

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

LUÍSA PEDRADA DE SOUSA BAMBINI

**POLÍTICAS PÚBLICAS E IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

**VITÓRIA
2025**

LUÍSA PEDRADA DE SOUSA BAMBINI

**POLÍTICAS PÚBLICAS E IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS
PALIATIVOS NO MUNDO: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Dr^a. Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Área de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2025

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

B199p Bambini, Luísa Pedrada de Sousa
Políticas públicas e implementação dos serviços de cuidados paliativos no mundo : uma revisão de escopo / Luísa Pedrada de Sousa Bambini - 2025.
117 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2025.

1. Políticas públicas. 2. Cuidados paliativos - pacientes. 3. Saúde - serviços. 4. I. Barbosa, Roberta Ribeiro Batista. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.175

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

LUÍSA PEDRADA DE SOUSA BAMBINI

**POLÍTICAS PÚBLICAS E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO
MUNDO: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada emde.....2025.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



ROBERTA RIBEIRO BATISTA BARBOSA

Data: 28/05/2025 14:11:51-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a Roberta Ribeiro Batista Barbosa

(Orientadora - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia - EMESCAM)

Documento assinado digitalmente



FERNANDO ROCHA OLIVEIRA

Data: 28/05/2025 14:17:36-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^o Fernando Rocha Oliveira

(Banca Interna – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia - EMESCAM)

Documento assinado digitalmente



SARA FITERMAN LIMA

Data: 27/05/2025 19:13-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a Sara Fiterman Lima

(Banca Externa – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão - UFMA)

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Salvador, dedico toda a honra e glória, pois nEle encontro sustento e força em cada dia e em cada desafio enfrentado ao longo desta trajetória.

Ao meu esposo, Ramon, meu maior incentivador, cuja presença constante me oferece apoio inabalável, carinho, proteção e encorajamento. Sua parceria foi essencial para que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, Nilcely e Gedilton, que, com amor e dedicação, me educaram e me mostraram que o conhecimento é uma poderosa ferramenta capaz de abrir caminhos inimagináveis. A eles, minha eterna gratidão por me inspirarem a buscar sempre mais. Aos meus irmãos, Thaís e Davi, pelo incentivo, inspiração e apoio, assim como a toda minha família e amigos, que estiveram ao meu lado em todos os momentos, oferecendo suporte e palavras de encorajamento.

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Roberta Ribeiro Batista Barbosa, que se tornou muito mais do que uma mentora acadêmica — uma verdadeira mãe —, cuja orientação, paciência e exemplo me conduziram não apenas nesta pesquisa, mas desde a graduação, impulsionando-me a desenvolver meu potencial e a buscar sempre a melhor versão de mim mesma.

A todo o corpo docente do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM, agradeço pela formação enriquecedora e pela oportunidade de aprofundamento em uma temática de grande relevância social. Registro um agradecimento especial à coordenadora do curso, Prof^a Dr^a Ítalla Maria Pinheiro Bezerra, pelo incentivo, pela dedicação e pelo cuidado sempre presente, que foram fundamentais para a conclusão desta etapa.

À CAPES, agradeço a concessão da bolsa de estudos, que proporcionou a possibilidade de me dedicar integralmente a esta pesquisa, permitindo uma imersão científica significativa e de grande impacto para minha formação acadêmica e profissional.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta jornada, meu mais sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Paliativos (CP) representam uma abordagem holística, realizada por uma equipe multiprofissional, destinada a indivíduos que enfrentam sofrimento relacionado à saúde decorrente de doenças ameaçadoras de vida. Projeções indicam que, até 2060, aproximadamente 48 milhões de pessoas morrerão anualmente em condições de intenso sofrimento. **Objetivo:** Analisar a implementação dos serviços de cuidados paliativos no mundo, identificando barreiras, potencialidades e proposições voltadas à reorientação das políticas públicas. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, desenvolvida conforme as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) e organizada segundo o checklist PRISMA-ScR. O protocolo da pesquisa foi registrado no Open Science Framework (OSF). Para a seleção dos estudos, foram utilizadas as bases de dados: PubMed, IBECs/BVS, Sage Journals, Scopus, ScienceDirect, Web of Science e LILACS. A busca foi realizada com descritores padronizados pelo MeSH, utilizando a combinação de descritores: "*Palliative care*" AND ("*public policy*" OR "*health policy*"). O processo de seleção envolveu a exclusão de duplicatas, seguida da triagem pela leitura dos títulos, resumos e íntegra. As proposições de melhoria de cada estudo foram apresentadas em infográfico distribuídas no Mapa-múndi. **Resultados:** Foram analisados 5.597 estudos, dos quais 23 atenderam aos critérios de elegibilidade, evidenciando disparidades regionais na implementação dos CP. Na Europa, destacam-se a necessidade de fortalecer a formação profissional, a comunicação e a integração dos serviços. Na Ásia, a expansão do suporte domiciliar contrasta com dificuldades associadas à resistência de pacientes e cuidadores, instabilidade política e fragilidades na atenção primária. Na Oceania, observa-se um avanço na relação entre profissionais e cuidadores, embora entraves como escassez de recursos. Na América do Norte, a descentralização da governança da saúde e a continuidade do cuidado pelos médicos de família são potencialidades, enquanto o financiamento dependente da vontade política e o desbalanceamento da carga de trabalho representam desafios. Na América Central, há um reconhecimento crescente da importância dos CP, mas a escassez de recursos exige estratégias de capacitação e sensibilização profissional. Na América do Sul, aspectos culturais, como a espiritualidade, podem contribuir para o cuidado, porém, a precariedade da infraestrutura pública e barreiras políticas resultam em superlotação hospitalar, evidenciando a necessidade de investimentos em formação profissional e fortalecimento de políticas públicas. **Conclusão.** Identificaram-se potencialidades como cuidados domiciliares, capacitação profissional, políticas públicas e suporte a pacientes e cuidadores, enquanto barreiras incluem infraestrutura precária, desafios organizacionais e limitações tecnológicas. As melhorias sugeridas envolvem participação ativa do paciente, regulamentação, financiamento sustentável e inovação. Espera-se que esses dados auxiliem gestores e formuladores de políticas na ampliação e aprimoramento dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Políticas Públicas. Saúde. Mundo.

ABSTRACT

Introduction: Palliative Care (PC) represents a holistic approach delivered by a multidisciplinary team aimed at individuals experiencing health-related suffering due to life-threatening illnesses. Projections estimate that by 2060, approximately 48 million people will die annually under conditions of severe suffering. **Objective:** To analyze the implementation of palliative care services worldwide, identifying barriers, strengths, and proposals aimed at the reorientation of public policies. **Method:** This is a scoping review conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines and structured following the PRISMA-ScR checklist. The research protocol was registered in the Open Science Framework (OSF). The following databases were used for study selection: PubMed, IBECs/BVS, Sage Journals, Scopus, ScienceDirect, Web of Science, and LILACS. The search strategy employed standardized descriptors from MeSH, using the combination: "Palliative care" AND ("public policy" OR "health policy"). The selection process involved the removal of duplicates, followed by screening based on titles, abstracts, and full-text analysis. Improvement proposals from each study were presented via an infographic distributed on a world map. **Results:** A total of 5,597 studies were analyzed, of which 23 met the eligibility criteria, highlighting regional disparities in the implementation of PC. In Europe, the need to strengthen professional training, communication, and service integration stands out. In Asia, the expansion of home-based support contrasts with challenges related to patient and caregiver resistance, political instability, and weaknesses in primary care. In Oceania, progress has been noted in the relationship between professionals and caregivers, despite obstacles such as resource scarcity. In North America, the decentralization of health governance and continuity of care by family physicians are strengths, whereas funding dependency on political will and imbalanced workloads present significant challenges. In Central America, there is growing recognition of the importance of PC, but limited resources necessitate professional training and awareness-raising strategies. In South America, cultural aspects such as spirituality may enhance care, yet precarious public infrastructure and political barriers lead to hospital overcrowding, underlining the need for investments in workforce development and stronger public policies. **Conclusion:** Identified facilitators include home-based care, professional training, public policies, and support for patients and caregivers. Barriers encompass inadequate infrastructure, organizational challenges, and technological limitations. Suggested improvements involve active patient participation, regulatory measures, sustainable financing, and innovation. These findings are expected to support policymakers and health administrators in expanding and enhancing the quality of palliative care.

Keywords: Palliative Care. Public Policy. Health. World.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos elementos utilizados para a elaboração da pergunta de revisão.....	47
Quadro 2 - Estratégia de busca utilizada para revisão de escopo nas bases de dados.	49
Quadro 3 - Manejo da utilização de filtros nas diferentes bases de dados	49
Quadro 4 – Caracterização dos estudos, quanto à autoria, ano de publicação, local do estudo, tipo do estudo, amostra e objetivos.	54
Quadro 5 – Caracterização do contexto local histórico de implementação dos serviços em Cuidados Paliativos	59
Quadro 6 – Caracterização dos estudos incluídos quanto à autoria, potencialidades, barreiras e proposições de melhorias acerca dos serviços em Cuidados Paliativos.	65
Quadro 7 – Potencialidades identificadas na implementação e no desenvolvimento dos serviços de Cuidados Paliativos.	74
Quadro 8 - Barreiras identificadas na implementação e no desenvolvimento dos serviços de Cuidados Paliativos.	75
Quadro 9 - Proposições identificadas para o aprimoramento da implementação e do desenvolvimento dos serviços de Cuidados Paliativos.	76
Quadro 10 – Distribuição das proposições para os serviços de Cuidados Paliativos no mundo	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos.....	52
Figura 2 – Infográfico sobre o mapeamento das proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos no âmbito global.	80

LISTA DE SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CP	Cuidados Paliativos
CPP	Cuidados Paliativos Pediátricos
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNTs	Doenças Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAPC	Associação Europeia de Cuidados Paliativos
EIHSCP	Equipes Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos
FECUPAL	Federação Equatoriana de Cuidados Paliativos
GPCCP	Guia de Prática Clínica para Cuidados Paliativos
GPs	Médicos Generalistas
IAHPC	Associação Internacional de Hospices e Cuidados Paliativos
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
IMOAB	Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JACCRI	Jamaica Cancer Care and Research Institute
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
LAD-MA	Liga Acadêmica de Dor do Maranhão
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings Terms</i>
MS	Ministério da Saúde
MSP	Ministério da Saúde Pública
NHS	Serviço Nacional de Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OSF	<i>Open Science Framework</i>
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa de Humanização da Assistência Hospitalar
PRISMA-ScR	<i>PRISMA extension for scoping reviews</i>
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SECPAL	Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos
SOLCA	Sociedade de Luta contra o Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
WHPCA	Aliança Mundial de Cuidados Paliativos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: HISTÓRIA, DIRETOS HUMANOS E OS DESAFIOS DA AGENDA 2030	23
2.1.1 História das Políticas Públicas de Saúde no Mundo.....	23
2.1.2 Humanização da assistência na saúde pública e direitos humanos	26
2.1.3 Desafios e potencialidades do monitoramento da saúde na Agenda 2030	28
2.2.1 Políticas Públicas em Cuidados Paliativos no Mundo.....	32
2.2.2 Implementação dos Cuidados Paliativos na Europa.....	35
2.2.3 Implementação dos Cuidados Paliativos na Ásia	36
2.2.4 Implementação dos Cuidados Paliativos na Oceania	37
2.2.5 Implementação dos Cuidados Paliativos na África.....	38
2.2.6 Implementação dos Cuidados Paliativos na América do Norte	38
2.2.7 Implementação dos Cuidados Paliativos na América Central	39
2.2.8 Implementação dos Cuidados Paliativos na América do Sul.....	40
2.2.8.1 Implementação dos Cuidados Paliativos no Brasil.....	41
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 OBJETIVO GERAL	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
4 MÉTODOS	46
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	46
4.2 PERGUNTA DA REVISÃO.....	47
4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	48
4.4 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA	48
4.5 SELEÇÃO DOS ESTUDOS	49

4.6 EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	50
5 RESULTADOS.....	52
5.1 SELEÇÃO DOS ESTUDOS	52
6 DISCUSSÃO.....	83
6.1 ESTADO DA ARTE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO.....	83
6.2 POTENCIALIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS POR CONTINENTE	85
6.2.1 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na Europa .	85
6.2.2 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na Ásia	86
6.2.3 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na Oceania	87
6.2.4 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na América do Norte.....	87
6.2.5 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na América Central.....	88
6.2.6 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na América do Sul.....	88
6.3 BARREIRAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS POR CONTINENTE	89
6.3.1 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na Europa.....	89
6.3.2 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na Ásia	90
6.3.3 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na Oceania	91
6.3.4 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na América do Norte	92
6.3.5 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na América Central	94
6.3.6 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na América do Sul	95

6.4 PROPOSIÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS POR CONTINENTE	96
6.4.1 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na Europa.	97
6.4.2 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na Ásia	98
6.4.3 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na Oceania	99
6.4.4 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na América do Norte	100
6.4.5 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na América Central	101
6.4.5 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na América do Sul.....	103
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS.....	110
ANEXOS	118

1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) referem-se a uma abordagem holística realizada por uma equipe multiprofissional a pessoas de todas as idades que enfrentam sofrimento relacionado à saúde, ocasionado por doenças graves, especialmente em situações de fim de vida. O principal objetivo do CP é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e cuidadores, promovendo a prevenção e o alívio do sofrimento. Isso é alcançado por meio de medidas como a identificação precoce, avaliação e tratamento direcionados para o alívio da dor física, assim como para o bem-estar psicossocial e espiritual (Radbruch *et al.*, 2020, OMS, 2017, Castilho; Silva; Pinto, 2021a).

A resolução 67.19 da Assembleia Mundial da Saúde, de 2014, reconheceu os cuidados paliativos como uma responsabilidade ética dos sistemas de saúde e convocou os Membros da OMS a garantirem sua prestação por meio de serviços abrangentes de Atenção Primária à Saúde (APS), destacando a preocupação com doenças e agravos não transmissíveis, exortando os países membros a implementarem os cuidados paliativos em seus sistemas de saúde, com ênfase na atenção básica e no atendimento domiciliar (WHO, 2014).

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) reconheceu o CP como um direito humano fundamentado no direito à saúde. O Comitê responsável por esse pacto reforça que os países signatários devem garantir o acesso a cuidados de saúde, incluindo os paliativos, independentemente de seus recursos (PIDESC, 2000). A OMS e outras organizações internacionais, como a Associação Internacional de Hospícios e Cuidados Paliativos (IAHPC), destacam a necessidade da inclusão dos CP nos sistemas de saúde. Instâncias como o Senado Canadense, a Comissão Europeia de Ministros e a Assembleia Mundial da Saúde também reforçam essa exigência (Connor *et al.*, 2020).

O CP também foi incorporado na Declaração de Astana por meio de três componentes inter-relacionados e sinérgicos que: (i) atendem às necessidades de saúde das pessoas ao longo da vida, desde a prevenção, promoção, cuidados curativos, reabilitação e cuidados paliativos; (ii) abordam os determinantes mais

amplos da saúde, com base em políticas e ações multissetoriais fundamentadas em evidências; e (iii) capacitam indivíduos e comunidades a se envolverem mais nas decisões sobre os serviços de saúde e sua própria saúde (WHO, 2022).

Em 2017, ocorreram 55.945.730 mortes em 195 países, e a grande maioria, 73,4%, foi atribuída a doenças não transmissíveis, sendo que, os cuidados paliativos foram necessários para 43,3% de todas as mortes naquele ano (Connor, 2020). Esses dados evidenciam a importância da implementação efetiva de cuidados paliativos na atenção primária, secundária e terciária à saúde, além da necessidade de financiamento adequado para essa área e do desenvolvimento de políticas públicas que atendam a essa população.

Em 2020, estimou-se que, anualmente, mais de 56,8 milhões de crianças e adultos sofreram desnecessariamente, sofrimento este que pode ser abordado e tratado por meio de cuidados paliativos, sendo que 78% desses indivíduos viviam em países de baixa e média renda (Clark *et al.*, 2020). A disponibilidade de serviços de CP permanece limitada para pacientes com doenças não transmissíveis (DNTs) globalmente, com apenas 39% dos países relatando disponibilidade geral (WHO, 2021).

Além disso, estima-se que até 2060, 48 milhões de pessoas morrerão anualmente em condições de intenso sofrimento relacionado à saúde, representando um aumento de 87% em relação a 2016. Destaca-se que 83% desses óbitos ocorrerão em países de baixa e média renda, onde o acesso a serviços de saúde adequados, cuidados paliativos e medicamentos essenciais permanece significativamente restrito (Sleeman *et al.*, 2019). Esse cenário evidencia a necessidade urgente de políticas globais que promovam a equidade no acesso aos cuidados paliativos, garantindo assistência humanizada e alívio do sofrimento a populações vulneráveis (WHO, 2020).

Segundo a OMS (2019), a oferta de CP para pacientes com Doenças Não Transmissíveis (DNTs) ainda é limitada globalmente, sendo relatada como disponível de forma geral em apenas 39% dos países. A morfina oral está acessível em 44% das nações. Além disso, metade dos países afirmou incluir os CP em suas políticas nacionais de DNTs de maneira operacional, enquanto 68% possuíam financiamento específico para essa assistência. A disponibilidade de cuidados paliativos na Atenção

Primária à Saúde (APS) alcança 50% nos países com financiamento dedicado, em contraste com apenas 15% nos que não possuem esse suporte financeiro (Connor, 2020).

A expansão dos cuidados paliativos enfrenta desafios como concepções equivocadas, escassez de pesquisa e educação, e resistência cultural em discutir a terminalidade. A falta de ações efetivas, especialmente em países de baixa e média renda, agrava desigualdades e impede progressos, apesar da crescente demanda global (Grant; Back; Dettman, 2020). É essencial integrar os cuidados paliativos às políticas de saúde, reconhecendo-os como uma competência fundamental para todos os profissionais e uma especialidade crucial no manejo de casos complexos (Peller; Afolabi; Harding, 2024).

