Sírio-Libanês, 2023).

3.10 A problemática quanto ao uso de opioides e sua disponibilidade para pacientes terminais

O manejo da dor exige uma abordagem multidisciplinar, para que o cuidado seja individualizado e assistido continuamente. A escala de analgésicos proposta pela OMS, tem como padrão a utilização de codeína e tramadol na avaliação do paciente, e se identificada intensificação da dor para nível de dor moderada são inseridos os opioides fortes, como a morfina, metadona e fentanil. A partir dos quadros de dor intensa e dor refratária, esses medicamentos podem ser associados a coadjuvantes, como antidepressivos, anticonvulsivantes, corticosteroides e neurolépticos (Rosa et al., 2024).

O termo “entorpecente” refere-se a substâncias que atuam sobre o sistema nervoso central, provocando sensações de entorpecimento, podendo induzir estados de embriaguez e dependência física ou psicológica. Dentro da farmacologia, os entorpecentes incluem os opioides, que se ligam a receptores específicos e exercem importantes funções fisiológicas, como o alívio da dor. Esses receptores, são definidos como macromoléculas presentes na superfície ou no citoplasma das células, atuam na sinalização química intra e extracelular. Foram identificados cinco principais tipos de receptores opioides: mu (MOR), kappa (KOR), delta (DOR), de nocicepção (NOR) e zeta (ZOR), os quais foram nomeados conforme as substâncias empregadas para sua ativação. A ação dos opioides dependerá da sua interação com esses receptores, sendo classificados como agonistas, agonistas parciais ou antagonistas. Agonistas, como a morfina, produzem resposta máxima ao se ligarem ao receptor; os antagonistas, como a naloxona, ocupam os receptores sem gerar efeito, impedindo a ação dos agonistas; e os agonistas parciais, como a buprenorfina, provocam resposta funcional limitada, mesmo em doses elevadas. A compreensão desses mecanismos é fundamental para a prática clínica segura e eficaz, especialmente em contextos como os CP (Silva; Silva; Cardoso Filho, 2024).

Entre os opioides, a morfina é comumente utilizada como analgésico para o controle da dor em pacientes em CP. A dose inicial recomendada para a morfina é de 5 - 10 mg por via oral, com ajustes de dose posteriores a cada 4 horas, se necessário. Os pacientes com dor intensa, tem a dose aumentada gradualmente para até 30 - 60 mg por dia. O fentanil é um dos opioides frequentemente utilizado em pacientes em CP. A dose inicial recomendada para o fentanil transdérmico é de 25 mcg/hora, com ajustes de dose posteriores a cada 3 dias, se necessário. A dose máxima diária recomendada é de 300 mcg/hora. A metadona é uma alternativa que pode ser usada em pacientes que não respondem à morfina ou ao fentanil. A dose inicial recomendada para a metadona é de 2,5 - 5 mg por via oral a cada 6-8 horas, com ajustes de dose posteriores a cada 1-2 dias (Viana et al., 2023).

Os opioides auxiliam no controle da dor moderada e grave, na analgesia são estabelecidas escalas numéricas da dor, pelo método Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Tabela 1), proposta por Bruera e colaboradores e validada no Brasil por Paiva e colaboradores em 2015, sendo utilizada para avaliar a intensidade dos sintomas. É uma escala numérica em que o paciente classifica o seu sintoma de zero a dez, em que zero significa ausência do sintoma e dez a pior intensidade possível. Os sintomas avaliados por essa escala são: dor, fadiga, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, perda de apetite, sensação de bem-estar, dispneia e sonolência. Um escore de um a três pode ser considerado leve; de quatro a sete, moderado; maior que sete, intenso, sendo que todos precisam ser devidamente acompanhados pela equipe multidisciplinar. Vale ressaltar que o tratamento insuficiente da dor, causa prejuízos em relação ao sono e as funções cognitivas, resultando em ansiedade, depressão, e afetando a qualidade de vida do paciente como um todo, tendo um grande impacto negativo no conforto do enfermo (INCA, 2022).