O último mapeamento global do desenvolvimento dos cuidados paliativos foi realizado em 2017, classificando os países em diferentes categorias conforme seu nível de implementação. Esse monitoramento, iniciado em 2006 e atualizado em 2011 e 2017, tem sido fundamental para a defesa, planejamento e avaliação dos cuidados paliativos em nível mundial. Em 2014, os dados do segundo estudo foram essenciais para embasar a Resolução da 67ª Assembleia Mundial da Saúde, aprovada por todos os Estados-membros (WHO, 2020).

Esse mapeamento classificou os países em diferentes categorias de acordo com o nível de desenvolvimento dessa assistência, considerando fatores de disponibilidade de serviços, capacitação profissional, acesso a medicamentos essenciais e integração às políticas de saúde. No Grupo 1, encontram-se os países sem qualquer atividade reconhecida de cuidados paliativos, nos quais, apesar da possibilidade de iniciativas não identificadas, não há evidências documentadas de serviços ou políticas relacionadas, abrangendo 47 países, principalmente na África e ilhas do Pacífico, e 3,1% da população mundial (WHO, 2020).

O Grupo 2 inclui países em fase de capacitação, mas sem serviços estabelecidos. As ações identificadas incluem a participação em conferências, capacitação de profissionais e o planejamento para implementação futura, representando 13 países, principalmente da África, e 1,7% da população global. O Grupo 3 é subdividido em duas categorias: a primeira, caracteriza-se por serviços

limitados, frequentemente dependentes de doações, com escasso acesso à morfina e cobertura populacional insuficiente, englobando 65 países, principalmente da África e América Latina e 47,7% da população mundial. A segunda categoria, abrange países de múltiplos provedores de serviços, maior financiamento, melhor acesso a opioides e capacitação local, contemplando 22 países, principalmente da Europa e 5,7% da população mundial (WHO, 2020).

Já o Grupo 4 inclui países, principalmente na Europa, onde os cuidados paliativos estão integrados ao sistema de saúde, dividindo-se em duas fases. A fase preliminar, presente em 21 países, e cobrindo 27,6% da população global, caracterizada por crescente conscientização entre profissionais e comunidades, implementação de estratégias e impacto inicial nas políticas públicas. A fase avançada, identificada em 30 países e 14,2% da população mundial, distingue-se pela presença consolidada de serviços em diversas localidades, ampla oferta de tratamentos, diretrizes bem estabelecidas e ensino estruturado nas universidades (WHO, 2020).

Embora o objeto de pesquisa dessa dissertação seja a implementação dos serviços de cuidados paliativos no contexto mundial, é importante destacar o Brasil, recebeu a Classificação 3B em 2020, melhorando sua classificação quando comparado a última publicação de 2014, porém ainda caracterizando necessidade de melhorias e de desenvolvimento político-científico (WHO, 2020; Forte *et al.*, 2018).

Ao contrário de países onde os CP estão mais desenvolvidos, o Brasil, até recentemente, não possuía uma política pública estruturada para orientar o crescimento dessa área. Foi apenas em 7 de maio de 2024 que a Portaria GM nº 3681 foi promulgada, instituindo a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no Sistema Único de Saúde (SUS), um marco importante para a regulamentação e expansão desses serviços no país (Brasil, 2024).

Entre os principais desafios para o desenvolvimento dos CP está a ausência de um quadro regulatório uniforme, incluindo diretrizes padronizadas e coordenação eficiente, especialmente em países onde cada região ou comunidade autônoma tem autonomia para organizar e implementar seus próprios serviços de saúde (Sánchez-Gutiérrez *et al.*, 2022). Para que os cuidados paliativos sejam integrados de forma

eficaz aos sistemas de saúde, é essencial uma avaliação precisa das necessidades, permitindo que gestores e implementadores organizem recursos e capacitação de maneira adequada para atender à demanda crescente (WHO, 2021).

Parajuli e Hucey (2021) em sua revisão sistemática específica para pacientes oncológicos, destacam, entre essas barreiras à implementação dos cuidados paliativos, o conhecimento negativo e os estereótipos associados aos cuidados paliativos, predominantemente por parte das famílias. Além disso, são apontadas expectativas irreais quanto ao tratamento, barreiras econômicas e logísticas, a falta de treinamento e conhecimento por parte dos profissionais, dificuldades na introdução dos cuidados paliativos, barreiras de comunicação, bem como obstáculos estruturais e organizacionais relacionados à fragmentação da assistência e aos custos envolvidos (Parajuli; Hupcey, 2021).

Torna-se imperativo investigar as políticas públicas globais, bem como os processos de implementação associados, a fim de reorientar as políticas públicas alinhadas com as características de sua população. Uma revisão sistemática recente sublinhou essa necessidade, apontando a ausência de estruturas financeiras para respaldar os serviços de cuidados paliativos. Além disso, ressaltou a importância de estabelecer uma distinção institucional entre viabilidade e sustentabilidade contínua, enfatizando a exigência de uma abordagem mais sistemática nesse contexto (Rizvi *et al.*, 2023).

Dentro de um aspecto mundial, é importante salientar as diferenças culturais em cada continente e, muitas vezes, até mesmo entre países de uma mesma região. Esses aspectos culturais e regionais influenciam o desenvolvimento e a implementação dos CP, uma vez que determinam concepções sobre saúde, doença, morte e qualidade de vida. Dessa forma, compreender e respeitar essas particularidades é essencial para a construção de modelos de cuidados paliativos mais inclusivos, adaptados às necessidades locais e capazes de proporcionar assistência humanizada e eficaz (Magalhães; Etchegaray; Gonçalves, 2024).

1.1 JUSTIFICATIVA

Com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas, a demanda por serviços de cuidados paliativos tem crescido significativamente. Diante desse cenário, é essencial avaliar se as políticas existentes estão alinhadas com as necessidades da população e se são eficazes na melhoria do acesso e da qualidade desses serviços. No entanto, o acesso e a qualidade dos cuidados paliativos ainda são limitados em muitos países e regiões, o que destaca a importância de pesquisas que orientem a formulação de políticas públicas e a alocação eficiente de recursos (Matiello *et al.*, 2020).

Adicionalmente, a pandemia de COVID-19 evidenciou ainda mais a relevância dos cuidados paliativos na assistência a pacientes em estado grave e aos seus familiares, reforçando a necessidade de avaliar e fortalecer as políticas de saúde voltadas para esses cuidados (Florêncio *et al.*, 2020). A necessidade de cuidados paliativos continua a crescer, mas o progresso na ampliação do acesso e na qualidade desses serviços permanece lento. É fundamental que os cuidados paliativos sejam reconhecidos como uma habilidade essencial para todos os profissionais de saúde e como uma especialidade dedicada a casos complexos e ao apoio a outras áreas da saúde (Peller; Aladayo; Harding, 2024).

O interesse pelo aprofundamento dos estudos em CP foi despertado a partir de uma experiência internacional no Canadá, durante um trabalho voluntário em um hospital especializado nessa área, ainda no período do ensino médio. Esse interesse foi ampliado ao longo da graduação no Brasil e consolidado na escolha pela residência multiprofissional em Cuidados Paliativos, proporcionando um aprofundamento teórico e prático. A identificação de disparidades no conhecimento e no acesso a esses cuidados entre o Brasil e o Canadá motivou a investigação de estratégias para aprimorar a implementação desses serviços no contexto brasileiro, com base em parâmetros globais.

As vivências em diferentes contextos possibilitaram uma compreensão aprofundada sobre a relevância desse assunto, especialmente quando iniciados precocemente. No Canadá, observou-se que pacientes que recebiam essa abordagem de maneira antecipada apresentavam benefícios significativos.

Em contrapartida, no Brasil, foram identificadas diversas barreiras à implementação dos CP, particularmente no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas e à disseminação do conhecimento sobre o tema entre profissionais de saúde e a população em geral. Esse manejo, muitas vezes, era iniciado apenas nos estágios finais da vida, resultando, frequentemente, em sofrimento evitável para pacientes e seus familiares.

Outras lacunas evidenciadas por essas diferentes experiências incluem as diferenças culturais e religiosas, que influenciam diretamente o comportamento dos pacientes e de seus familiares, bem como o manejo multiprofissional. Essas vivências trouxeram à tona questões importantes para o desenvolvimento desta pesquisa.

Inicialmente, essa dissertação tinha como objetivo analisar os desafios relatados pelos serviços CP no Brasil descritos na literatura. No entanto, um levantamento preliminar nas bases de dados, revelou uma escassez de estudos qualitativos sobre a implementação desses cuidados no país. Os poucos estudos disponíveis concentravam-se em pacientes oncológicos em estágio terminal, abordavam exclusivamente o papel de um único profissional de saúde ou focavam em intervenções terapêuticas específicas. Além disso, a Política Nacional de Cuidados Paliativos foi instituída recentemente, o que dificulta análises mais robustas sobre sua implementação baseada em políticas públicas.

Dessa forma, optou-se pela realização de uma revisão de escopo, metodologia caracterizada pelo mapeamento da literatura, sendo adequada para atender aos objetivos da pesquisa. Essa abordagem possibilita a sistematização das informações referentes à implementação dos CP em diferentes contextos, bem como às proposições dos autores para aprimoramentos. Assim, contribui-se para o avanço desse campo, ainda em desenvolvimento em diversos países (Peters *et al.*, 2015).

Dessa forma, surgiu a seguinte **pergunta de pesquisa** para construção dessa dissertação: Quais as barreiras e potencialidades na implementação dos serviços de cuidados paliativos no mundo, e as proposições de melhorias para reorientação das políticas públicas?

Para responder o problema da pesquisa, foi conduzida uma revisão de escopo para mapear e sintetizar o conhecimento existente sobre implementação dos serviços

de Cuidados Paliativos no mundo, destacando as potencialidades e barreiras, assim como as proposições para a reorientação de políticas públicas considerando os contextos locais.

A revisão de escopo é uma metodologia valiosa para mapear e sintetizar o conhecimento disponível em uma área específica de interesse (Peters *et al.*, 2015). No âmbito dos CP, a condução de uma revisão de escopo sobre políticas de saúde é crucial para compreender como as políticas são desenvolvidas e implementadas em diferentes contextos, bem como seus impactos na assistência aos pacientes e seus familiares.

Essa abordagem permite identificar lacunas no conhecimento e direcionar futuras pesquisas nessa área, justificando a importância deste estudo. Além disso, a revisão proporciona uma análise das barreiras e potencialidades na implementação dos cuidados paliativos no mundo descritas na literatura, considerando as políticas públicas de saúde vigentes, com objetivo de fomentar o desenvolvimento de políticas mais eficazes e fundamentadas em evidências (Peters *et al.*, 2015).

Após as considerações introdutórias apresentadas neste primeiro capítulo, a dissertação foi estruturada da seguinte forma, com o objetivo de aprofundar o objeto de estudo e responder à questão central da pesquisa: no capítulo 2, será apresentada uma revisão narrativa da literatura, oferecendo o arcabouço teórico relacionado ao tema, com ênfase no processo histórico e nas políticas públicas dos Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil. O capítulo 3 delinea os objetivos da pesquisa, voltados para a resposta à questão norteadora. No capítulo 4, serão abordados os aspectos metodológicos adotados para alcançar os objetivos propostos. O capítulo 5 apresenta os resultados obtidos, enquanto o capítulo 6 dedica-se à discussão desses resultados. Por fim, as considerações finais serão expostas no capítulo 7.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: HISTÓRIA, DIRETOS HUMANOS E OS DESAFIOS DA AGENDA 2030

Políticas Públicas são decisões que abordam questões de ordem pública e buscam atender aos interesses coletivos. Elas representam estratégias estruturadas por meio de um processo decisório complexo, impactando a realidade. Essas políticas materializam a ação governamental e podem ter funções distributivas, redistributivas ou regulatórias, desencadeando debates contínuos sobre a modernização do Estado (Giovanni; Nogueira, 2015).

O estudo das Políticas Públicas é influenciado por valores e ideais que orientam a relação entre Estado e Sociedade. Esse estudo compreende quatro etapas principais: formulação, execução, monitoramento e avaliação (Giovanni; Nogueira, 2015). A implementação das políticas é um pré-requisito essencial para a atividade administrativa do Estado, representando não apenas uma recomendação, mas também uma exigência legal. A responsabilidade por essa implementação recai sobre a autoridade formal e tem sido cada vez mais compartilhada por meio de diversos mecanismos que envolvem a participação da sociedade civil (Alves; De Mendonça Cruz, 2022).

2.1.1 História das Políticas Públicas de Saúde no Mundo

A evolução das políticas públicas de saúde ao redor do mundo reflete as particularidades históricas, culturais e socioeconômicas de cada região. Na Europa, o Relatório Beveridge, publicado em 1942 pelo economista britânico William Beveridge, foi um marco significativo. Este documento propôs a criação de um sistema de seguridade social abrangente, visando combater os "cinco gigantes" sociais: carência, doença, ignorância, miséria e ociosidade. As recomendações de Beveridge culminaram na fundação do Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido em 1948, estabelecendo um modelo no qual o governo fornece assistência médica universal financiada por impostos gerais (Abel-Smith, 1992).

Seguindo o exemplo britânico, outros países europeus adotaram sistemas de saúde universais. A França, por exemplo, implementou um sistema amplamente

financiado pelo Estado através de um seguro nacional de saúde (Chevreul *et al.*, 2010). Em 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o sistema de saúde francês como um dos melhores do mundo em termos de prestação de cuidados gerais. Em 2005, aproximadamente 77% dos gastos com saúde na França eram cobertos pelo governo, refletindo um compromisso significativo com a saúde pública (Thompson *et al.*, 2012).

Nos países escandinavos, como Suécia, Noruega e Dinamarca, foram estabelecidos sistemas de saúde baseados no modelo Beveridgiano, caracterizados por financiamento público e serviços universais (Glenngard *et al.*, 2005). Essas nações mantiveram melhorias contínuas na expectativa de vida, atribuídas a políticas de saúde pública eficazes que abordam fatores de risco como tabagismo, consumo de álcool e dietas inadequadas. A União Europeia tem promovido a integração de políticas de saúde entre seus membros, com foco em equidade e acesso (Lehoux *et al.*, 2018).

Nas Américas, os modelos de saúde variam significativamente. Os Estados Unidos adotaram um sistema predominantemente privado, com programas públicos como Medicare e Medicaid para idosos e populações de baixa renda. Em contraste, o Canadá implementou um sistema universal financiado publicamente, inspirado no modelo britânico (Lehoux *et al.*, 2018). Na América Latina, o Brasil destaca-se com o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, que garante acesso universal e gratuito, apesar dos desafios de financiamento e gestão (Honorato *et al.*, 2019).

A Ásia apresenta uma diversidade de sistemas de saúde. O Japão possui um sistema universal baseado em seguros obrigatórios, conhecido por sua eficiência e longevidade da população. A China, após reformas nas décadas de 1980 e 1990, expandiu a cobertura de saúde para a maior parte de sua população, embora ainda enfrente desigualdades regionais. A Índia, por sua vez, tem um sistema misto, com iniciativas públicas como o Ayushman Bharat, que visa oferecer cobertura de saúde para milhões de cidadãos (WHO, 2023).

A África enfrenta desafios significativos em saúde pública, como infraestrutura limitada e epidemias recorrentes. No entanto, países como Ruanda têm feito progressos notáveis, com um sistema de seguros comunitários que cobre mais de

90% da população. A África do Sul, apesar de desigualdades persistentes, possui um sistema público que atende a maioria da população, complementado por um setor privado robusto (WHO, 2023b).

Na Oceania, a Austrália e a Nova Zelândia destacam-se por seus sistemas de saúde universais e financiados publicamente. A Austrália combina um sistema público com um setor privado forte, enquanto a Nova Zelândia oferece serviços gratuitos ou subsidiados para todos os residentes. Ambos os países têm investido em prevenção e promoção da saúde, com resultados positivos em indicadores de saúde populacional (WHO, 2023).

No Oriente Médio, países como Israel possuem sistemas de saúde universais baseados em seguros obrigatórios, garantindo cobertura ampla. Os Emirados Árabes Unidos têm investido em infraestrutura de saúde de alta tecnologia, atraindo pacientes internacionais. No entanto, conflitos regionais e desigualdades econômicas ainda impactam o acesso à saúde em várias áreas (WHO, 2023).

A globalização e o surgimento de pandemias, como a COVID-19, evidenciaram a necessidade de cooperação internacional em saúde. Organizações como a OMS têm desempenhado um papel crucial na coordenação de respostas globais. Além disso, iniciativas como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU têm focado na melhoria da saúde global até 2030 (ONU, 2023).

Atualmente, observa-se uma crescente ênfase na saúde digital, com o uso de tecnologias como telemedicina e inteligência artificial para melhorar o acesso e a eficiência dos serviços. A integração de políticas de saúde com determinantes sociais, como educação e moradia, também tem ganhado destaque. Além disso, a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde é um desafio global, especialmente em países com populações envelhecidas (Debie; Khatri; Assefa, 2022).

A história das políticas públicas de saúde reflete a diversidade de abordagens adotadas em diferentes continentes e países. Enquanto nações desenvolvidas consolidaram sistemas universais, países em desenvolvimento enfrentam desafios estruturais e financeiros. A cooperação internacional e a inovação tecnológica são essenciais para superar esses desafios e garantir o direito à saúde para todos (WHO, 2023).

2.1.2 Humanização da assistência na saúde pública e direitos humanos

A humanização da assistência na saúde pública é um princípio fundamental que visa assegurar que os serviços de saúde sejam prestados com respeito, dignidade e empatia, alinhando-se aos direitos humanos universais. Essa abordagem transcende a mera prestação de cuidados médicos, enfatizando a importância de reconhecer e valorizar a individualidade de cada paciente, promovendo um atendimento integral e centrado na pessoa. A implementação de práticas humanizadas na saúde pública varia significativamente entre os continentes, refletindo contextos culturais, socioeconômicos e políticos distintos (Bueno; La Calle, 2020).

Além disso, a humanização dos serviços de saúde visa melhorar a qualidade do atendimento tanto nos níveis administrativos quanto assistenciais, garantindo um cuidado integral e acessível ao longo de toda a vida do paciente. Para que essa abordagem seja efetiva, é essencial que a formação acadêmica dos profissionais de saúde, especialmente dos estudantes de enfermagem, inclua a humanização como um aspecto central, preparando-os para oferecer um atendimento baseado na dignidade, empatia e equidade (Meneses-La-Riva; Suyo-Vega; Fernández-Bedoya, 2021).

Essa humanização do cuidado deve ser garantida em todas as circunstâncias, inclusive em períodos de isolamento, como ocorreu durante a pandemia de COVID-19. A introdução de barreiras físicas para minimizar o risco de infecção e as restrições à liberdade individual reduziram significativamente as interações humanas nos serviços de saúde. Assim, a relação entre profissionais de saúde e pacientes precisa ser restaurada, e uma das formas de alcançar isso é por meio da redescoberta e aplicação do modelo de atenção centrada no paciente, que prioriza a autonomia e a participação ativa dos indivíduos no próprio tratamento (Giusti *et al.*, 2022).

Desde a década de 1960, a abordagem centrada no paciente tem sido promovida como uma alternativa ao modelo de medicina focado exclusivamente na doença. Esse modelo considera o paciente como protagonista do seu percurso terapêutico e enfatiza a personalização do atendimento, garantindo a autodeterminação e a inclusão de aspectos relacionais e psicológicos na prática clínica diária. A humanização do cuidado está, portanto, diretamente ligada a essa

abordagem, pois coloca a pessoa no centro do processo de atenção à saúde, considerando sua totalidade física, mental, emocional e espiritual (Giusti *et al.*, 2022).

Além disso, a saúde humanizada está ligada aos direitos humanos, pois garante que todos os indivíduos, independentemente de sua condição social, econômica ou de seu status migratório, tenham acesso equitativo a cuidados de saúde dignos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU estabelece que a saúde é um direito fundamental, e sua promoção deve ser uma prioridade global (ONU, 2020). No entanto, na prática, esse direito ainda enfrenta barreiras significativas, especialmente em grupos vulneráveis, como migrantes e refugiados, que frequentemente sofrem discriminação e dificuldades no acesso a serviços de saúde essenciais (Diaz *et al.*, 2023).

O impacto da desigualdade no acesso à saúde pode ser observado na população migrante da América Central, onde políticas de saúde muitas vezes reforçam estereótipos e criam barreiras ao atendimento adequado. A falta de treinamento culturalmente sensível dos profissionais de saúde pode resultar em atendimentos deficientes, agravando ainda mais as condições de saúde dessa população. A discriminação e o desconhecimento sobre os direitos dos migrantes tornam-se fatores determinantes para o agravamento das desigualdades sanitárias, necessitando de políticas públicas que garantam a equidade no atendimento (Diaz *et al.*, 2023).

Em contextos de conflitos armados, a garantia do direito à saúde torna-se ainda mais desafiadora. A destruição de infraestruturas médicas, a escassez de profissionais de saúde e as barreiras administrativas impostas por governos em guerra dificultam o acesso à assistência adequada. Durante a pandemia de COVID-19, por exemplo, populações em zonas de conflito foram desproporcionalmente afetadas devido à falta de recursos médicos e à negligência por parte dos Estados em garantir medidas de contenção da doença. Esse cenário evidencia a necessidade de um compromisso internacional para reforçar a aplicação do direito à saúde, especialmente em regiões de crise humanitária (Van Hout; Wells, 2021).

Além disso, o conceito de humanização da saúde também inclui a necessidade de eliminar a discriminação no atendimento, garantindo que grupos marginalizados

tenham acesso a tratamentos de qualidade. O direito à saúde deve ser assegurado por meio de políticas públicas eficazes que não apenas disponibilizem infraestrutura e profissionais, mas também promovam uma cultura de respeito e dignidade no atendimento. Para isso, é fundamental que os Estados adotem estratégias que considerem a diversidade cultural e socioeconômica de suas populações (Van Hout; Wells, 2021).

Dessa forma, a humanização da assistência à saúde, alinhada aos princípios dos direitos humanos, deve ser um compromisso global para assegurar que ninguém seja privado de cuidados adequados por motivos de discriminação, conflitos ou barreiras econômicas. O fortalecimento das leis internacionais de proteção à saúde, aliado a políticas públicas inclusivas e ao engajamento da sociedade civil, é essencial para que os sistemas de saúde sejam verdadeiramente equitativos e acessíveis a todos, independentemente de sua origem ou condição social (Van Hout; Wells, 2021).

2.1.3 Desafios e potencialidades do monitoramento da saúde na Agenda 2030

A Agenda 2030 surgiu como uma das grandes propostas globais de compromisso e responsabilização com a sociedade atual e futura e representa amadurecimento de diversas ações que foram desenvolvidas ao longo das últimas décadas por parte de instituições do mundo todo, em especial, pela Organização das Nações Unidas (ONU). Ratificada em setembro de 2015, a Agenda 2030 estabeleceu um conjunto de 17 Objetivos do desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas (Cabral; Gehre, 2020; Martins *et al.*, 2022).

Essa Agenda também reforça o compromisso com o desenvolvimento de todas as nações e povos, assim como em todos os segmentos da sociedade, se diferenciando de outros acordos internacionais devido a amplitude temática dos compromissos e o reconhecimento da integralidade de seus objetivos, com a interdependência das dimensões econômica, social e ambiental para o desenvolvimento sustentável (Elder; Bengtsson; Akenji, 2016; Martins *et al.*, 2022).

Os indicadores oficiais dos ODS são considerados um instrumento importante para garantir a implementação das metas, contudo, uma série de desafios precisam ser superados para que esse instrumento alcance todo o seu potencial. Foi observado, já em sua concepção, uma série de disputas políticas na construção e definição dos

indicadores. Além disso, a escassez de dados oficiais é apontada pela insuficiência técnica e financeira da capacidade de monitoramento (Martins *et al.*, 2022).

A saúde é representada principalmente pela ODS 3, que propõe a “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades”, a partir de 13 metas e 28 indicadores únicos. Além da ODS 3, a Agenda 2030 anseia abordar a saúde a partir do conceito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), perpassando um conjunto muito maior de objetivos, metas e indicadores da Agenda (Cabral; Gehre, 2020).

A Agenda 2030, atualizada em 2016, enfatiza a importância da qualificação no contexto das iniciativas de integração, visando promover a saúde física e mental, bem como o bem-estar geral. Seu propósito é elevar a expectativa de vida com qualidade para toda a população, com destaque para a aspiração de alcançar a cobertura universal de saúde e garantir acesso a cuidados de saúde de alta qualidade. O princípio central da Agenda 2030 é que nenhum indivíduo deve ser excluído desses benefícios. Em conformidade com os ideais dessa agenda, é imperativo acelerar os avanços já conquistados na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna. O objetivo é eliminar todas as mortes evitáveis até o ano de 2030, proporcionando uma melhoria significativa na qualidade de vida para todos aqueles que buscam alcançá-la (Martins *et al.*, 2022).

Desta forma, conota-se a importância da qualidade do cuidado voltada para a humanização, com base na Agenda 2030, repercutindo conceitos vivenciados pela humanidade e a necessidade do trabalho voltado para a promoção, prevenção e educação em da saúde, de modo que, o paciente em cuidados paliativos consiga rever momentos de recuperação e controle de sintomas indesejáveis, buscando qualidade no ato do cuidado humanizado, com direitos humanos, e sensibilizando seus pacientes a estilo de vida sustentável, paz e não violência e cidadania global (Cabral; Gehre, 2020).

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA E GLOBAL SOBRE SUA IMPLEMENTAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Os hospícios desempenham um papel crucial no tratamento de pacientes terminais, com registros de sua origem na Europa medieval, onde abrigavam

peregrinos, pobres, órfãos, mulheres em trabalho de parto e doentes terminais, sob a orientação de líderes religiosos católicos e protestantes (Carvalho; Parsons, 2012).

O Our Lady's Hospice, fundado em Dublin em 1879, marcou o início do movimento moderno, que se expandiu para o leste de Londres em 1900, com a abertura de cinco instituições adicionais. Em 1905, o St Joseph's Hospice, também em Londres, inspirou o trabalho de Dame Cicely Saunders, uma figura central na promoção dos Cuidados Paliativos globalmente (Saunders, 2001; Stevens; Jackson; Milligan, 2009).

Na década de 1950, estudos reforçaram preocupações quanto ao sofrimento enfrentado por pacientes terminais, especialmente pela carência de profissionais e instituições específicas para esse público. Destacam-se as contribuições de Hughes (1960) e Hinton (1963), que denunciaram a inadequação dos locais de cuidado, bem como o sofrimento mental e físico desses indivíduos. Tais pesquisas instigaram debates fundamentais para o surgimento de instituições especializadas (Saunders, 2001).

Ainda nesse contexto, a *Marie Curie Memorial Foundation*, em 1952, realizou uma pesquisa em Londres com pacientes com câncer terminal atendidos em domicílio, revelando as privações e angústias enfrentadas e evidenciando a necessidade de instituições específicas, com infraestrutura e equipes capacitadas (Saunders, 2001; Stevens; Jackson; Milligan, 2009).

Em 1957, Dame Cicely Saunders deu início ao *Modern Hospice Movement*, pautado no princípio da "boa morte". Seu objetivo era oferecer proteção e acolhimento aos pacientes terminais (Floriani, 2021; Saunders, 2001). Ela realizou uma ampla pesquisa com 1100 pacientes no St. Joseph's Hospice, ouvindo suas queixas e compreendendo a complexidade física, psicológica e espiritual do sofrimento, consolidando a base dos Cuidados Paliativos modernos (Carvalho; Parsons, 2012; Saunders, 2001; Stevens; Jackson; Milligan, 2009)

Nos Estados Unidos, entre 1967 e 1969, Elisabeth Kübler-Ross teve papel fundamental ao publicar o livro *On Death and Dying*, no qual documentou relatos de pacientes terminais e contribuiu significativamente para mudar a visão da sociedade

sobre a morte. Em 1970, ela influenciou diretamente a criação do movimento hospice no país (Stevens; Jackson; Milligan, 2009).

No Brasil, a discussão sobre Cuidados Paliativos começou de forma isolada nos anos 1970, mas somente na década de 1990 foi implementada de maneira mais estruturada. O professor Marco Túlio de Assis Figueiredo liderou a criação dos primeiros cursos sobre o tema na Universidade Federal de São Paulo. Contudo, ainda hoje a prática enfrenta desafios relacionados à organização e implementação nos diversos níveis do sistema de saúde. Políticas públicas vêm sendo adotadas para superar esses entraves (Boaventura et al., 2019; Mendes; Vasconcelos; Santos, 2018).

O século XX, como um todo, testemunhou notáveis progressos na medicina e no entendimento do cuidado. Apesar das inovações em prol da saúde, a abordagem aos pacientes em estado terminal se mostrou inicialmente insuficiente. Profissionais concentravam-se na constante evolução de capacidades curativas, muitas vezes negligenciando o cuidado em situações irreversíveis (Stevens; Jackson; Milligan, 2009).

Com o avanço da compreensão sobre a interrelação entre corpo e mente, e a valorização da dignidade e autonomia dos pacientes, emergiram novas perspectivas de cuidado. Essa transformação permitiu o surgimento de abordagens que buscavam não apenas curar, mas cuidar com empatia e respeito.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, definiu os Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem que busca melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras à vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce e tratamento adequado da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (Carvalho; Parsons, 2012).

O termo “paliativo”, derivado do latim *pallium* (manto), remete à proteção, ao respeito à dignidade e à autonomia do doente, e ao acompanhamento cuidadoso durante o processo de morrer. Os CP envolvem atenção integral ao paciente e sua família, com foco em múltiplas dimensões do cuidado (Grant; Back; Dettmar, 2021).

A expectativa de vida crescente tem promovido uma visão mais otimista sobre a cura, afastando os debates sobre a morte, exceto em casos de tragédias. No entanto, essa percepção tem mudado, sobretudo após a pandemia de Covid-19 (Soares et al., 2021). Mesmo antes da pandemia, o *Global Atlas of Palliative Care* já apontava que cerca de 56,8 milhões de pessoas necessitavam de cuidados relacionados a doenças ameaçadoras à vida (Connor; Gwyther, 2018).

2.2.1 Políticas Públicas em Cuidados Paliativos no Mundo

A implementação de políticas públicas em Cuidados Paliativos (CP) varia amplamente entre os continentes, refletindo diferenças no desenvolvimento socioeconômico, na infraestrutura de saúde e nas normas culturais de cada região. Enquanto países da Europa Ocidental, América do Norte e Oceania possuem sistemas bem estruturados, outras regiões, como partes da África, Ásia e América Latina, ainda enfrentam desafios significativos na oferta desses cuidados. A existência de políticas públicas bem delineadas, o financiamento adequado e a capacitação de profissionais são fatores determinantes para o avanço dos CP globalmente (WHO, 2022).

Os países da América do Norte possuem algumas das políticas mais avançadas em CP. Nos Estados Unidos, a Lei de Cuidados Paliativos e Hospícios de 2018 impulsionou o financiamento de programas de pesquisa, educação e treinamento para profissionais da saúde. O Medicare Hospice Benefit garante o acesso ao CP para pacientes com expectativa de vida inferior a seis meses (Nelson *et al.*, 2021). No Canadá, o CP está incorporado ao sistema público de saúde, e em 2017, a Lei de Cuidados Paliativos e de Fim de Vida foi implementada para fortalecer o acesso a CP (Xiao; Brenneis; Fassbender, 2022). O México, por outro lado, ainda apresenta lacunas significativas na cobertura, apesar de contar com regulamentações que preveem o acesso ao CP desde 2009 (WHO, 2022).

A América Latina apresenta um cenário heterogêneo. Países como Argentina, Chile e Uruguai possuem políticas avançadas, com integração dos CP aos sistemas nacionais de saúde. A Argentina, por exemplo, incluiu os CP no Plano Nacional de Saúde, garantindo financiamento público. No entanto, em outros países da região, como Bolívia e Paraguai, o acesso é limitado e dependente de organizações não

governamentais. Além disso, a maioria dos países latino-americanos enfrenta desafios no acesso a opioides para o controle da dor, devido a regulações rigorosas (WHO, 2022).

A Europa lidera globalmente na implementação de políticas públicas para CP. Países como Reino Unido, Alemanha, França e Suécia possuem serviços bem integrados aos sistemas de saúde (Weston *et al.*, 2023). O Reino Unido, pioneiro na abordagem moderna dos CP, estabeleceu diretrizes nacionais que incluem financiamento estatal para serviços paliativos comunitários e hospitalares. Em 2014, a União Europeia recomendou que os Estados-membros desenvolvessem planos nacionais de CP. Apesar desse progresso, países do Leste Europeu, como Ucrânia e Moldávia, ainda enfrentam dificuldades na implementação de serviços estruturados (WHO, 2022).

A maioria dos países africanos apresenta um baixo nível de desenvolvimento em CP. Apenas algumas nações, como Uganda e África do Sul, possuem políticas bem estabelecidas. Uganda foi o primeiro país africano a integrar CP na formação médica e a permitir que enfermeiros prescrevassem opioides (Luyirika *et al.*, 2022). No entanto, em grande parte do continente, o acesso a esses cuidados ainda é escasso, devido à falta de infraestrutura, de profissionais treinados e barreiras culturais. Em alguns países, organizações não governamentais desempenham um papel crucial na oferta desses serviços (WHO, 2022).

A Ásia apresenta disparidades significativas na cobertura de CP. Em países como Japão e Coreia do Sul, políticas nacionais garantem a disponibilidade desses serviços dentro dos sistemas públicos de saúde (Ali; Fearon; Jabeen, 2024). A China tem investido na expansão dos CP, mas a cobertura ainda é limitada a grandes centros urbanos (Zheng *et al.*, 2023). Na Índia, a política nacional de cuidados paliativos de 2012 foi um marco, promovendo mudanças na legislação sobre opioides e ampliando o acesso ao tratamento da dor. Entretanto, em países como Paquistão e Bangladesh, os serviços são escassos e amplamente dependentes de iniciativas não governamentais (Ali; Fearon; Jabeen, 2024; WHO, 2022).

O Oriente Médio, por sua vez, enfrenta desafios na implementação de políticas de cuidados paliativos. Apenas alguns países, como Israel e Jordânia, possuem

serviços integrados aos sistemas de saúde. Em grande parte da região, fatores como instabilidade política e restrições religiosas dificultam o desenvolvimento de políticas públicas eficazes. No entanto, há avanços, como a criação de programas de capacitação em cuidados paliativos no Líbano e no Irã (Ansari *et al.*, 2018; WHO, 2022).

A Austrália e a Nova Zelândia são referências globais em CP. A Austrália adotou uma abordagem estruturada, incorporando o CP ao sistema nacional de saúde e financiando programas de capacitação profissional. A Nova Zelândia tem um modelo de CP baseado na atenção primária, garantindo acesso universal a esses serviços. Em contrapartida, países insulares do Pacífico, como Fiji e Tonga, ainda carecem de infraestrutura para a implementação de políticas eficazes (WHO, 2022).

O principal desafio global para a implementação dos CP é a falta de políticas públicas bem definidas. Em muitos países, a ausência de financiamento governamental limita o crescimento desses serviços. Além disso, a escassez de profissionais capacitados e as barreiras culturais, como a resistência ao uso de opioides, dificultam a expansão dos CP. A OMS recomenda que todos os países integrem os cuidados paliativos às estratégias nacionais de saúde (Abu-Odah; Molassiotis; Liu, 2022).