Tabela 1 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

|  |
| --- |
| Por favor, circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas). |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Sintoma | Escala de intensidade (0 = ausência / 10 = pior intensidade) |
| Dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Cansaço | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Náusea | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Depressão | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Ansiedade | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Sonolência | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Apetite | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Falta de ar | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Bem-estar | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Outro problema | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

 |

Fonte: Adaptado de Bruera et al. (1991) e Paiva et al. (2015)

O Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2022) tem grande relevância para a comunidade paliativista com suas publicações de materiais norteadores para equipe multidisciplinar, como a escala de ESAS, e cartilhas que especificam as atribuições de cada profissional dentro da equipe, em destaque o papel do profissional farmacêutico de acordo com o documento publicado. Dentre essas podem ser citadas: a realização da conferência da melhor opção medicamentosa de forma individualizada e conforme as alterações clínicas do usuário; avaliação das prescrições médicas, fazendo os ajustes necessários; elaboração de receituários simples para melhor entendimento das receitas médicas; monitoramento das reações adversas aos medicamentos, notificando-as sempre que necessário; orientação sobre doses, horários, administração e armazenamento dos medicamentos; atenção aos sintomas como, enjoo ou êmese, dor mal controlada, constipação, falta de ar, cansaço, dúvidas em relação aos medicamentos, interações medicamentosas na prescrição, falta de adesão do paciente aos medicamentos, entre outros.

A partir do exposto é possível notar que a dor mal controlada traz ao enfermo muitos danos, sendo imprescindível que os profissionais componentes da equipe, em destaque o farmacêutico, conheça as ferramentas utilizadas para melhor compreensão dos sintomas dos pacientes, para promoção de uma analgesia eficaz e segura em conjunto com todos os integrantes da equipe interdisciplinar, para o uso correto dos opioides, que é uma classe farmacológica aliada e essencial do tratamento do paciente terminal (INCA, 2022).

A problemática envolvendo o uso de opioides em CP oncológicos está fortemente relacionada à dualidade entre sua eficácia analgésica e os desafios associados à sua prescrição e adesão. Apesar de serem reconhecidamente essenciais para o alívio da dor intensa, o uso de opioides ainda enfrentam barreiras significativas, como os efeitos colaterais frequentes que comprometem a adesão do paciente e, por vezes, levam à descontinuidade do tratamento. Soma-se a isso o estigma social que associa seu uso a condições terminais, gerando resistência por parte de pacientes e familiares. Além disso, o receio de dependência e o uso indevido, ainda que menos relevante em contextos paliativos, refletem uma complexa rede de fatores que dificultam a expansão do uso racional e seguro desses fármacos. Tais desafios exigem estratégias terapêuticas individualizadas, adequação posológica criteriosa e uma abordagem multiprofissional comprometida com a humanização do cuidado e o controle eficaz da dor (Rosa et al., 2024).

A Resolução nº 33, de 14 de janeiro de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), atualizou a lista de substâncias sujeitas a controle especial, incluindo a morfina e seus derivados (sais e isômeros) das Listas A1 e A2 de entorpecentes. Com isso, sua prescrição passou a requerer o uso do receituário especial de notificação tipo A (cor amarela), com retenção obrigatória da receita na farmácia, sendo permitida a comercialização apenas mediante prescrição médica. Apesar do objetivo de garantir segurança no uso, tais exigências podem dificultar o acesso de pacientes em CP, público que mais se beneficiaria com a morfina. Este fármaco é considerado um opioide forte, indicado quando anti-inflamatórios não esteroides e opioides fracos não apresentam mais eficácia. A morfina não possui dose-teto, sendo a dose ideal aquela que proporciona analgesia suficiente sem causar efeitos adversos intoleráveis, devendo ser ajustada conforme a resposta clínica do paciente. Dentre os eventos adversos associados ao uso contínuo de opioides, destacam-se distúrbios cognitivos (como alterações de memória e atenção), sedação excessiva, constipação persistente, náuseas de difícil controle e até rebaixamento do nível de consciência. Além disso, erros na prescrição, preparo e administração do medicamento também contribuem significativamente para a ocorrência de eventos adversos. A implementação de práticas de segurança, como monitoramento rigoroso da resposta terapêutica, revisão sistemática de doses e comunicação efetiva entre a equipe, é essencial para garantir o uso seguro da morfina em contextos paliativos (Araújo et al., 2025).

A Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, regulamenta o controle e a fiscalização das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial no Brasil, entre eles os opioides como morfina, fentanil, oxicodona e metadona. Esses medicamentos estão listados nas categorias A1 e A2, sendo considerados entorpecentes de uso restrito. A prescrição deve ser redigida por profissional legalmente habilitado, utilizando o receituário de Notificação de Receita A (cor amarela), com validade de até 30 dias e obrigatoriedade de retenção da via pela farmácia no momento da dispensação. Além disso, a farmácia ou drogaria responsável pela dispensação deve manter registros específicos em livro de escrituração, conforme o preconizado na norma. Embora essa regulamentação seja essencial para garantir a segurança no uso desses medicamentos, também impõe barreiras que podem restringir o acesso dos pacientes em cuidados paliativos, especialmente na atenção primária, onde na maioria das vezes falta profissionais habilitados, dificultando o acesso ao receituário especial e limitação na dispensação. Essas exigências, embora tenham a finalidade de evitar o uso indevido e indiscriminado, acabam por dificultar o fornecimento contínuo e oportuno de medicamentos indispensáveis ao alívio da dor e ao conforto de pacientes em fase terminal (Brasil, 1998).

3.11 Formação profissional

A atuação do farmacêutico em cuidados paliativos requer conhecimento específico ao que se refere aos aspectos clínicos, emocionais e sociais do paciente em final de vida. No Brasil, essa qualificação pode ser adquirida por meio de programas de pós-graduação multiprofissional em cuidados paliativos, que tem ganhado espaço como estratégia para promover a prática interdisciplinar. Esses programas reúnem profissionais da saúde em torno de uma abordagem holística, permitindo que o farmacêutico compreenda melhor o processo de terminalidade, o manejo da dor, a comunicação com a família e o papel dos medicamentos no conforto do paciente. Além de ampliar o conhecimento técnico, essa formação favorece o desenvolvimento de competências relacionais e éticas fundamentais para o cuidado integral (Zamarchi & Leitão, 2023).

Paralelamente, a farmácia clínica representa uma vertente formativa essencial para o farmacêutico que deseja integrar equipes de cuidados paliativos, pois capacita o profissional a realizar uma análise crítica da farmacoterapia, propondo intervenções individualizadas, seguras e eficazes. A prática clínica permite que o farmacêutico atue no controle rigoroso dos sintomas, na prevenção de interações medicamentosas e na promoção da adesão ao tratamento, fatores essenciais em contextos paliativos. A partir do exposto é possível notar que o farmacêutico clínico é peça-chave no alívio do sofrimento, especialmente ao acompanhar de forma contínua a resposta do paciente ao tratamento medicamentoso, avaliando efeitos adversos, ajustando doses e participando da tomada de decisão terapêutica junto à equipe (Melo et al., 2024).

O atendimento farmacêutico no tratamento paliativo de pacientes se tornou uma tese de mestrado na USP, o farmacêutico Lincoln Marques, graduado pela Universidade Federal de Sergipe e atual mestrando do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FCFRP/USP), escolheu como tema de sua tese o impacto do cuidado farmacêutico no atendimento a pacientes em cuidados paliativos no Hospital Estadual de Ribeirão Preto (SP), Lincoln fez uma especialização em formato de residência multiprofissional, durante esse período adquiriu familiaridade com a área de CP, em sequência levou a ideia de um projeto “ O impacto do farmacêutico em pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da vida” para a USP em Ribeirão Preto. O estudo realizado recebeu a premiação de melhor trabalho do Workshop de Pós-Graduação da USP, sendo também apresentado no maior congresso de farmacovigilância do mundo, que aconteceu na cidade de Verona, na Itália (Conselho Federal de Farmácia, 2023).

A formação do farmacêutico paliativista demanda capacitação específica que transcende as funções tradicionais de dispensação e gestão de medicamentos previstas na Lei nº 5.991/1973. O farmacêutico em CP deve possuir conhecimento clínico aprofundado para realizar o seguimento farmacoterapêutico individualizado, garantindo o uso racional dos medicamentos e minimizando riscos associados a interações medicamentosas. Tal formação habilita o profissional a participar ativamente na avaliação das prescrições, a fazer sugestões ao prescritor e a contribuir para a segurança e eficácia do tratamento, sobretudo no manejo da dor, aspecto central no CP (Araújo Aquino, 2016).