As políticas públicas em CP apresentam avanços significativos em algumas regiões do mundo, mas ainda há um longo caminho a percorrer, especialmente em países de baixa renda. A integração desses cuidados aos sistemas de saúde, aliada a iniciativas de educação e financiamento adequado, pode reduzir significativamente o sofrimento de milhões de pessoas. O fortalecimento das políticas públicas é essencial para garantir um acesso equitativo e universal aos cuidados paliativos (WHO, 2022).

A implementação dos cuidados paliativos (CP) nas políticas públicas de saúde tem se tornado uma questão de crescente relevância mundial, considerando o envelhecimento populacional e o aumento da incidência de doenças crônicas e terminais. Esses cuidados são fundamentais para garantir qualidade de vida e alívio do sofrimento, promovendo uma abordagem multidisciplinar que inclui aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Contudo, a forma como os CP é incorporada

nas políticas públicas varia entre os continentes, refletindo diferenças nos sistemas de saúde, na infraestrutura e nas políticas governamentais em todo o mundo (Connor *et al.*, 2020).

2.2.2 Implementação dos Cuidados Paliativos na Europa

A implementação dos CP nas políticas públicas de saúde na Europa tem evoluído significativamente nas últimas décadas, refletindo uma crescente conscientização sobre a importância de garantir qualidade de vida para pacientes com doenças graves e em fase terminal (Connor *et al.*, 2020).

A Europa é reconhecida como uma das regiões mais avançadas no desenvolvimento de serviços de CP, com muitos países integrando esses cuidados em seus sistemas nacionais de saúde (Connor *et al.*, 2020). A OMS e a União Europeia têm desempenhado papéis fundamentais na promoção de diretrizes e estratégias que incentivam a inclusão dos CP como um componente essencial da cobertura universal de saúde. Países como o Reino Unido, Alemanha e Espanha são exemplos de nações que desenvolveram políticas robustas, com financiamento público e estruturas legais (Surges *et al.*, 2024).

No Reino Unido, os CP são amplamente reconhecidos e integrados ao Sistema Nacional de Saúde (NHS), com uma rede de hospitais, unidades especializadas e serviços domiciliares que oferecem suporte multidisciplinar para pacientes e suas famílias. O país também possui diretrizes claras sobre o uso de medicamentos controlados, como opioides, para o manejo da dor. Além disso, o Reino Unido investe em educação e treinamento de profissionais de saúde, assegurando que estejam capacitados para fornecer CP de alta qualidade (Connor *et al.*, 2020).

Na Alemanha, os CP também são importantes nas políticas de saúde, com uma estrutura legal que garante o direito dos pacientes a receberem CP desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida (Connor *et al.*, 2020). O sistema de saúde alemão oferece uma ampla gama de serviços, incluindo hospitais especializados, unidades de Cuidados Paliativos e programas de atendimento domiciliar. A Alemanha também se destaca por seu compromisso com a pesquisa e inovação, com financiamento público para estudos (Kesecioglu *et al.*, 2024).

Na Espanha, os CP foram integrados ao sistema de saúde pública por meio de uma legislação específica que reconhece o direito dos pacientes a receberem esses cuidados como parte de sua assistência médica. O país possui uma rede de unidades de CP em hospitais e serviços comunitários, além de programas de treinamento para profissionais de saúde (Surges *et al.*, 2024). A Espanha também tem trabalhado para superar desafios relacionados ao acesso desigual a esses serviços em diferentes regiões do país, implementando políticas que visam garantir a equidade no acesso (Connor *et al.*, 2020).

Apesar dos avanços, ainda existem desafios na implementação dos CP em alguns países europeus, especialmente na Europa Oriental, onde a infraestrutura e o financiamento para esses serviços são mais limitados. No entanto, iniciativas regionais e internacionais, como as promovidas pela OMS e pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), têm buscado reduzir essas disparidades, incentivando a adoção de políticas públicas que garantam o acesso universal e de qualidade. A colaboração entre países e o compartilhamento de melhores práticas têm sido essenciais para promover a equidade e a excelência nos CP em toda a Europa (Connor *et al.*, 2020).

2.2.3 Implementação dos Cuidados Paliativos na Ásia

No continente Asiático a implementação dos CP também tem sido uma resposta ao aumento das doenças crônicas e do envelhecimento populacional. Diversos países da região têm adotado estratégias para integrar os CP aos seus sistemas de saúde, conforme recomendado pela OMS. No entanto, a disponibilidade e o nível de integração variam amplamente entre os países asiáticos, sendo mais desenvolvidos em nações como Japão e Cingapura, enquanto permanecem limitados em diversas nações de baixa e média renda (Connor *et al.*, 2020).

Dentre as estratégias para fortalecer os CP na Ásia, destaca-se a necessidade de políticas públicas que incluam a formação de profissionais de saúde, a disponibilidade de medicamentos essenciais e a criação de serviços especializados. Em países como Índia e Indonésia, iniciativas comunitárias têm sido fundamentais para alcançar populações vulneráveis (Fernando; Perdamaian, 2024). Além disso, a criação de indicadores de qualidade para essa assistência tem sido um avanço

significativo, como observado na China, onde um conjunto de indicadores foi desenvolvido para monitorar e aprimorar a prestação desses serviços nos hospitais (Zheng *et al.*, 2023).

Apesar dos progressos, persistem desafios para a plena integração dos CP às políticas públicas de saúde na Ásia. A escassez de profissionais treinados, barreiras culturais relacionadas à percepção da morte e a disponibilidade limitada de opioides para o controle da dor são entraves que dificultam a universalização desse atendimento (Connor *et al.*, 2020).

2.2.4 Implementação dos Cuidados Paliativos na Oceania

Na Oceania a implementação dos CP aconteceu especialmente na Austrália e Nova Zelândia e tem sido orientada por um modelo de saúde pública que enfatiza a equidade no acesso aos serviços. Na Austrália, as políticas nacionais e estaduais destacam a necessidade de atender grupos vulneráveis, incluindo populações indígenas, comunidades rurais e pessoas com deficiência, por meio de modelos flexíveis de prestação de cuidados e programas de capacitação de profissionais da saúde (Connor *et al.*, 2020).

Estratégias como a integração dos CP nos serviços de atenção primária e o fortalecimento do suporte comunitário têm sido fundamentais para garantir que esses serviços sejam acessíveis e culturalmente apropriados. Além disso, há um reconhecimento crescente da importância de incluir determinantes sociais da saúde nas políticas de cuidados paliativos, visando abordar barreiras estruturais que limitam o acesso equitativo (Javanparast; Anaf; Tieman, 2022).

Na Nova Zelândia, os CP estão incorporados ao sistema público de saúde e seguem diretrizes nacionais. As políticas priorizam a colaboração entre serviços de saúde primária e especializada, além do envolvimento ativo de comunidades e organizações não governamentais no suporte a pacientes e famílias. Apesar desses avanços, desafios como a escassez de profissionais qualificados e a necessidade de financiamento sustentável ainda representam obstáculos para a plena implementação e expansão dos serviços de cuidados paliativos na Oceania (Connor *et al.*, 2020).

2.2.5 Implementação dos Cuidados Paliativos na África

A implementação dos CP nas políticas públicas de saúde na África tem avançado progressivamente, embora ainda enfrente desafios significativos. Alguns países, como Quênia, Ruanda e Uganda, os incorporaram em suas políticas nacionais de saúde, estabelecendo diretrizes para a capacitação de profissionais, ampliação do acesso a opioides para o manejo da dor e inclusão desses cuidados nos sistemas públicos de saúde (Luyirika *et al.*, 2022).

Em Ruanda, por exemplo, o governo desenvolveu um modelo de integração dos CP em todos os níveis do sistema de saúde, incluindo a capacitação de profissionais e a distribuição de opioides por meio de farmácias distritais. Já no Quênia, esforços resultaram na criação de unidades de CP em hospitais públicos e na formulação de uma política nacional específica para essa área (Luyirika *et al.*, 2022). Apesar desses avanços, muitos países africanos ainda enfrentam barreiras estruturais, como a escassez de profissionais treinados, a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais e a falta de financiamento sustentável, o que limita a expansão e consolidação dos serviços de CP no continente (Connor *et al.*, 2020).

2.2.6 Implementação dos Cuidados Paliativos na América do Norte

A América do Norte tem avançado significativamente na implementação dos CP, com modelos distintos nos Estados Unidos, Canadá e México. Nos Estados Unidos, os CP estão amplamente integrados ao sistema de saúde, sendo oferecidos tanto em hospitais quanto em serviços comunitários. A cobertura desses serviços é garantida pelo *Medicare* e *Medicaid*, além de seguros privados, o que facilita o acesso para a população idosa e pacientes com doenças terminais (Reyes-Esteves *et al.*, 2024).

No entanto, desafios persistem, como disparidades raciais e socioeconômicas no acesso aos serviços, especialmente entre grupos historicamente marginalizados, incluindo populações negras, latinas e indígenas. Além disso, estudos indicam que minorias étnicas têm menor probabilidade de utilizar cuidados paliativos devido a barreiras culturais e desconfiança no sistema de saúde (Reyes-Esteves *et al.*, 2024).

No Canadá, os CP são parte integrante do sistema de saúde, sendo amplamente acessíveis por meio de financiamento público. A estratégia canadense prioriza a oferta desses serviços tanto em ambiente hospitalar quanto domiciliar, buscando garantir que os pacientes recebam assistência de qualidade independente da sua localização. Além disso, iniciativas nacionais têm enfatizado a capacitação de profissionais de saúde para atender à crescente demanda por CP (Connor *et al.*, 2020). Ainda assim, desafios permanecem, como a necessidade de expandir a oferta desses serviços em comunidades rurais e indígenas, onde o acesso pode ser limitado (Weston *et al.*, 2023).

O México, por sua vez, tem avançado na incorporação dos CP em sua política de saúde pública, especialmente após a aprovação de leis que reconhecem o direito dos pacientes a esse tipo de assistência. Apesar do progresso, a cobertura ainda é limitada, e grande parte da população enfrenta dificuldades para acessar medicamentos essenciais para o controle da dor, como opioides. Além disso, a falta de profissionais treinados em CP é um obstáculo significativo, impactando a qualidade e disponibilidade dos serviços oferecidos (Connor *et al.*, 2020).

2.2.7 Implementação dos Cuidados Paliativos na América Central

Na América Central tem avançado de forma desigual entre os países da região. Enquanto algumas nações, como Panamá e Costa Rica, já possuem políticas nacionais que incorporam os CP ao sistema público de saúde, outros países ainda enfrentam desafios significativos para garantir a disponibilidade desses serviços. No Panamá, por exemplo, a integração dos cuidados paliativos à atenção primária tem sido uma prioridade. Já na Costa Rica, o modelo de saúde universal facilita a oferta desses cuidados. No entanto, o acesso aos medicamentos essenciais para o controle da dor, como opioides, ainda é uma barreira em vários países da região (Connor *et al.*, 2020).

A capacitação de profissionais de saúde tem sido um dos principais desafios na implementação dos CP na América Central. Em países como Honduras e El Salvador, a falta de programas de formação específicos para médicos e enfermeiros dificulta a expansão e qualificação dos serviços. Além disso, a baixa conscientização sobre a importância dos CP entre a população e os próprios profissionais de saúde

leva a um subdiagnóstico das necessidades desses pacientes. Organizações internacionais e locais têm trabalhado para mitigar esse problema por meio de treinamentos e campanhas de sensibilização, mas a cobertura ainda é limitada (Weston *et al.*, 2023).

Outro fator que influencia a implementação dos CP na região é a disponibilidade de financiamento público para esses serviços. Em países como Nicarágua e Guatemala, a alocação de recursos para CP ainda é insuficiente, resultando na concentração dos serviços em áreas urbanas e deixando populações rurais desassistidas. O desenvolvimento de políticas de financiamento sustentável, aliadas a parcerias com organizações não governamentais, tem sido uma alternativa para ampliar a cobertura desses serviços (Abu-Odah *et al.*, 2021).

2.2.8 Implementação dos Cuidados Paliativos na América do Sul

A América do Sul tem avançado de maneira desigual entre os países. De acordo com o Atlas Global de Cuidados Paliativos, a maioria dos países sul-americanos encontra-se em estágios intermediários de integração dos cuidados paliativos aos seus sistemas nacionais de saúde, com exceção de nações como Argentina e Chile, que possuem programas mais robustos e estruturados (Connor *et al.*, 2020).

Na Argentina, a política nacional de cuidados paliativos tem avançado significativamente, sendo um dos países sul-americanos com melhor estrutura para esse tipo de atenção. O sistema de saúde argentino inclui diretrizes claras sobre o fornecimento de opioides para controle da dor, além de programas educacionais voltados para a capacitação de profissionais de saúde nessa área (Connor *et al.*, 2020). No Chile, a legislação também avançou com a incorporação dos CP ao plano de garantia de saúde universal, garantindo acesso equitativo a tratamentos para pacientes oncológicos e com outras doenças graves (Gayatri *et al.*, 2021).

Outros países, como Colômbia e Peru, têm avançado gradativamente, mas ainda enfrentam desafios como a distribuição desigual de serviços e a escassez de profissionais capacitados. Na Colômbia, a legislação reconhece os CP como um direito dos pacientes, promovendo sua inclusão no sistema de saúde, mas a falta de acesso a medicamentos essenciais ainda é um obstáculo significativo. No Peru,

iniciativas recentes têm buscado fortalecer a capacitação profissional e melhorar a distribuição de opioides para o controle da dor, contudo, a implementação segue desigual entre regiões urbanas e rurais (Connor *et al.*, 2020).

2.2.8.1 Implementação dos Cuidados Paliativos no Brasil

O Brasil enfrenta inúmeros desafios na implementação dos cuidados paliativos (CP). No entanto, diante da transição demográfica resultante do envelhecimento populacional e das mudanças epidemiológicas nas causas de mortalidade nos últimos anos, a Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde aprovou a Resolução MS n.º 41/2018, que estabelece diretrizes para a organização dos CP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo todos os níveis de atenção à saúde (art. 5º) (Saito; Zoboli, 2015; Schaefer, 2020)..

Um avanço significativo ocorreu em 7 de maio de 2024, com a promulgação da Portaria GM nº 3681, que instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no SUS. Essa política representa um marco para a estruturação e regulamentação dos CP no país, consolidando diretrizes e garantindo maior reconhecimento e financiamento para a implementação desses cuidados de maneira sistemática. Com essa medida, o SUS passa a contar com uma estrutura normativa mais robusta, promovendo a ampliação do acesso e a qualificação da assistência paliativa em todo o território nacional (Brasil, 2024).

Historicamente, os sistemas de saúde se organizaram para atender a dimensão curativa da medicina, ou apenas durante o processo de adoecimento como uma visão e objetivos curativos únicos. No entanto, com as alterações demográficas e epidemiológicas, a dimensão paliativa entra destinando o cuidado em todo o decorrer da doença, seja em seu processo crônico ou agudo, com o foco no controle de sintomas e priorizando a autonomia do doente e seus familiares (art. 2º, parágrafo único, Resolução MS n. 41/2018), o que inclui também sua proteção social (Schaefer, 2020).

As atitudes e competências necessárias para promover CP [cuidados paliativos] de alta qualidade sobrepõem-se àquelas necessárias para uma APS [atenção primária à saúde] excelente: habilidades de comunicação; compreensão da realidade e das peculiaridades do modo de vida do paciente; compromisso com o cuidado integral e integrado do paciente e da família; atenção às questões psicossociais e espirituais; ênfase na qualidade de vida e na independência do paciente; respeito pelos valores, objetivos e

prioridades do paciente no manejo de sua condição de saúde; oferta de cuidado na comunidade, em função da diversidade cultural; colaboração com outros profissionais, incluindo especialistas (Castilho; Silva; Pinto, p. 176, 2021)

Antes mesmo da Resolução MS n. 41/2018, a humanização da saúde já era uma política transversal de todas as instâncias integradoras do SUS, que valorizam aspectos da dimensão subjetiva, coletiva e social de atenção e gestão do sistema público (Schaefer, 2020).

Dos fundamentos para inserção dos cuidados paliativos no SUS, destacam-se:

- (i) a Resolução CFM n. 1.805/2006, que dispõe sobre a ortotanásia;
- (ii) A Portaria SAS/MS n. 1.083/2012, que dispõe sobre o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica;
- (iii) A Resolução CFM n. 1995/2012, que prevê o uso das diretivas antecipadas de vontade (de saúde);
- (iv) A recomendação da 67ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde (2014) para o desenvolvimento, o fortalecimento e a implantação de políticas de cuidados paliativos baseadas em evidências.
- (v) A Resolução CFM n. 2.156/2016, que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva;
- (vi) A Portaria GM/MS n. 2/2017, o anexo IX, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; o anexo X, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do SUS; o anexo XI, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; o anexo XII, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica do SUS; o anexo XXIV, que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde; o anexo XXV, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS; e o anexo XXVIII, que dispõe sobre o financiamento e a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS;
- (vii) A Portaria de Consolidação GM/MS n. 3/2017, que estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde do SUS;

- (viii) A Portaria de Consolidação GM/MS n. 5/2017, GM/MS que trata do atendimento e da internação domiciliares;
- (ix) A Portaria de Consolidação GM/MS n. 6/2017, que trata do financiamento do componente básico e especializado da assistência farmacêutica;

Se faz necessário a obrigatoriedade de os cuidados paliativos serem compreendidos como garantia de direitos já previstos na Política de Humanização da Atenção e da Gestão (Brasil, 2009), na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (Ministério da Saúde (MS), 2013) e no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (Brasil, 2002), tratados não apenas como programas nacionais, mas também como parte da política sanitária brasileira.

Portanto, o modelo assistencial ou de atenção implica a necessidade de rever os espaços, a organização da gestão e das tecnologias, as relações multiprofissionais, a formação e a capacitação dos profissionais que atuarão nos cuidados paliativos, os modelos de comunicação e a própria organização das ações em saúde, deslocando-se o eixo da recuperação da saúde para a atenção e o conforto do enfermo, diretrizes claramente estabelecidas pela Resolução MS n. 41/2018 (Schaefer, 2020).

Através disso, é possível reconhecer os cuidados paliativos como um campo importante da atenção à saúde em toda a rede de atendimento do SUS, determinando seu planejamento e sua integração aos sistemas públicos com políticas setoriais específicas. A efetivação desses cuidados em todos os níveis da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro e das diretrizes estabelecidas na Resolução MS n. 41/2018 deve ser uma prioridade em um momento em que a tecnização da medicina retoma mais a preocupação com as doenças do que com o próprio enfermo, sua autonomia e sua dignidade (Castilho; Silva; Pinto, 2021; Freitas *et al.*, 2022; Schaefer, 2020).

A Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, marcando um avanço significativo na regulamentação e ampliação desses cuidados, ao estabelecer uma base legal para o desenvolvimento de serviços especializados. Para a efetiva implementação da PNCP, torna-se imperativo superar diversos

desafios, como a capacitação adequada dos profissionais de saúde e o combate ao estigma associado a esses cuidados (Brasil, 2024).

O progresso das políticas públicas de saúde é fundamental para assegurar a qualidade de vida dos cidadãos, especialmente daqueles que convivem com doenças crônicas e terminais. Os cuidados paliativos desempenham um papel crucial nesse contexto, oferecendo um suporte integral que transcende o tratamento médico convencional, ao abranger dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais, atendendo tanto às necessidades dos pacientes quanto às de suas famílias. No Brasil, a formalização de uma política nacional de cuidados paliativos representa um passo decisivo para a institucionalização desses cuidados, com o objetivo de enfrentar os desafios e as lacunas existentes no sistema de saúde brasileiro.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implementação dos serviços de cuidados paliativos no mundo, identificando barreiras, potencialidades e proposições voltadas à reorientação das políticas públicas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Descrever as barreiras e potencialidades na implementação dos serviços de cuidados paliativos no mundo;

b) Mapear as proposições de melhorias dos serviços para reorientação das políticas públicas de cuidados paliativos no mundo;

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

A visão geral e o conhecimento acerca dos cuidados paliativos no mundo ainda são limitados. Diante disso, optou-se pela revisão de escopo (*Scoping Review*) para conduzir essa pesquisa. Este tipo de revisão, é utilizado para sintetizar evidências científicas e frequentemente empregado para mapear a literatura existente (Peters *et al.*, 2015).

As revisões de escopo são amplamente reconhecidas como uma metodologia legítima e rigorosa, capaz de fornecer uma visão geral do estado das evidências sobre temas emergentes, pouco explorados, interdisciplinares, complexos ou que utilizam metodologias variadas e dispersas. Essas características se alinham diretamente ao tema da presente pesquisa, especialmente no que se refere aos Cuidados Paliativos — um campo essencial, mas ainda pouco conhecido e estudado. Por isso, é fundamental uma condução rigorosa da análise, de modo a assegurar a confiabilidade dos achados e oferecer um mapeamento abrangente das fontes de evidência disponíveis (Peters *et al.*, 2022).

A revisão de escopo foi desenvolvida com base nas diretrizes propostas pelo Manual do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters *et al.*, 2022). Para a organização do estudo, foi aplicado o checklist PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR), que consiste em uma lista de verificação composta por 20 itens-chave essenciais para uma revisão de escopo, com o objetivo de aprimorar a qualidade e a transparência da pesquisa (Munn *et al.*, 2018a).

O protocolo da pesquisa foi registrado na plataforma Open Science Framework (OSF) e está disponível no seguinte link: https://osf.io/embqw/?view_only=f51814560bca4e14af946e92c4d578fa. Esse registro assegura a transparência e acessibilidade dos métodos empregados, além de garantir a reprodutibilidade dos resultados. Ademais, a inclusão no OSF possibilita o monitoramento contínuo do progresso da pesquisa e permite eventuais atualizações ou ajustes no protocolo, conforme necessário (Lely *et al.*, 2023).

4.2 PERGUNTA DA REVISÃO

A pergunta de revisão de escopo é o elemento que orienta o levantamento de estudos disponíveis na literatura indexada. Deve ser consistente com o título e objetivo da revisão, e trazer informações precisas aos autores sobre o foco da pesquisa que será mapeado e revisado (Peters *et al.*, 2015; Peters *et al.*, 2022).

Uma pergunta bem definida, proporciona clareza nos conceitos e definições da literatura, além de destacar características ou fatores relevantes para a pesquisa, facilitando a seleção dos estudos e a extração de dados. A melhor forma para elaborar uma pergunta eficaz para uma revisão de escopo é utilizar a estratégia PCC, anacrônico para População, Conceito e Contexto (Munn *et al.*, 2018b; Peters *et al.*, 2015). O Quadro 1 ilustra a estratégia PCC utilizada no presente estudo.

Quadro 1 - Descrição dos elementos utilizados para a elaboração da pergunta de revisão

Anacrônicos	Descrição
População	Atores envolvidos em Cuidados Paliativos.
Conceito	Implementação dos cuidados paliativos e proposições de melhoria para reorientação de políticas públicas.
Contexto	Mundo.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

O âmbito mundial foi selecionado com o propósito de otimizar a realização dos objetivos da pesquisa, sem restringir a análise a países ou regiões específicas. Esse enfoque considera a atual insuficiência de desenvolvimento das políticas públicas de saúde relacionadas aos Cuidados Paliativos no Brasil. A intenção é obter uma visão abrangente do progresso dessas políticas em nível internacional e utilizar essas informações como fundamento para a formulação de novas políticas públicas em âmbito nacional.

Dessa maneira, a pergunta desenvolvida para a construção da presente revisão foi: “Quais as barreiras e potencialidades na implementação dos serviços de cuidados paliativos no mundo, e as proposições de melhorias para reorientação das políticas públicas?”.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de inclusão dos estudos foram baseados na questão de pesquisa elaborada, para promover a garantia da consistência e elegibilidade na tomada de decisões quanto às seleções de estudos para a pesquisa (Munn *et al.*, 2018b).

Os critérios de inclusão foram: estudos primários completos observacionais com abordagem qualitativa, que abordassem a implementação dos serviços de Cuidados Paliativos e proposições para políticas públicas.

Não houve restrição quanto ao ano dos estudos ou quanto ao país no qual o estudo foi desenvolvido. Foram excluídos artigos sobre os cuidados paliativos em doenças específicas, que discutam o papel de um determinado profissional de saúde ou abordagens terapêuticas específicas, resumos de eventos, editoriais de revista.

De acordo com as diretrizes que determinam a metodologia de revisão de escopo, não exprime a necessidade de exclusão de artigos segundo critérios de qualidade metodológica (Lockwood; Dos Santos; Pap, 2019), portanto, foram considerados estudos com diversas abordagens metodológicas.

4.4 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA

Os estudos foram extraídos de 7 importantes bases de dados e bibliotecas virtuais: PubMed, Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS/BVS - Biblioteca Virtual em Saúde), *Sage Journals*, *Scopus* (Elsevier), *ScienceDirect* (Elsevier), *Web of Science* (Clarivate) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A seleção dessas bases de dados foi realizada com o intuito de abranger a maior diversidade geográfica possível, incluindo todos os continentes que possuem estudos relacionados à temática em questão.

Para definição das palavras-chave utilizadas na busca foram considerados os elementos PCC (Quadro 1), reconhecidas pelos Descritores em Ciências da Saúde (DECs) e o *Medical Subject Headings Terms* (MeSH). A estratégia de busca empregada nas bases de dados Pubmed, Scopus e Web of Science foi realizada utilizando a seguinte combinação de descritores na língua inglesa, reconhecidos pelos sistemas de termos Mesh: ("*Palliative care*" AND ("*public polic*" OR "*health polic*")),

utilizando o asterisco para que haja a inclusão dos variados termos existentes. Para a busca na Science Direct, Ibecs, Lilacs e Sage Journal foram utilizados a combinação de descritores na língua inglesa, reconhecidos pelo MeSH: ("*Palliative care*" AND ("*public policy*" OR "*health policy*")), sem a utilização do asterisco por falta de reconhecimento dessa ferramenta nessas bases de dados (Quadro 2).

Quadro 2 - Estratégia de busca utilizada para revisão de escopo nas bases de dados.

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
Pubmed Scopus Web Of Science	" <i>Palliative care</i> " AND (" <i>public polic**</i> " OR " <i>health polic**</i> ")
Science Direct IBECS Sage Journal Lilacs	" <i>Palliative care</i> " AND (" <i>public policy</i> " OR " <i>health policy</i> ")

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Ademais, foram empregados diferentes filtros nas bases de dados com o propósito de eleger e abranger exclusivamente os estudos primários (Quadro 3). A busca foi realizada em outubro de 2024.

Quadro 3 - Manejo da utilização de filtros nas diferentes bases de dados

BASES DE DADOS	FILTROS UTILIZADOS
Pubmed	" <i>Clinical article</i> "; " <i>clinical study</i> "; " <i>clinical trial</i> "; " <i>clinical trial protocol</i> "; " <i>clinical trial</i> "; " <i>phase I</i> "; " <i>clinical trial, phase II</i> "; " <i>clinical trial, phase III</i> "; " <i>clinical trial, phase IV</i> "; " <i>comparative study</i> "; " <i>controlled clinical trial</i> "; " <i>multicenter study</i> "; " <i>observational study</i> "; " <i>randomized controlled trial</i> "; " <i>research support</i> ".
Scopus	" <i>Limited to article</i> "
Web Of Science	" <i>Limited to article</i> "
Science Direct	" <i>Research articles</i> "; " <i>other</i> "
IBECS e LILACS	Sem utilização de filtro
Sage Journal	" <i>Research articles</i> "; " <i>other</i> "

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

4.5 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Os resultados da busca foram exportados para o software Rayyan QCRI, para

seleção dos estudos de forma independente por dois revisores. Inicialmente, realizou-se a remoção dos duplicados, e os estudos permanentes foram submetidos análise dos títulos, excluindo-se aqueles que não guardavam pertinência com os objetivos desta dissertação. Em seguida, procedeu-se à leitura dos resumos, com a seleção dos estudos que atendiam aos critérios de inclusão delimitados nesta pesquisa. Por último, mediante a leitura na íntegra, foram escolhidas as pesquisas que se alinharam aos objetivos do estudo, culminando na amostra final incorporada a esta revisão de escopo.

Todo o procedimento de seleção dos estudos, incluindo os motivos e a quantidade de exclusões em cada etapa, foi detalhadamente documentado em um fluxograma, adaptado conforme as diretrizes do PRISMA (Anexo A) (Rethlefsen *et al.*, 2021), e está apresentado na seção “resultados” dessa pesquisa.

4.6 EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a extração e organização dos dados dos estudos selecionados, definiu-se previamente um protocolo, em concordância com os critérios de inclusão e a questão desta revisão. Os dados extraídos de cada artigo foram organizados em uma planilha no Microsoft Excel®.

Para a caracterização dos estudos selecionados foram registrados: autores, ano de publicação, cidade, estado, país, continente, tipo de estudo, amostra, período, e objetivo do estudo. Estes dados foram analisados de forma descritiva.

As barreiras e potencialidades para implementação dos serviços de Cuidados Paliativos nas diferentes regiões do mundo, bem como as proposições de melhorias e reorientação das políticas públicas de cada estudo selecionado, foram buscados ativamente em todo conteúdo do artigo e transcritos para uma planilha.

Esses conteúdos foram analisados qualitativamente por meio da técnica de análise textual discursiva. Este método consiste em uma análise de dados que perpassam por duas formas de análise de pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo e a de discurso, deste modo, tendo como ponto de partida os objetivos da presente pesquisa, inicialmente os dados coletados foram analisados e separados por unidades de sentidos, posteriormente, agrupados por similaridade, de modo que possibilitou o

estabelecimento das categorias de análises que foram discutidas (Moraes; Galiazzi, 2006).

A metodologia adotada para esta pesquisa incluiu também a construção de um mapa infográfico como recurso visual para a representação didática das principais proposições identificadas nos estudos analisados. Esse mapa foi desenvolvido por um profissional da área de design gráfico, com a instrução dos pesquisadores, utilizando o *software Adobe Illustrator*, ferramenta amplamente empregada na produção de ilustrações vetoriais e infográficos de alta qualidade.

O infográfico foi estruturado a partir da análise discursiva textual dos estudos selecionados, categorizando as proposições de acordo com seus principais conteúdos e distribuindo-os geograficamente em um mapa-múndi. A representação visual foi realizada por meio de ícones ilustrativos, desenvolvidos especificamente para sintetizar e facilitar a compreensão das proposições mapeadas. Esses ícones foram distribuídos de maneira estratégica sobre o mapa, respeitando a localização geográfica das pesquisas analisadas, de modo a evidenciar tendências regionais e padrões emergentes dentro da área de estudo.

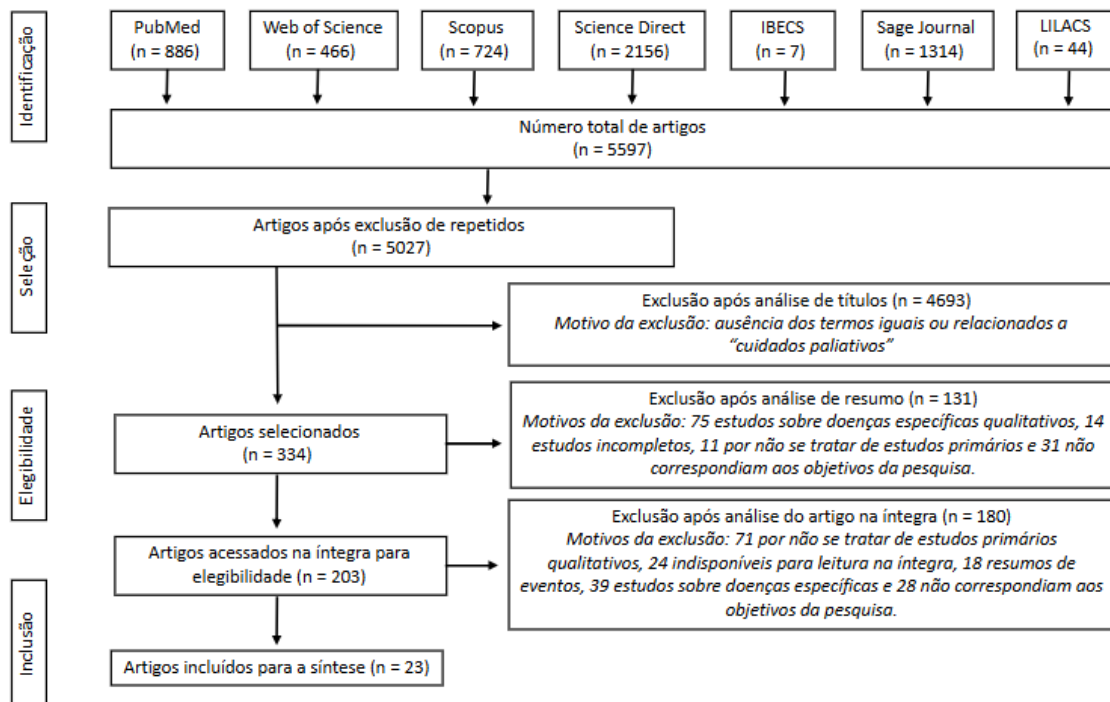
Além de promover uma compreensão mais intuitiva e acessível para pesquisadores, o mapa infográfico tem um caráter pedagógico, permitindo sua utilização em materiais didáticos voltados para gestores e formuladores de políticas públicas. Sua concepção gráfica busca garantir não apenas uma disposição visual organizada e de fácil leitura, mas também uma abordagem inclusiva, que possibilite sua interpretação por um público diversificado, desde especialistas na área até leitores sem formação específica no tema.

5 RESULTADOS

5.1 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Um total de 5.597 artigos foram identificados: 886 na PubMed, 466 na *Web of Science*, 724 na *Scopus*, 2156 na *Science Direct*, 7 no *IBECS*, 44 na *LILACS* e 1.314 no *Sage Journal*. Dentre esses, 570 artigos foram duplicados entre as bases de dados, resultando em 5.027 artigos para o processo de seleção. Destes, 4.693 foram excluídos devido à ausência de termos iguais ou relacionados a "cuidados paliativos". Dos 334 resumos avaliados, 151 não atenderam aos critérios de elegibilidade. Após a leitura completa de 203 artigos, 23 preencheram todos os critérios e foram incluídos nesta revisão. A Figura 1 apresenta o fluxograma dos artigos identificados, bem como as razões de exclusão dos estudos em cada etapa.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Ao analisar as características dos estudos selecionados para esta revisão, verificou-se que quase metade das publicações ocorreram nos últimos cinco anos, período impactado pela pandemia de Covid-19. Esse achado evidencia um aumento do interesse e da relevância das pesquisas sobre serviços de cuidados paliativos nesse contexto.

A caracterização dos estudos selecionados está apresentada no Quadro 4, que organiza, em colunas, informações relativas ao autor e ano, cidade/estado, país, continente, tipo de estudo e objetivo dos estudos. Os 23 estudos incluídos foram distribuídos da seguinte maneira: Europa (n=5), com representações na Turquia, Bélgica, Suécia, Espanha e Portugal; Ásia (n=6), incluindo estudos do Irã, Taiwan, Cazaquistão, Barém e Japão; Oceania (n=3), com pesquisas realizadas na Austrália; América do Norte (n=5), contemplando os Estados Unidos, Canadá; América Central (n=1) com estudos dos países do Caribe como Jamaica, Barbados, Belize e Trinidad e Tobago; América do Sul (n=5), incluindo estudos realizados no Chile, Brasil e Equador. Ressalta-se que apenas dois estudos realizados no Brasil preencheram os critérios de elegibilidade e foram incluídos.

Quadro 4 – Caracterização dos estudos, quanto à autoria, ano de publicação, local do estudo, tipo do estudo, amostra e objetivos.