Adicionalmente, a Lei nº 13.021/2014 reconhece o farmacêutico clínico como profissional especializado, destacando a importância de sua atuação em ambientes de CP. Essa especialização exige o desenvolvimento de competências técnicas, clínicas e éticas, que são essenciais para integrar equipes multidisciplinares e oferecer um cuidado centrado no paciente, com foco no alívio do sofrimento e na melhora da qualidade de vida (Rabelo & Borella, 2013). Dessa forma, a formação do farmacêutico paliativista deve contemplar não apenas o domínio técnico sobre medicamentos, mas também a capacidade de atuação clínica, comunicação eficaz e tomada de decisão compartilhada, elementos que fortalecem sua contribuição no contexto interdisciplinar dos CP (Araújo; Aquino, 2016).

3.12 Experiências Exitosas

O INCA representa uma referência nacional na oferta de CP com base em uma abordagem biopsicossocial. A equipe multiprofissional do instituto inclui farmacêuticos que, junto a médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais, atuam de forma integrada para oferecer uma assistência ampla, voltada para o alívio da dor, do sofrimento e das necessidades emocionais e espirituais do paciente e de sua família (INCA, 2023). Os CP no INCA são realizados em diversos níveis – desde atendimentos ambulatoriais e domiciliares até hospitalizações –, e em todas essas frentes o farmacêutico está presente contribuindo para a segurança da farmacoterapia, prevenção de interações e controle rigoroso de sintomas, reafirmando seu papel essencial na garantia de um cuidado humanizado e eficaz.

Para exemplificar como o profissional farmacêutico contribui positivamente para a melhoria da qualidade do tratamento de pacientes em CP, destacam-se experiências exitosas em diferentes regiões do Brasil.

No estado da Bahia, a atuação da farmacêutica clínica paliativista Dra. Luciana da Hora, integrante da Comissão de CP do Hospital Geral Ernesto Simões Filho, em Salvador (HGESF) merece destaque. Segundo o Conselho Regional de Farmácia da Bahia (CRF-BA), sua trajetória teve início com o desejo de oferecer um cuidado mais humanizado e compassivo aos pacientes em sofrimento. Atuando de forma integrada à equipe multidisciplinar, a farmacêutica é responsável por acompanhar a farmacoterapia, identificar possíveis interações medicamentosas e realizar intervenções que otimizem o alívio dos sintomas. Cabe ressaltar um caso clínico em que ao identificar um medicamento antagonizando o efeito de um analgésico em um paciente com câncer de pulmão em estágio avançado, a farmacêutica promoveu ajustes na prescrição que resultaram em significativa melhora no quadro clínico. Esse exemplo evidencia o impacto do olhar clínico farmacêutico na redução do sofrimento e na promoção da qualidade de vida (CRF-BA, 2024).

Semelhante relato de Boa Prática Assistencial, com a atuação direta do farmacêutico na equipe multiprofissional, pode ser conferido através do exemplo da Dra. Uise Mariane Araújo, Farmacêutica Paliativista, Clínica e Hospitalar, Diretora de comunicação da Academia Estadual de Cuidados Paliativos de Goiás - AECP-GO, Secretaria do Comitê Nacional de Farmácia em Cuidados Paliativos e Coordenadora da Farmácia do Instituto do Rim de Goiânia, IRG- Hospital. Enquanto integrante da equipe de Cuidados Paliativos no Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia – HMAP propôs uma comunicação adaptada feita para paciente estrangeiro de nacionalidade Haitiana que estava em CP. Ao perceber durante o acompanhamento desse paciente, que ele não compreendia a língua portuguesa e ao identificar que essa dificuldade importante de comunicação paciente-equipe influencia na avaliação e controle da dor, que é um componente essencial para o manejo sintomático e conforto do paciente, necessitam de uma estratégia para superar essa barreira linguística e garantir um cuidado mais efetivo e humanizado. A partir de então, foi desenvolvida uma escala de dor adaptada, utilizando recursos visuais associados à tradução simplificada para o haitiano crioulo (*kreyòl* *ayisyen*). Essa ferramenta permitiu ao paciente expressar com maior precisão a intensidade da dor, possibilitando à equipe ajustar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas de maneira mais alinhada às suas necessidades (Araújo, 2025).