Autor, ano	Cidade, país	Continente	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo do estudo
Beernaert <i>et al.</i> , 2014	Dutch, Bélgica	Europa	Exploratório Quantitativo e Qualitativo	20 Médicos 12 Enfermeiros 18 Pacientes	Mapear barreiras e facilitadores na identificação de pacientes com câncer, falência de órgãos ou demência, a partir da perspectiva de médicos de família, enfermeiros comunitários e pacientes.
Lind <i>et al.</i> , 2017	Suécia	Europa	Exploratório Qualitativo	21 Conselhos distritais	Investigar as percepções de políticos locais, chefes médicos e profissionais de saúde em relação às diretrizes nacionais de cuidados paliativos e identificar obstáculos e oportunidades para implementar essas diretrizes em hospitais de cuidados agudos.
Sánchez-Gutiérrez <i>et al.</i> , 2020	Madrid, Galicia, Basque Country, Murcia, Cantabria e Andalusia, Espanha	Europa	Descritivo / Análise Documental	16 Planos regionais	Determinar se a apresentação e a implementação de programas de cuidados paliativos nas diferentes comunidades autônomas e cidades autônomas estão associadas a um aumento dos recursos específicos para cuidados paliativos.
Silva <i>et al.</i> , 2024	Lisboa, Portugal	Europa	Qualitativo, Descritivo e Exploratório	18 Profissionais da saúde	Analisar a implementação dos cuidados paliativos na atenção primária de saúde em Portugal.
Ahmed <i>et al.</i> , 2024	Turquia	Ásia	Qualitativo	21 Profissionais da Saúde	O estudo analisou as percepções de profissionais e formuladores de políticas sobre os cuidados paliativos para pacientes com câncer na Turquia, visando identificar estratégias para fortalecer sua prestação e fornecer diretrizes para futuras políticas e programas nacionais.
Ansari <i>et al.</i> , 2018	Iran	Ásia	Qualitativo	7 Pacientes 2 Cuidadores 6 Profissionais da saúde 7 Formuladores de política	Explicar as percepções dos interessados sobre os fatores que influenciam o design de um sistema de cuidados paliativos e sua análise de políticas.

Chang <i>et al.</i> , 2021	Taipei, Taiwan	Ásia	Transversal, Quantitativo e Qualitativo	159 Profissionais da Atenção Primária a Saúde	Explorar a disposição da equipe de atenção primária em participar na educação e rede comunitária compassiva, educação em cuidados paliativos, fornecimento de CP e as barreiras que enfrentaram.
Salikhanov <i>et al.</i> , 2024	Pavlodar, Astana, Almaty, Semey e Kostanay, Cazaquistão	Ásia	Descritivo Qualitativo	12 Cuidadores 12 Profissionais da saúde 5 Gestores	Explorar os desafios enfrentados pelos interessados na prestação de cuidados paliativos no Cazaquistão e oferecer recomendações para formuladores de políticas, visando o desenvolvimento futuro desses serviços.
Weng <i>et al.</i> , 2021	Barém	Ásia	Qualitativo	9 Médicos 7 Enfermeiros	Avaliar as atitudes e crenças dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos, incluindo a transição para o cuidado de conforto e o status de NR/NI, além de examinar a oferta de serviços paliativos no Barém, identificar barreiras para o desenvolvimento da especialidade e sugerir etapas futuras para superá-las.
Yoshida <i>et al.</i> , 2015	Chiba, Shizuoka, Nagasaki e Yamagata, Japão	Ásia	Descritivo	644 Médicos 2275 Enfermeiros	Identificar as ações futuras necessárias para promover os cuidados paliativos no Japão, priorizadas de acordo com a perspectiva da população em geral e dos profissionais de saúde. Além disso, buscou determinar os recursos informativos mais eficazes a partir da visão desses dois grupos.
Bindley <i>et al.</i> , 2021	Western Sydney, Austrália	Oceania	Descritivo qualitativo	7 Profissionais da saúde em CP 14 Profissionais da Assistência Social	Analisar a percepção e abordagem de trabalhadores especializados em cuidados paliativos e assistência social sobre as experiências de cuidadores informais de pacientes com doenças limitantes, beneficiários de apoio governamental em Western Sydney, região de alta vulnerabilidade socioeconômica. O estudo busca fornecer informações sobre questões sistêmicas com potencial impacto em práticas e políticas.
BSocWK <i>et al.</i> , 2007	East Arnhem Land, Austrália	Oceania	Qualitativo	10 Pacientes 19 Cuidadores 30 Profissionais da saúde 11 Trabalhadores da saúde aborígenas 2 Intérpretes	Analisar os desafios na prestação de cuidados paliativos a populações indígenas em áreas rurais e remotas, destacando o papel central dos enfermeiros de clínicas e comunidades como principais provedores de assistência.

Dinther; Javanparast, 2024	Austrália Meridional	Oceania	Qualitativo	8 Cônjuges 7 Filhos 1 Irmão 2 Amigos	Investigar as experiências de cuidadores não remunerados no acesso a informações e recursos de apoio ao cuidado de pacientes, com ênfase em cuidados paliativos, além de avaliar o acesso a suporte para autocuidado e identificar oportunidades e desafios enfrentados por esses cuidadores.
Bharvsar <i>et al.</i> , 2017	Carolina do Norte, Estados Unidos da América	América do Norte	Qualitativo	25 Pacientes	Identificar e mensurar as atividades clínicas e administrativas específicas realizadas por uma equipe multidisciplinar em um modelo liderado por prestador de cuidados paliativos para oferecer cuidados paliativos na comunidade.
Crooks <i>et al.</i> , 2010	Colúmbia Britânica, Canadá	América do Norte	Qualitativo	2 Médicos da Família 7 Enfermeiros 2 Profissionais da saúde aliados 1 Cuidador Familiar 6 Gestores da saúde 5 Voluntários em CP 2 Pastor/Ministro 2 Trabalhadores do Hospice 4 Outros	Explorar o potencial de aprimoramento da prestação de cuidados paliativos em áreas rurais da Colúmbia Britânica por meio de um modelo, analisando os diferentes níveis de políticas envolvidas, identificando temas transversais e avaliando suas implicações para a prática e a prestação de cuidados.
Dy <i>et al.</i> , 2018	Ontário, Canadá	América do Norte	Descritivo Qualitativo	47 Médicos 27 Enfermeiros 8 Assistentes Social 7 Gestores 8 Outros Profissionais da saúde	Descrever a confiabilidade e a validade de conteúdo da pesquisa para avaliar a capacidade de medição e melhoria da qualidade em equipes de cuidados paliativos, bem como apresentar as evidências iniciais sobre a variação entre diferentes programas.
Gibbs <i>et al.</i> , 2015	Maryland, Estados Unidos da América	América do Norte	Quantitativo e Qualitativo	28 Hospitais	Avaliar a infraestrutura de cuidados paliativos nos 46 hospitais comunitários não especializados de Maryland e descrever as perspectivas dos profissionais de saúde sobre as barreiras aos cuidados paliativos, bem como os recursos que poderiam aprimorar sua prestação.

Daubman <i>et al.</i> , 2021	Jamaica, Barbados, Ilhas Turcas e Caicos, Belize e Trinidad e Tobago.	América Central	Qualitativo e Quantitativo	20 Médicos 9 Enfermeiros 1 Farmacêutico	Avaliar os efeitos do treinamento regional em cuidados paliativos para médicos, enfermeiros e farmacêuticos no Caribe, analisando a satisfação dos participantes, o impacto esperado na prática clínica, as barreiras para a mudança na prática e a percepção do impacto na conquista de marcos-chave em cuidados paliativos.
Arriaza; Cancino; Sannhueza. 2009	Santiago, Chile	América do Sul	Qualitativo	5 Pacientes 5 Familiares	Compreender crenças, atitudes, valores e motivações em contextos específicos, descrevendo experiências compartilhadas por participantes e analisando seus discursos para identificar a essência do tratamento paliativo e da última etapa da vida.
Davalos-Batallas <i>et al.</i> , 2020	Loja, Quito, Guayaquil e Cuenca, Equador	América do Sul	Qualitativo	28 Médicos	Analisar a situação dos CP no Equador a partir da perspectiva dos médicos, a fim de elaborar recomendações para o desenvolvimento dos CP no país.
Garcia; Rodrigues; Lima, 2014	Maranhão, Brasil	América do Sul	Relato de Experiência	-	Compartilhar a experiência ocorrida em um hospital de referência em oncologia do Estado do Maranhão e apresentar iniciativas que auxiliaram no desenvolvimento do Serviço de CP.
Marcucci <i>et al.</i> , 2017	Paraná, Brasil	América do Sul	Relato de Experiência	-	Descrever a experiência da implantação de um serviço CP num hospital geral público de média complexidade, apresentar as etapas realizadas e as observações iniciais, além de discutir a inserção desta abordagem no contexto da saúde pública.
Quintana <i>et al.</i> , 2021	Loja, El Oro e Zamora Chinchipe, Equador	América do Sul	Descritivo	150 Médicos 104 Enfermeiros 38 Gestores da saúde	Avaliar a implementação do Guia de Cuidados Paliativos nos Centros de Saúde da Zona 7, bem como o nível de conhecimento sobre CP dos profissionais de saúde que atuam nesses centros, seis anos após a aprovação do Plano Nacional de Cuidados Paliativos do Equador.

Nota: CP=Cuidados Paliativos; NR/NI=não ressuscitar/não intubar;

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Para garantir maior clareza sobre as barreiras, potencialidades e proposições de cada estudo, é fundamental compreender seu contexto histórico e regional. Essa compreensão permite considerar a individualidade de cada local, incluindo sua cultura, território, desafios específicos e o processo de implementação dos cuidados paliativos. As particularidades regionais de cada estudo, bem como as características da implementação dos cuidados paliativos, estão apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Caracterização do contexto local histórico de implementação dos serviços em Cuidados Paliativos

AUTOR, ANO	CONTINENTE	PAÍS	CONTEXTO LOCAL E POLÍTICAS PÚBLICAS
Beernaert <i>et al.</i> , 2014	Europa	Bélgica	<ul style="list-style-type: none"> - A Bélgica tem um sistema de saúde que inclui cuidados paliativos tanto generalistas quanto especializados. - The Gold Standards Framework Program.
Lind <i>et al.</i> , 2017	Europa	Suécia	<ul style="list-style-type: none"> - 1990: diretrizes clínicas são utilizadas na Suécia para integrar conhecimento à prática. - 2012: foram publicação das Diretrizes Clínicas Nacionais para Cuidados Paliativos. - 2013: o Conselho Nacional de Saúde e Bem-Estar da Suécia lançou um guia nacional para aprimorar a qualidade dos cuidados paliativos no fim da vida.
Sánchez-Gutiérrez <i>et al.</i> , 2020	Europa	Espanha	<ul style="list-style-type: none"> - 2001: Sistema Nacional de Saúde publicou o primeiro Plano Nacional de Cuidados Paliativos. - 2002: conclusão do processo de descentralização das competências em saúde. - 2007: lançada a Estratégia Nacional de Cuidados Paliativos. - 2011: a estratégia foi atualizada, reforçando a necessidade de acompanhamento e avaliação dos serviços; instituição dos planos regionais – cada comunidade autônoma desenvolveu sua própria estratégia – aumentando significativamente o número de serviços.
Silva <i>et al.</i> , 2024	Europa	Portugal	<ul style="list-style-type: none"> - 2012: reconhecimento dos CP pela Lei nº 52/2012, que criou a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). - A RNCP é coordenada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos e pelas Administrações Regionais de Saúde, abrangendo unidades hospitalares, comunitárias e atendimento domiciliar. - Elaboração de planos estratégicos bienais.
Ahmed <i>et al.</i> , 2024	Ásia	Turquia	<ul style="list-style-type: none"> - 2000: Reconhecimento da necessidade de CP na Turquia. - 2010: Criação do programa nacional Pallia-Turk – buscar expandir a cobertura dos CP em todo país; - Evolução: Capacitação (2006) → Provisão não integrada (2017). - 2020: Aumento da incidência de câncer e mortes por doenças graves. - Atualmente existem mais de 415 centros de CP no país.
Ansari <i>et al.</i> , 2018	Ásia	Irã	<ul style="list-style-type: none"> - Câncer é a terceira principal causa de morte no Irã, com 90.000 novos casos anuais. - O conceito de CP ainda é relativamente novo no país e é oferecido de forma esporádica. - Falta de CP é vista como violação pela OMS, impulsionando ações do governo. - Desde 2011, o Comitê Nacional de Câncer e o Ministério da Saúde desenvolvem um pacote de CP para pacientes oncológicos. - Sistema planejado em três níveis – comunitário, hospitais gerais e centros especializados.
Chang <i>et al.</i> , 2021	Ásia	Taiwan	<ul style="list-style-type: none"> - 1998: Introdução do modelo de comunidade compassiva. - Os serviços em CP são principalmente hospitalares, e há um esforço para envolver mais a comunidade por meio da educação e redes de apoio. - Lei de Cuidados Paliativos e Hospice de Taiwan (Hospice Palliative Care Act, 2000); - Taipei Declaration for Prevention of Suffering (2016).

			- Taipei Declaration for Ultimate Integration of Palliative Care (2018).
Salikhanov <i>et al.</i> , 2024	Ásia	Cazaquistão	- 2015: Cazaquistão ficou em 50º lugar no Índice de Qualidade da Morte entre 80 países avaliados. - 2021: Excluído do índice por falta de dados sobre CP. - Estima-se que 107.000 pessoas no Cazaquistão necessitam de CP, e pelo menos 200.000 pessoas seriam beneficiadas indiretamente. - Estratégia Nacional de Cuidados Paliativos. - Associação Cazaque de Cuidados Paliativos.
Weng <i>et al.</i> , 2021	Ásia	Barém	- Desde a década de 60: Possui um sistema de saúde gratuito para cidadãos e subsidiado para não cidadãos. - A cultura e a religião desempenham um papel significativo nas decisões de fim de vida nessa região, tornando o avanço do CP mais desafiador. - O CP foi introduzido no Oriente Médio na década de 1990. - Em Barém, o CP começou em 2009, disponível em três hospitais terciários. - O relatório (2015-2018) apontou necessidade crescente, mas houve pouco progresso desde então.
Yoshida <i>et al.</i> , 2015	Ásia	Japão	- O Ministério da Saúde do Japão incentiva os CP desde os anos 1990. - 2000: apenas 2,6% dos pacientes oncológicos morreram sob CP, mas esse número vem crescendo.
Bindley <i>et al.</i> , 2021	Oceania	Austrália	- Historicamente, o desenvolvimento dos CP na Austrália concentrou-se em áreas metropolitanas, com serviços "Cinderela" tentando atender as regiões rurais e remotas.
BSocWK <i>et al.</i> , 2007	Oceania	Austrália	- <i>Carer Payment</i> . - <i>Carer Allowance</i> . - National Health and Medical Research Council (NH&MRC).
Dinther; Javanparast, 2024	Oceania	Austrália	- 2021: mais de 2,4 milhões de australianos cuidavam de pessoas com deficiência, doenças crônicas ou idosos. - Até 2057, 22% da população terá mais de 65 anos, aumentando a demanda por CP.
Bharvsar <i>et al.</i> , 2017	América do Norte	EUA	- Os principais modelos incluem hospitais, instalações de cuidados de longo prazo ou organizações. - Nos EUA, os hospitais são o cenário mais comum para cuidados paliativos não-hospice. - O uso de CP comunitários tem aumentado, impulsionado pela busca de abordagens de pagamento alternativas. - Affordable Care Act.
Crooks <i>et al.</i> , 2010	América do Norte	Canadá	
Dy <i>et al.</i> , 2018	América do Norte	Canadá	
Gibbs <i>et al.</i> , 2015	América do Norte	EUA	- 2013: a Assembléia Legislativa de Maryland aprovou e o governador sancionou a Lei House Bill 581. - A legislação determinou que, até 2016, todos os hospitais de Maryland com 50 ou mais leitos deveriam possuir um programa de cuidados paliativos (PC) credenciado.

Daubman <i>et al.</i> , 2021	América Central	Jamaica	<ul style="list-style-type: none"> - O Jamaica Cancer Care and Research Institute (JACCRI) iniciou um programa de treinamento para médicos, enfermeiros e farmacêuticos. - 2018: A Universidade das Índias Ocidentais (UWI-Mona), em Kingston, sediou um curso intensivo de uma semana sobre medicina paliativa. - <i>International Association for Hospice and Palliative Care List of Essential Practices</i>; - Jamaica Cancer Care and Research Institute (JACCRI). - O acesso aos cuidados paliativos (CP) na Jamaica e no Caribe é limitado, com poucas iniciativas formais na região. - Muitos países caribenhos possuem apenas um ou dois médicos treinados em CP, enquanto outros não possuem nenhuma atividade de CP registrada.
Arriaza; Cancino; Sannhueza. 2009	América do Sul	Chile	<ul style="list-style-type: none"> - 1994: o Programa Nacional de Alívio da Dor por Câncer e Cuidados Paliativos foi implementado dentro do Programa Nacional de Câncer do Ministério da Saúde. - 2003: o programa passou a integrar o Sistema de Acesso Universal de Garantias Explícitas (AUGE), assegurando prazos máximos para diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer avançado. - O programa funciona em 28 centros especializados em cuidados paliativos distribuídos pelo país. - Desde 1998, há cobertura integral de medicamentos analgésicos e insumos prioritários no setor público. - Equipes multiprofissionais: incluem médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos para suporte ao paciente e sua família. - Os cuidados paliativos no Chile seguem o Modelo de Continuidade dos Cuidados, inspirado nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS).
Davalos-Batallas <i>et al.</i> , 2020	América do Sul	Loja, Quito, Guayaquil e Cuenga, Equador	<ul style="list-style-type: none"> - Baseado no modelo espanhol de CP: Referência para outros países. - Origem dos cuidados paliativos no Equador foi iniciada por uma congregação religiosa de Padres Camilianos. - Fundação do primeiro hospice para CP em Quito. - 1997: Criação da Federação Equatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL). - Abertura de unidades de CP em Quito e Guayaquil, dentro dos hospitais SOLCA (Sociedade de Luta contra o Câncer). - 2014: Adaptação das diretrizes espanholas ao contexto equatoriano. - Guia de Prática Clínica para Cuidados Paliativos (GPCCP). - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. - Estratégia Nacional de Cuidados Paliativos.
Garcia; Rodrigues; Lima, 2014	América do Sul	Maranhão, Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - 1966: Fundado o Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB) é referência no tratamento do câncer no Maranhão. - Faz parte dos 65 serviços de dor e cuidados paliativos no Brasil reconhecidos pela Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ANCP). - 80% dos atendimentos são realizados pelo SUS, com o restante atendido por planos de saúde ou consultas particulares.

			<ul style="list-style-type: none"> - 2003: criação do Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do IMOAB, com atendimentos ambulatoriais e visitas em enfermarias, mas sem leitos exclusivos para CP. - Campo de prática para a Liga Acadêmica de Dor do Maranhão (LAD-MA) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).
Marcucci <i>et al.</i> , 2017	América do Sul	Paraná, Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - 1960: a maioria dos falecimentos passou a ocorrer em hospitais. - 1980: cerca de 70% das mortes ocorriam em hospitais, percentual que se manteve em 73% entre 1996 e 2010. - 2010: Ampliação do Hospital Doutor Anísio Figueiredo, com atendimento pelo SUS, oferecendo pronto-socorro, internação e centro cirúrgico, com atuação de uma equipe multiprofissional. - Portarias Nº 2.529/2006, Nº 963/2013 e Nº 1.208/2013. - Portaria Nº 19/2002, que instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. - Portaria Nº 2.439/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. - Portaria Nº 874/2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde.
Quintana <i>et al.</i> , 2021	América do Sul	Loja, El Oro e Zamora Chinchipe, Equador	<ul style="list-style-type: none"> - 2014: aprovação da Guia de Prática Clínica para Cuidados Paliativos (GPCCP) pelo Ministério da Saúde Pública (MSP). - Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2015- 2017).

Nota: CP=Cuidados Paliativos;
 Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Após a análise individual de cada estudo, identificou-se uma expressiva discrepância no manejo e no desenvolvimento dos serviços de Cuidados Paliativos entre os países investigados, sendo essa variação ainda mais evidente entre os continentes. Embora haja demandas semelhantes, observa-se que determinadas necessidades só podem ser plenamente atendidas por meio de estudos específicos e aprofundados em cada localidade.

Entretanto, os objetivos dos estudos analisados apresentam convergências, sendo que a maioria busca compreender como os serviços de CP são estruturados e oferecidos em suas respectivas regiões. Enquanto alguns estudos abordam áreas geográficas menores, com um número reduzido de participantes, outros investigam múltiplas localidades dentro de um mesmo país, permitindo uma visão mais ampla do contexto.

O continente asiático destacou-se pelo maior número de artigos que atenderam aos critérios de inclusão, evidenciando um crescente interesse e investimento em pesquisas sobre Cuidados Paliativos. Esse dado sugere que, embora o desenvolvimento histórico dos CP tenha ocorrido predominantemente na Europa, outros continentes, como a América do Norte e a Austrália, vêm direcionando esforços significativos para expandir essa prática, impulsionando avanços científicos e recursos destinados à área.

A América do Sul foi representada por 5 artigos, número inferior ao esperado, quando comparado à diversidade de países e contextos culturais existentes no continente, indica uma lacuna na produção científica sobre Cuidados Paliativos. No Brasil, especificamente, foram identificados dois estudos do tipo relato de experiência, o que sugere um interesse emergente pelo tema. No entanto, torna-se evidente a necessidade de pesquisas mais aprofundadas, conduzidas com rigor metodológico, a fim de subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas efetivas voltadas à implementação e expansão dos serviços de CP.

Ressalta-se que esta revisão de escopo oferece um panorama geral do desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no cenário global. Entretanto, identificou-se um déficit de estudos que representem o continente africano, o que pode refletir uma carência de pesquisas e de aprofundamento nessa área.

A maior parte dos estudos analisados adotou uma abordagem voltada para suas realidades territoriais, com destaque para as barreiras enfrentadas na implementação desses serviços e para a proposição de estratégias voltadas à sua melhoria. A descrição sobre a implementação dos serviços de Cuidados Paliativos nas diferentes regiões e suas respectivas potencialidades, barreiras e proposições foram organizadas e apresentadas no quadro 6.

Quadro 6 – Caracterização dos estudos incluídos quanto à autoria, potencialidades, barreiras e proposições de melhorias acerca dos serviços em Cuidados Paliativos

AUTORIA	CONTINENTE	POTENCIALIDADES	BARREIRAS	PROPOSIÇÕES
Beernaert, <i>et al.</i> , 2014	Europa	Envio Oportuno de Informações: Prontuários médicos detalhados para continuidade do cuidado. Comunicação Efetiva: Uso de questionários e escalas para avaliar sintomas.	Falta de Conhecimento Profissional: Dificulta o reconhecimento precoce das necessidades de CP. Percepção dos Pacientes: Preferência por médicos hospitalares. Descontinuidade do Cuidado: Falta de contato entre profissionais e pacientes em tratamento especializado.	Abordagem Precoce dos CP: Iniciar intervenções desde os estágios iniciais da doença. Conscientização e Sensibilização: Educação sobre CP para médicos e pacientes.
Lind <i>et al.</i> , 2017	Europa	Fortalecimento da Formação Profissional: Expansão do ensino sobre CP. Maior Envolvimento dos Médicos: Papel central na iniciação de diálogos.	Deficiência na Educação e Profissionais: Necessidade de treinamentos mais eficazes. Limitação Orçamentária: Pequenos hospitais enfrentam mais dificuldades financeiras.	Revisão da Infraestrutura: Ajustes para melhorar oferta hospitalar. Integração de Serviços: Melhor coordenação entre hospitais e CP domiciliar.
Sánchez-Gutiérrez <i>et al.</i> , 2020	Europa	Reorganização dos Serviços: Integração das unidades de CP para melhor eficiência. Impacto das Estratégias Regionais: Associação entre políticas regionais e aumento de recursos para CP.	Cobertura Inadequada: Falta de equipes especializadas para atendimento domiciliar. Desaceleração na Expansão: Crescimento inicial dos serviços seguido de estagnação.	Avaliação Contínua dos Planos: Necessidade de revisão e atualização periódica das estratégias regionais. Melhoria na Cobertura: Garantia de suporte domiciliar para atender padrões europeus.
Silva <i>et al.</i> , 2024	Europa	Direito aos Cuidados Paliativos: Reconhecimento legal do acesso aos CP. Participação Familiar e Equipes Especializadas: Famílias envolvidas com suporte de profissionais qualificados.	Direito aos Cuidados Paliativos: Reconhecimento legal do acesso aos CP. Participação Familiar e Equipes Especializadas: Famílias envolvidas com suporte de profissionais qualificados.	Desenvolvimento Sustentável: Planos devem ser baseados em análises situacionais e recursos disponíveis. Regulamentação e Organização: Necessidade de formação específica e suporte 24h.
Ahmed <i>et al.</i> , 2024	Ásia	Cuidados Domiciliares: Redução de hospitalizações e complicações.	Deficiência na Atenção Primária: Falta de incentivos e suporte de assistentes sociais.	Empoderamento do Paciente: Incentivar participação ativa no cuidado.

		<p>Apoio Holístico: Promoção da qualidade de vida com suporte emocional, psicológico, social e espiritual.</p> <p>Abordagem Multidimensional: Considera fatores sociais, culturais, econômicos e éticos.</p> <p>Geração de Evidências: Avanço da pesquisa em CP, incluindo cuidados infantis.</p>	<p>Limitação no Apoio Social: Prejudica bem-estar de pacientes e cuidadores.</p> <p>Resistência de Pacientes e Cuidadores: Dificuldade na aceitação dos CP devido ao vínculo com oncologistas.</p> <p>Instabilidade Política: Impacto na continuidade de políticas públicas.</p>	<p>Competência Cultural: Práticas culturalmente sensíveis.</p> <p>Educação em CP: Formação obrigatória para profissionais de saúde.</p> <p>Acessibilidade Universal: CP como serviço essencial.</p>
Ansari <i>et al.</i> , 2018	Ásia	<p>Responsabilidade Governamental: O Ministério da Saúde é responsável pelo planejamento e implementação dos CP.</p> <p>Equipe Interdisciplinar: Cuidados prestados por equipe multidisciplinar.</p> <p>Apoio de Grupos Voluntários: Organizações comunitárias auxiliam na assistência.</p>	<p>Falta de Apoio Governamental: Limita avanços na pesquisa e educação.</p> <p>Desconhecimento Público: Estigma e falta de familiaridade com CP.</p> <p>Desafios Operacionais: Infraestrutura inadequada e barreiras financeiras.</p>	<p>Conscientização e Treinamento: Capacitação de profissionais e divulgação de CP.</p> <p>Políticas de Financiamento: Planos acessíveis e inclusivos.</p> <p>Infraestrutura e Regionalização: Desenvolvimento de centros especializados.</p>
Chang <i>et al.</i> , 2021	Ásia	<p>Traços de Personalidade Favoráveis: Persistência e cooperação aumentam a participação em programas de educação compassiva.</p> <p>Educação em Cuidados Compassivos: Benefícios para o profissionalismo e suporte à população idosa.</p>	<p>Baixa Motivação para Educação: Alguns profissionais não se sentem incentivados a participar de programas como CCE e CCN.</p> <p>Desafios na Assistência Paliativa: Médicos enfrentam barreiras como sentimento de falha, dificuldade no manejo da morte e estresse emocional.</p>	<p>Expansão da Educação Paliativa: Inclusão no ensino médico contínuo e recrutamento de profissionais primários para disseminação da abordagem compassiva.</p> <p>Redução de Barreiras Administrativas: Consideração de fatores como tempo, idade e motivação para melhorar a adesão aos programas.</p>
Salikhanov <i>et al.</i> , 2024	Ásia	<p>Cooperação entre Stakeholders: Necessidade de colaboração entre administradores e Ministério da Saúde para avanço nos cuidados paliativos.</p>	<p>Custos Elevados e Falta de Recursos: Despesas altas para cuidadores familiares, escassez de opioides e deficiência em treinamentos.</p> <p>Falta de Conscientização e Apoio Estatal: Sociedade pouco informada e</p>	<p>Educação e Treinamento: Priorizar a capacitação de profissionais e cuidadores familiares, com foco em regiões rurais.</p> <p>Apoio Governamental: Implementação de políticas para melhorar acesso e qualidade dos serviços.</p>

		<p>Papel Ativo do Governo: Médicos percebem maior envolvimento estatal na área.</p> <p>Cuidado Domiciliar: Preferência dos pacientes e famílias por esse tipo de atendimento.</p>	carência de financiamento governamental.	
Weng <i>et al.</i> , 2021	Ásia	<p>Expansão da Força de Trabalho: Intenção de hospitais em ampliar equipes de CP.</p> <p>Educação e Treinamento: Investimento crescente na capacitação profissional.</p>	<p>Fatores Culturais e Religiosos: Dificuldade em aceitar o fim da vida influencia decisões médicas.</p> <p>Falta de Regulamentação: Ausência de diretrizes nacionais claras sobre CP.</p>	<p>Força-Tarefa Regional: Desenvolvimento de diretrizes e avaliação de necessidades.</p> <p>Expansão da Rede de Apoio: Criação de unidades especializadas e fortalecimento de colaborações internacionais.</p>
Yoshida <i>et al.</i> , 2015	Ásia	<p>Expectativa de Melhor Qualificação: População e profissionais demandam melhoria na capacitação.</p> <p>Eventos Científicos: Seminários e conferências como meios essenciais de aprendizado.</p>	<p>Falta de Educação Formal: Deficiência na formação específica para CP. Baixo Conhecimento da População: Necessidade de maior disseminação de informações.</p>	<p>Expansão das Estruturas de CP: Ampliação de unidades especializadas e fortalecimento de parcerias regionais.</p> <p>Melhoria na Divulgação: Aumento da acessibilidade às informações sobre CP para população.</p>
Bindley <i>et al.</i> , 2021	Oceania	<p>Relação Prática Aprimorada: Impacto positivo da avaliação conjunta com um trabalhador de bem-estar.</p> <p>Benefícios e Pagamentos: O Carers Payment e o Carers Allowance são os principais auxílios financeiros para cuidadores.</p>	<p>Precariedade e Insegurança: Falta de recursos acessíveis e medo de deslocamento habitacional após a morte do paciente.</p> <p>Baixa Alfabetização Sistêmica: Dificuldade de compreensão das políticas por cuidadores e profissionais da saúde.</p>	<p>Apoio Diferenciado aos Cuidadores: Separação dos benefícios para cuidadores de pagamentos genéricos.</p> <p>Foco em Abordagens Estruturais: Necessidade de ampliar investigações sobre suporte de renda e consequências socioeconômicas do cuidado no fim da vida.</p> <p>Papel dos Clínicos em Cuidados Paliativos: Melhor compreensão das necessidades sociais e formação em políticas públicas.</p>
BSocWK <i>et al.</i> , 2007	Oceania	<p>Comprometimento dos Enfermeiros: Dedicção ao</p>	<p>Falta de Equipamentos Essenciais: Carência de itens básicos como cadeiras de rodas adequadas.</p>	<p>Equipamentos Adequados na Comunidade: Garantia de recursos apropriados para atendimento no local.</p>

		cuidado paliativo em comunidades indígenas rurais. Forças das Comunidades Rurais: Capacidade de desenvolver serviços locais.	Desafios Geográficos e de Transporte: Isolamento geográfico e dificuldades no deslocamento dos pacientes. Sobrecarga dos Profissionais: Enfermeiros comunitários assumem papel central devido à ausência de serviços especializados.	Melhoria dos Serviços e Recursos: Necessidade de mais financiamento, planejamento eficiente de altas hospitalares e melhor comunicação para suporte remoto.
Dinther; Javanparast, 2024	Oceania	Papel dos Médicos Generalistas (GPs) no Acesso à Informação: GPs podem orientar sobre serviços de CP. Maior efetividade na interação com enfermeiros: Enfermeiros são fonte confiável de suporte para cuidadores.	Dificuldade no acesso ao conhecimento e serviços: Cuidadores têm dificuldades para obter informações essenciais. Deficiência na comunicação profissional: Falta de clareza e restrições de tempo prejudicam cuidadores. Burocracia e falta de reconhecimento: Processos administrativos geram frustração. Falta de coordenação e consistência nos serviços: Informações desorganizadas dificultam o acesso. Influência do reconhecimento na busca por ajuda: Cuidadores muitas vezes só acessam suporte informalmente.	Melhor acesso à informação e suporte para cuidadores. Aprimoramento da comunicação entre médicos e cuidadores. Fortalecimento do papel dos enfermeiros no suporte ao paciente e familiares. Formação adequada em CP para médicos. Reconhecimento e valorização dos cuidadores. Ampliação da disponibilidade de recursos e treinamento. Promoção da busca por ajuda pelos cuidadores.
Bhavsar <i>et al.</i> , 2017	América do Norte	Análise de Tempo e Movimento: Estudo pioneiro sobre eficiência nos CP comunitários nos EUA. Aplicação na Saúde: Implementação em diversas especialidades para otimização do atendimento.	Desbalanceamento na Utilização do Tempo: Médicos gastam mais tempo em tarefas administrativas que no atendimento direto. Falta de Evidências: Escassez de estudos sobre eficiência em CP. Desafios no Reembolso: Baixo financiamento no modelo atual.	Modelos de Pagamento Baseados em Valor: Incentivo à eficiência e qualidade. Apoio Administrativo: Melhor uso de equipe de suporte para otimizar o tempo clínico. Pesquisa e Desenvolvimento: Expansão dos estudos sobre CP.
Crooks <i>et al.</i> , 2010	América do Norte	Descentralização da Governança da Saúde: Transferência de responsabilidades para	Influência da Vontade Política no Financiamento: A alocação de recursos depende de decisões políticas, dificultando a garantia de	Fortalecimento da Governança Regional: Equilíbrio de interesses locais por meio de um modelo de gestão eficiente.