Outra iniciativa relevante é desenvolvida no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), em Goiânia, onde desde 2015 funciona o Grupo de Suporte Paliativo de Referência Multidisciplinar (SUPREMA). A equipe, composta por 14 profissionais de diferentes áreas, conta com a participação de duas farmacêuticas que atuam no planejamento terapêutico de pacientes internados nas diversas clínicas da instituição. O trabalho inclui avaliações multiprofissionais detalhadas, que abrangem desde aspectos clínicos e sintomas até o uso atual de medicamentos. Nessa dinâmica, as farmacêuticas exercem papel essencial no uso racional de medicamentos, na identificação de interações e na segurança da terapêutica, promovendo conforto e acolhimento aos pacientes em CP (Hospital das Clínicas da UFG, 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa exploratória teve por objetivo ressaltar a atuação do farmacêutico em CP, permitindo compreender a complexidade e a relevância dessa prática no contexto da saúde contemporânea. Partindo das definições e do histórico dos CP, observou-se a evolução do conceito e sua consolidação como uma abordagem indispensável para a promoção do conforto, dignidade e qualidade de vida dos pacientes com doenças ameaçadoras da vida.

No cenário nacional e internacional, verificou-se o crescimento gradual das políticas públicas voltadas a esse tipo de cuidado, especialmente com a implementação da PNCP no Brasil. A análise da organização dos CP dentro dos níveis da RAS evidenciou avanços, mas também alguns aspectos que precisam ser aprimorados e lapidados para tornar a política mais democrática.

Nesse contexto, destaca-se o papel do farmacêutico como agente fundamental na equipe multidisciplinar. Sua contribuição vai além da logística medicamentosa, assumindo funções clínicas que envolvem o acompanhamento farmacoterapêutico, a avaliação da eficácia e segurança dos medicamentos, e o suporte no controle de sintomas, com especial atenção ao uso racional de opioides. A construção e aplicação de protocolos farmacoterapêuticos específicos para pacientes em CP mostraram-se ferramentas essenciais para a melhoria da prática assistencial.

Cabe ressaltar que tanto a especialização multiprofissional quanto à formação clínica contribui para o fortalecimento da práxis farmacêutica nos CP, aproximando o profissional de uma atuação mais humanizada e comprometida com a dignidade do paciente. O domínio técnico precisa ser acompanhado de uma postura ética e compassiva, que reconheça as singularidades de cada caso e valorize a escuta ativa e o cuidado centrado na pessoa. Assim, o farmacêutico preparado para esse contexto não apenas executa funções técnicas, mas também participa ativamente da elaboração de condutas terapêuticas integradas, sendo corresponsável pelo bem-estar físico e emocional de quem vivencia o processo de morrer com dignidade.

Por fim, este estudo reforça a importância de reconhecer e fortalecer a práxis farmacêutica nos CP, por meio da capacitação contínua, da articulação entre os níveis de atenção à saúde e do engajamento em políticas públicas inclusivas. A atuação do farmacêutico, embasada em conhecimento técnico, sensibilidade ética e empatia, representa uma contribuição valiosa para a construção de uma assistência mais humana, compassiva e resolutiva.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEN NACIONAL. Trajetória dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil. In: História do Brasil – 9º Ano – Volume 4. Brasília, DF: ABEN Nacional, 2022. Cap. 4. Disponível em:<https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e9-historia-cap4.pdf>. Acesso em: 5 maio 2025.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Atlas dos cuidados paliativos no Brasil. São Paulo: ANCP, 2022. Disponível em:<https://www.paliativo.org.br>. Acesso em: 16 maio 2025.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. ampl. e atual. Rio de Janeiro: ANCP, 2012.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). O que são cuidados paliativos. Disponível em: https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao. Acesso em: 28 nov. 2023.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Agência Nacional de Cuidados Paliativos. ANCP divulga Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil. 15 de outubro de 2018. Acesso em: 18 de abril de 2025. Disponível em: [ANCP divulga Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil - ANCP](https://paliativo.org.br/ancp-divulga-panorama-dos-cuidados-paliativos-no-brasil/)

ARAÚJO, Ana Luíza Lima; AQUINO, Simone. O papel do farmacêutico clínico na gestão de negócios em cuidados paliativos. In: SINGEP – Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade, 5., 2016, São Paulo. Anais [...]. São Paulo: UNINOVE, 2016. Disponível em:<https://singep.org.br/5singep/resultado/129.pdf>. Acesso em: 16 maio 2025.

ARAÚJO, Janillê Luciana et al. Segurança do paciente oncológico paliativo em uso de morfina para o controle da dor: revisão de escopo. BrJP, [S. l.], v. 8, e20250006, 2025. Disponível em:<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20250006-pt>. Acesso em: 13 maio 2025.

ARAÚJO, Uise Mariane. Cada vez mais torna-se indispensável a presença do profissional farmacêutico… [LinkedIn]. 16 maio 2025. Disponível em: https://www.linkedin.com/posts/uise-mariane-ara%C3%BAjo-8559677a\_cada-vez-mais-torna-se-indispens%C3%A1vel-a-presen%C3%A7a-activity-7332031991950774272-R\_Cy. Acesso em: 24 maio 2025.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2022. São Paulo: ANCP, 2022. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1r0DVSyo08-ArD-Pf7KjspXB0ALjGEO9p/view. Acesso em: 21 maio 2025.

BARBOSA, Maria Fernanda. Pacientes sob cuidados paliativos oncológicos e assistência farmacêutica: perfil e satisfação. 2011. 103 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

BÍBLIA. Almeida Corrigida e Fiel. 1 Tessalonicenses 5:23. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1995.

BRASIL, 2024; BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Cuidados paliativos: o papel fundamental dos farmacêuticos na humanização da assistência. Conselho Federal de Farmácia, 23 set. 2024. Disponível em:<https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/23/09/2024/cuidados-paliativos-o-papel-fundamental-dos-farmaceuticos-na-humanizacao-da-assistencia>. Acesso em: 4 mar. 2025

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 174, p. 186-189, 25 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução 41 RDC nº 33, de 14 de janeiro de 2000. Dispõe sobre o funcionamento de serviços farmacêuticos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 jan. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 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 do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\_23\_11\_2018.html. Acesso em: 19 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\_22\_09\_2017.html. Acesso em: 19 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde e UNA-SUS promovem dois webinários sobre cuidados paliativos. UNA-SUS, 1 ago. 2022. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-e-una-sus-promovem-dois-webinarios-sobre-cuidados-paliativos. Acesso em: 24 abr. 2025).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 maio 2024. Disponível em:<https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html>. Acesso em: 16 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 83 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira\_servicos\_atencao\_primaria\_saude.pdf. Acesso em: 8 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 maio 1998.

BRUERA, Eduardo et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. Journal of palliative care, v. 7, n. 2, p. 6-9, 1991.

CASSIANO, Maria Giovanna; SOUZA, Talita Gomes de; et al. Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 35, n. eAPE01740, 2022. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao01740. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/ape/a/YkL3fkKZ4C6Z6nqGKNSCc4j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2025.

CASTRO, Maria Cristina Freitas de; FULY, Patrícia dos Santos Claro; SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos; CHAGAS, Marléa Crescêncio. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 42, e2019-0068, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/TSsc3FTFp8Wf4zgJ37bKnPs/?format=pdf. Acesso em: 21 maio 2025.

COMITÊ DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Cuidados paliativos e fragilidade: cartilha para o profissional de saúde. Coord. Ana Luisa Rugani Barcellos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Comitê de Nutrição da ANCP, 2024. ISBN 978-65-81360-04-7.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 174, p. 186-189, 25 set. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Atendimento farmacêutico no tratamento paliativo de pacientes é tema de tese de mestrado na USP. Disponível em:<https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/18/01/2023/atendimento-farmaceutico-no-tratamento-paliativo-de-pacientes-e-tema-de-tese-de-mestrado-na-usp>. Acesso em: 19 maio 2025.

CUIDADOS de fim de vida à pessoa idosa portadora de doenças não oncológicas. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022. Disponível em: [www.paliativo.org.br](http://www.paliativo.org.br). Acesso em: 08 maio 2025.

FERNANDES, Maria Carolina Peçanha; MATTOS, Luciana Favoreto Vieira; BARBOSA, Maria Fernanda. Conciliação medicamentosa em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 4, e-031360, 2021. Disponível em:<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1360>. Acesso em: 23 jun. 2025.

HERMES, Hélida Ribeiro. LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. SCIELO, Rio de Janeiro, jun. 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012. Disponível em: BRASILhttps://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/. Acesso em: 28 nov. 2023.

HERNDON, Christopher M. et al. ASHP guidelines on the pharmacist’s role in palliative and hospice care. American Journal of Health-System Pharmacy, v. 73, n. 17, p. 1351-1367, 2016.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS conta com equipe multidisciplinar atendendo pacientes de todas as clínicas do local. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 14 dez. 2021. Disponível em:<https://paliativo.org.br/hospital-clinicas-universidade-federal-goias-equipe-multidisciplinar-atendendo-pacientes-clinicas-local/>. Acesso em: 16 maio 2025.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. Manual de cuidados paliativos 2ª edição. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023. Disponível em: https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/pt/ensino/pesquisa/livros/Documents/manual-cuidados-paliativos.pdf. Acesso em: 5 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). A avaliação do paciente em cuidados paliativos. Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo\_serie\_cuidados\_paliativos\_volume\_1\_0.pdf. Acesso em: 16 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Cuidados paliativos. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em:<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 16 maio 2025.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. Access to essential medicines in palliative care: a project proposal for the WHO. Houston: IAHPC, 2006. Disponível em: https://hospicecare.com. Acesso em: 8 abr. 2025

KULKAMP, Irene Clemes; BARBOSA, Camila Goulart; BIANCHINI, Karine Cargnin. Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, supl., p. 721-731, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YfCj4GcKx9RtZc7SrJrKK8Q/. Acesso em: 13 maio 2025.

LEÃO, Deolinda; CARQUEJA, Eduardo. Comunidades compassivas: uma resposta aos desafios em cuidados paliativos. Motricidade, v. 20, n. 1, p. 36-44, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.6063/motricidade.33970. Acesso em: 18 abril 2025

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios; in Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 1ª. Parte. 1ª. Edição, Editora Diagraphic, Rio de Janeiro. 2009.

MEDICINA S/A. Projeto Goiânia Compassiva leva cuidados paliativos à população vulnerável. Medicina S/A, 18 jul. 2024. Disponível em: https://medicinasa.com.br/goiania-compassiva/. Acesso em: 24 abr. 2025.

MELO, Rômulo Mesquita et al. Revisão da farmacoterapia em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: o farmacêutico na garantia do uso racional e seguro de medicamentos para o controle de sintomas. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, e-064695, 2024. DOI: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n3.4695.

MESQUITA, Maria Gefé da Rosa; SILVA, Alexandre Ernesto; COELHO, Lívia Pereira; MARTINS, Matheus Rodrigues; SOUZA, Marcela Teixeira de; TROTTE, Liana Amorim Corrêa. Comunidade compassiva de favela: ampliando o acesso aos cuidados paliativos no Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 57, p. e20220432, 2023. Disponível em:<https://iep.hospitaldeamor.com.br/wp-content/uploads/2021/03/Comunidade-compassiva.pdf>. Acesso em: 16 maio 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comunidades Compassivas se espalham pelo Brasil apoiando cuidados paliativos integrados ao SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2 dez. 2024. Disponível em:<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/comunidades-compassivas-se-espalham-pelo-brasil-apoiando-cuidados-paliativos-integrados-ao-sus>. Acesso em: 24 abr. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). Ministério da Saúde e UNA-SUS promovem dois webinários sobre cuidados paliativos. Brasília, DF: UNA-SUS, 2022. Disponível em:<https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-e-una-sus-promovem-dois-webinarios-sobre-cuidados-paliativos>. Acesso em: 24 abr. 2025.

OLIVEIRA, Lívia Costa de. Cuidados Paliativos: Por que Precisamos Falar sobre isso? Revista Brasileira de Cancerologia. INCA, Rio de Janeiro, v. 65, n. 4, dez. 2019. DOI: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.558. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/558. Acesso em: 28 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Manual de cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. Brasília: PlanificaSUS, 2022. Disponível em:<https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=1e46e6378b9b4ee6ce60c1f339bf146a8af0cd77&t=1701202060&type=biblioteca>. Acesso em: 16 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Definition of Palliative Care. Geneva: WHO. Disponível em http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en Acesso em: 28 nov. 2023.

PAIVA, Carlos Eduardo et al. The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. PLoS One, v. 10, n. 7, p. e0132073, 2015.

PAIVA, Carolina Fraga. et. al. Trajetória dos cuidados paliativos no mundo e no brasil. In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.) Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasilia, DF: Editora ABen; 2022. p. 41 a 49. https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04. Disponível em: https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e9-historia-cap4.pdf. Acesso em 29 nov. 2023.

PAIVA, Carolina Fraga; SANTOS, Tânia Cristina Franco; COSTA, Laís de Miranda Crispim; ALMEIDA-FILHO, Antonio José de. Trajetória dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil. In: PERES, Maria Auxiliadora Azevedo; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza;

PRAXEDES, Taísa dos Santos. Pacientes domiciliares e cuidados paliativos: condutas e importância do papel da enfermagem. 2022. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade AGES, Campus Lagarto, Lagarto, 2022.

RABELO, Aline S.; BORELLA, Marcia C. A atuação do farmacêutico clínico em cuidados paliativos. In: Anais do 5º Congresso Internacional de Gestão, Educação e Pesquisa em Saúde (5º SINGEP), 2013. Disponível em:<https://singep.org.br/5singep/resultado/129.pdf>. Acesso em: 16 maio 2025.

ROSA, Vitória Rodrigues Franco da; PEREIRA, Estela Rezende; CANAAN, Júnia Flávia Aparecida Pereira; PEREIRA, Larissa Mirelle de Oliveira. O uso de opioides nos cuidados paliativos oncológicos: uma revisão de literatura. Research, Society and Development, v. 13, n. 6, e2413645987, 2024. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i6.45987>. Acesso em: 14 abr. 2025.

SANTOS, Tânia Cristina Franco; ALMEIDA-FILHO, Antonio José de (Orgs.). Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABEn, 2022. p. 41–49. Disponível em:<https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e9-historia-cap4.pdf>. Acesso em: 16 maio 2025.

SILVA, Carla Maria Lima. et. al. Serviços farmacêuticos em cuidados paliativos. REVISTA ELETRÔNICA SAÚDE E CIÊNCIA. Sergipe: Vol. 10, nº 02, 2020. ISSN 2238-4111.

SILVA, J. C. C. S.; SILVA, M. O.; CARDOSO FILHO, J. E. P. Estudo da estrutura química dos opioides e sua influência na atividade farmacológica. UNISANTA Bioscience, v. 13, n. 1, p. 35–54, 2024.

SILVA, Rosanna Rita; MASSI, Giselle de Athayde. Trajetória dos serviços de cuidados paliativos no Brasil: aspectos históricos e atuais. Research, Society and Development, [S.l.], v. 11, n. 11, e222111133545, 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33545. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33545. Acesso em: 16 maio 2025.

SOCIEDADE PROMOCIONAL DE DESENVOLVIMENTO MÉDICO (SPDM). A importância social do hospital vai muito além do atendimento médico. São Paulo: SPDM, 2015. Disponível em: https://spdm.org.br/noticias/mais-noticias/a-importancia-social-do-hospital-vai-muito-alem-do-atendimento-medico/. Acesso em: 16 maio 2025.

VIANA, Victoria Vecchi Pacheco et al. Importância do manejo adequado da dor para pacientes em cuidados paliativos. Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 3, p. 10813-10824, 2023.

World Health Organization (WHO). (2021). Ageing and health. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

ZAMARCHI, Gabriela Cristina Gonçalves; LEITÃO, Bianca Freire Bolognani. Estratégias educativas em cuidados paliativos para profissionais da saúde. Revista Bioética, Brasília, v. 31, n. 1, e3491PT, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-803420233491PT.

ZENI. Santa Fabiola de Roma, Matrona – 27 de dezembro. Heróinas da Cristandade, 27 dez. 2012. Disponível em: https://heroinasdacristandade.blogspot.com/2012/12/santa-fabiola-de-roma-matrona-27-de.html. Acesso em: 16 maio 2025.