		<p>autoridades regionais com supervisão e controle de financiamento pelo governo provincial.</p> <p>Continuidade do Cuidado pelos Médicos de Família: Acompanhamento dos pacientes ao longo da vida, fortalecendo a relação médico-paciente e melhorando o cuidado paliativo.</p> <p>Valorização das Competências Profissionais: Reconhecimento da importância dos profissionais de saúde e incentivo ao trabalho colaborativo.</p>	<p>investimentos adequados.</p> <p>Disputas Regionais e Organização Espacial dos Serviços: Animosidades históricas entre comunidades afetam a distribuição dos serviços de saúde.</p> <p>Desafios Geográficos e Logísticos: Terreno montanhoso e comunidades isoladas dificultam o acesso aos cuidados paliativos.</p> <p>Fechamento de Unidades de Saúde: Reformas resultaram na redução da oferta de serviços paliativos.</p>	<p>Planejamento Estratégico para Cuidados Paliativos: Desenvolvimento de estratégias para garantir acesso equitativo aos serviços.</p> <p>Justificativa Geográfica na Alocação de Recursos: Melhor distribuição dos leitos paliativos com base na necessidade populacional e geográfica.</p> <p>Investimento em Infraestrutura e Logística: Melhorias na conectividade entre comunidades e suporte para deslocamento em regiões remotas.</p>
Dy <i>et al.</i> , 2018	América do Norte	<p>Instrumento de avaliação como facilitador: Processo de pesquisa útil para mapear qualidade dos serviços.</p> <p>Identificação de pontos fortes e oportunidades de melhoria: Treinamento, suporte da liderança e infraestrutura.</p> <p>Abordagens distintas entre EUA e Canadá: Diferentes formas de implementação das iniciativas de qualidade.</p> <p>Desenvolvimento de padrões de qualidade em Ontário: Criação de indicadores para avaliação.</p>	<p>Diferenças na compreensão da qualidade: Conceitos variam entre equipes e padrões institucionais.</p> <p>Dificuldade na comunicação e coordenação: Desafios para identificar lideranças responsáveis.</p> <p>Varição nas iniciativas de qualidade entre serviços: Impacto desigual entre profissionais e lideranças.</p>	<p>Utilidade da pesquisa para iniciativas de qualidade: Monitoramento contínuo para melhorias.</p> <p>Identificação de questões contextuais: Avaliação prévia dos desafios antes da implementação de novas estratégias.</p> <p>Expansão da aplicação e avaliação de desempenho: Coleta de dados para melhorar a qualidade assistencial.</p> <p>Versões futuras e adaptações da pesquisa: Foco em aspectos essenciais e personalização para cada programa.</p>

Gibbs <i>et al.</i> , 2015	América do Norte	<p>Expansão da Força de Trabalho: 64% dos hospitais pretendem aumentar profissionais. Treinamento Contínuo: 56% dos hospitais buscam ampliar capacitação. Compartilhamento de Boas Práticas: Redes de colaboração fortalecem a implementação.</p>	<p>Falta de Conhecimento: 68% dos pacientes e familiares desconhecem cuidados paliativos. Orçamento Limitado: Pequenos hospitais relatam maiores dificuldades financeiras. Falta de Profissionais Treinados: 44% dos hospitais indicam déficit.</p>	<p>Aprimoramento da Formação: Incentivo à educação e capacitação médica. Estratégias de Incentivo: Melhorar reembolsos e estrutura de suporte financeiro. Melhoria na Comunicação: Discussão precoce sobre cuidados paliativos.</p>
Daubman <i>et al.</i> , 2021	América Central	<p>Alta Qualidade do Curso: Participantes avaliaram o treinamento como altamente eficaz. Interesse na Expansão do Conteúdo: Profissionais querem aprofundar conhecimentos sobre comunicação e manejo de sintomas.</p>	<p>Falta de Recursos e Tempo: Profissionais enfrentam limitações financeiras e de carga horária. Ausência de Treinamento Formal: Muitos países caribenhos não possuem programas estruturados de CP. Baixa Conscientização: Médicos desconhecem serviços disponíveis e caminhos formais de encaminhamento.</p>	<p>Aprimoramento Contínuo do Curso: Uso da experiência adquirida para expandir treinamentos regionais. Criação de Unidades de CP: Pequenos espaços especializados para melhor manejo da dor e suporte. Sensibilização Administrativa: Inclusão de princípios de CP nas instituições de saúde.</p>
Arriaza; Cancino; Sannhueza, 2009	América do Sul	<p>Sensação de Refúgio: Pacientes se sentem acolhidos. Redefinição da Qualidade de Vida: Ligada à autonomia e controle da doença. Apoio a Cuidadores: Profissionais auxiliam no estabelecimento de papéis.</p>	<p>Sobrecarga de Cuidadores: Impacto na autoestima e relações pessoais. Infraestrutura Inadequada: Falta de suporte adequado para pacientes. Cansaço Emocional: Elevados níveis de exaustão e culpa entre cuidadores.</p>	<p>Fortalecimento da Equipe Interdisciplinar: Modelos de CP multidisciplinares. Capacitação Profissional: Formação especializada e produção de evidências. Abordagem Holística: Integração de aspectos biopsicossocioespirituais.</p>
Davalos-Batallas <i>et al.</i> , 2020	América do Sul	<p>Associações de Cuidados Paliativos (CP): Alguns profissionais fazem parte de organizações de CP. Guia de Prática Clínica: Documento publicado e utilizado por muitos profissionais. Educação em CP: Inserção de CP nos estudos de pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade.</p>	<p>Falta de formação pós-graduada: Dificuldade em identificar e tratar pacientes que necessitam de CP. Fragilidade do sistema de saúde: Falta de medicamentos essenciais como morfina. Falta de associações profissionais: Ausência de apoio institucional e desenvolvimento da área. Ausência de unidades de CP: Falta de profissionais capacitados e infraestrutura. Deficiência na</p>	<p>Capacitação de médicos no manejo de doenças crônicas avançadas. Identificação de necessidades de CP: Melhor detecção e encaminhamento de pacientes. Sistemas de apoio aos generalistas: Auxílio na triagem de pacientes para CP. Estratégia de cuidados integrados: Integração entre generalistas, especialistas e equipes de suporte.</p>

			<p>referência a CP: Apenas oncologistas fazem encaminhamentos.</p> <p>Falta de trabalho interdisciplinar: Especialistas atuam de forma independente. Desenvolvimento limitado de CP: Serviços não alcançam áreas rurais e cidades menores.</p>	
Garcia; Rodrigues; Lima, 2014	América do Sul	<p>Modelos de Implementação: Estratégia combinada “top-down” (governo) e “bottom-up” (comunidade).</p> <p>Expansão do Serviço de Dor: Crescimento do IMOAB na oferta de analgesia.</p>	<p>Políticas Restritivas: Atraso na liberação de opioides.</p> <p>Falta de Profissionais e Educação: Formação inadequada e escassez de cursos.</p> <p>Acesso Restrito a Medicamentos: Distribuição insuficiente e estigma sobre opioides.</p>	<p>Política Nacional Estruturada: Necessidade de estratégia governamental eficaz.</p> <p>Incorporação ao SUS: Implementação coordenada.</p> <p>Educação Profissional: Inserção dos cuidados paliativos na formação médica.</p>
Marcucci <i>et al.</i> , 2017	América do Sul	<p>Suporte Espiritual: Implementação de assistência emocional e religiosa.</p> <p>Adaptação Hospitalar: Mudanças estruturais para viabilizar CP.</p>	<p>Superlotação Hospitalar: Pouca oferta de CP domiciliar e instituições de longa permanência.</p> <p>Falta de Estrutura Pública: Serviços voltados para tratamento agudo, sem continuidade no cuidado.</p>	<p>Ampliação do Atendimento Domiciliar: Expansão dos serviços fora do hospital.</p> <p>Melhoria da Comunicação: Diálogo ativo entre equipe e famílias.</p>
Quintana <i>et al.</i> , 2021	América do Sul	<p>Maior Uso de Morfina para Dor: 76,3% dos médicos utilizam para alívio no fim da vida.</p> <p>Abordagem Psicossocial e Espiritual: 90% dos médicos avaliam impacto emocional.</p>	<p>Falta de Treinamento: Apenas 57,58% dos médicos são treinados em CP.</p> <p>Barreiras no Acesso a Medicamentos: Distribuição insuficiente de opioides essenciais.</p> <p>Desconhecimento do Plano Nacional: Falta de reconhecimento das diretrizes nacionais.</p>	<p>Educação Contínua: Melhor formação para diagnóstico precoce e tratamento.</p> <p>Expansão da Equipe Interdisciplinar: Maior presença de enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas.</p> <p>Integração de Serviços: Coordenação hospitalar e atendimento domiciliar 24h.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

A análise da tabela elaborada permite uma visão abrangente das principais potencialidades, barreiras e proposições locais, organizadas conforme os respectivos continentes. No contexto europeu, observa-se uma expressiva heterogeneidade nas informações apresentadas, especialmente no que se refere às potencialidades, que variam significativamente entre os países. Tal diversidade pode ser atribuída à ampla variedade de nações presentes no continente, cada uma com idiomas, culturas e sistemas de saúde distintos.

Entretanto, quando analisadas as barreiras e proposições, identificam-se semelhanças importantes. Destacam-se, entre os principais desafios, a carência de especialização e conhecimento profissional na área de Cuidados Paliativos, bem como crenças e percepções dos pacientes e familiares que dificultam a continuidade do cuidado. Além disso, limitações orçamentárias são recorrentes, evidenciando a necessidade de estratégias voltadas à superação desses obstáculos. O fato de que países com contextos socioculturais distintos, mas situados na mesma região geográfica, compartilham desafios semelhantes na implementação dos Cuidados Paliativos é um achado relevante para a comunidade científica e para a formulação de políticas públicas eficazes.

Por outro lado, o continente asiático tem demonstrado um avanço significativo nos investimentos em Cuidados Paliativos, especialmente nos países abordados nos estudos analisados. Entre as principais potencialidades identificadas, destacam-se o fortalecimento da assistência domiciliar, a abordagem multiprofissional especializada, a educação cultural e populacional, o papel ativo do governo com investimentos direcionados, além do avanço das pesquisas e da promoção de eventos científicos voltados ao tema.

Esse cenário, de certa forma, contrasta com o processo histórico dos Cuidados Paliativos, cujas bases foram consolidadas no continente europeu, mas que, atualmente, encontram maior expansão e desenvolvimento na Ásia. No entanto, ainda persistem desafios consideráveis, como a deficiência na oferta de Cuidados Paliativos na atenção primária, instabilidades políticas e governamentais, dificuldades na assistência paliativa, falta de conscientização estatal e barreiras culturais e religiosas. Diante desse contexto, diversas propostas de aprimoramento têm sido sugeridas, visando garantir a ampla implementação dos Cuidados Paliativos em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Nesta revisão de escopo, a Oceania está representada exclusivamente pela Austrália, uma vez que foi o único país do continente identificado em três estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade. Dessa forma, a análise concentra-se mais nas características desse país do que na região como um todo. No que se refere às potencialidades, a Austrália se destaca pelos planos de financiamento e pagamento da saúde, além da qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem, que recebeu avaliações positivas quanto ao suporte oferecido nos serviços de Cuidados Paliativos.

No entanto, a Austrália enfrenta desafios significativos, destacando-se a precariedade em relação a equipamentos de saúde, inseguranças no setor, dificuldades no transporte público, deficiência na comunicação interprofissional, além da falta de reconhecimento dos profissionais especializados. Soma-se a isso a baixa alfabetização sistêmica, agravada por processos burocráticos excessivos e pela falta de coordenação dos serviços. Algumas dessas barreiras são semelhantes às identificadas na América do Norte, onde os principais entraves incluem desafios geográficos e políticos, deficiência na comunicação entre as equipes de saúde e escassez de profissionais treinados.

Por outro lado, a América do Norte apresenta facilitadores relevantes, tais como a implementação de diversas especialidades, a descentralização dos serviços de saúde e a diferenciação na abordagem entre os sistemas dos Estados Unidos e do Canadá. Destaca-se, ainda, a continuidade do cuidado pelos médicos de família, a expansão da força de trabalho, o treinamento contínuo dos profissionais e o compartilhamento de boas práticas, aspectos que contribuem para o aprimoramento dos Cuidados Paliativos na região.

De maneira semelhante, na América Central, observa-se uma alta qualidade nos cursos de formação para Cuidados Paliativos, bem como programas de expansão do conhecimento. Entretanto, barreiras como a escassez de recursos e a baixa conscientização da população ainda representam desafios expressivos para a continuidade e implementação eficaz desses serviços.

Na América do Sul, as potencialidades variam entre os países analisados, incluindo a oferta de educação em Cuidados Paliativos, a ampliação dos serviços voltados ao tratamento da dor, a abordagem psicossocial e a percepção dos serviços

como um “refúgio” para os pacientes. Além disso, a espiritualidade, característica marcante da cultura latino-americana, emerge como um fator positivo que pode influenciar o curso do tratamento. No entanto, diversos desafios persistem, como a sobrecarga dos cuidadores, a ausência de treinamento formal, a carência de recursos e o acesso limitado a medicamentos, além da superlotação hospitalar, entre outras dificuldades que comprometem a implementação e a eficácia dos Cuidados Paliativos na região.

Após a leitura individual de cada estudo selecionado e a extração dos dados relevantes, foi possível identificar e organizar as unidades de sentido presentes nos materiais analisados. A partir dessa sistematização, foram estabelecidas categorias de análise que contemplam as principais potencialidades, barreiras e proposições descritas nos estudos científicos.

Na análise das potencialidades encontradas se emergiram nas seguintes categorias: 1 – Cuidados domiciliares, comunitários e suporte ao paciente e cuidadores; 2 – Educação, capacitação profissional e comunicação; 3 – Estrutura e Políticas Públicas; 4 – Equipe multidisciplinar, qualidade assistencial e gestão de sintomas; 5 – Direitos, benefícios e suporte aos cuidadores e pacientes (Quadro 7).

Quadro 7 – Potencialidades identificadas na implementação e no desenvolvimento dos serviços de Cuidados Paliativos.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	POTENCIALIDADES ENCONTRADAS
<p>Cuidados domiciliares, comunitários e suporte ao paciente e cuidadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de hospitalizações e intervenções desnecessárias, prevenindo complicações. • Promoção da qualidade de vida com suporte emocional, psicológico, social e espiritual. • Atendimento às necessidades dos pacientes e cuidadores, garantindo suporte contínuo. • Sensibilização e educação para ampliar a compreensão sobre o processo de terminalidade.
<p>Educação, capacitação profissional e comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento acadêmico e treinamento de equipes para aprimorar a assistência. • Eventos científicos e consultorias especializadas como estratégias de atualização. • Utilização de estratégias para melhorar a interação com pacientes e cuidadores, como escalas de sintomas e cadernos de comunicação. • Discussão proativa sobre prognóstico e tratamento para minimizar conflitos e facilitar a aceitação do óbito.
<p>Estrutura e Políticas Públicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade dos órgãos governamentais na formulação e implementação dos cuidados paliativos. • Reestruturação de unidades e adoção de critérios rigorosos para distribuição de recursos.

<p>Equipe multidisciplinar, qualidade assistencial e gestão de sintomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento realizado por equipes interdisciplinares. • Desenvolvimento de indicadores para avaliar e aprimorar a qualidade dos serviços. • Manejo adequado da dor, constipação, vômito e outros sintomas no fim da vida. • Uso racional de medicamentos paliativos, incluindo morfina e sedativos.
<p>Direitos, benefícios e suporte aos cuidadores e pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento dos cuidados paliativos como um direito fundamental. • Disponibilização de auxílio financeiro e benefícios para cuidadores. • Necessidade de acesso universal a medicamentos e educação para pacientes e familiares.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Embora as potencialidades tenham sido identificadas e destacadas nos estudos analisados, a maioria das pesquisas enfatizou as barreiras existentes, tanto relacionadas à implementação dos serviços quanto à sua operacionalização. Essas barreiras foram organizadas em cinco grandes categorias, conforme apresentado no Quadro 8.

Quadro 8 - Barreiras identificadas na implementação e no desenvolvimento dos serviços de Cuidados Paliativos.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	BARREIRAS ENCONTRADAS
<p>Infraestrutura e Acessibilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiências na infraestrutura física, como a ausência de rampas e elevadores, dificultam a acessibilidade para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida. • A sinalização inadequada ou inexistente também representa um obstáculo para a inclusão. • A falta de conscientização sobre a importância da acessibilidade também resulta em resistência à implementação de melhorias.
<p>Aspectos Organizacionais e Administrativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A falta de planejamento e a escassez de recursos direcionados para a inclusão resultam em deficiências estruturais e operacionais. • A burocracia e a inexistência de políticas institucionais claras também impactam negativamente a implementação de soluções acessíveis.
<p>Capacitação e Sensibilização</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A carência de formação adequada para profissionais que lidam com públicos diversos gera dificuldades na prestação de serviços inclusivos. • A falta de conscientização sobre a importância da acessibilidade também resulta em resistência à implementação de melhorias.
<p>Tecnologia e Comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A indisponibilidade de tecnologias assistivas e a ausência de materiais adaptados para diferentes públicos limitam a inclusão e o acesso à informação.
<p>Atitudes e Percepções Sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preconceitos, falta de empatia e desconhecimento sobre a diversidade de necessidades dificultam a interação e o acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade. • A subestimação das potencialidades individuais contribui para a exclusão social.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

As proposições apresentadas pelos autores para aprimorar a implementação e o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em diferentes regiões do mundo foram categorizadas em oito grupos. Essas categorias abrangem aspectos relacionados aos pacientes e seus familiares, à capacitação profissional, às políticas públicas de saúde, entre outros, conforme apresentado no Quadro 9.

Quadro 9 - Proposições identificadas para o aprimoramento da implementação e do desenvolvimento dos serviços de Cuidados Paliativos.

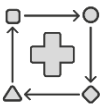


CATEGORIAS DE ANÁLISE	PROPOSIÇÕES
Empoderamento do Paciente e Participação Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Promover um modelo centrado no paciente, incentivando a participação ativa na tomada de decisões, respeitando valores culturais, crenças religiosas e necessidades biopsicossociais. • Capacitar cuidadores familiares e garantir suporte emocional e financeiro para melhorar a qualidade da assistência.
Educação, Capacitação Profissional e Sensibilização	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar a formação obrigatória em cuidados paliativos na graduação e pós-graduação de profissionais de saúde, com programas de educação continuada e treinamento interdisciplinar. • Sensibilizar gestores e profissionais sobre a importância da abordagem paliativa e sua integração nos serviços de saúde.
Acessibilidade e Estruturação dos Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o acesso universal aos cuidados paliativos, com fortalecimento da infraestrutura, expansão dos serviços ambulatoriais e domiciliares e capacitação da atenção primária. • Criar diretrizes para regulamentação, financiamento e organização dos serviços, garantindo sua implementação de forma equitativa.
Políticas Públicas e Regulação dos Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer políticas governamentais para inserção dos cuidados paliativos no sistema de saúde, assegurando formação profissional, acesso a medicamentos essenciais e desenvolvimento de modelos estruturais de prestação de serviços. • Estimular a criação de redes regionais e alianças institucionais para fortalecer a implementação e fiscalização das diretrizes.
Sustentabilidade Financeira e Modelos de Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver modelos de pagamento baseados em valor, pacotes de serviços acessíveis e garantir o reembolso adequado dos cuidados paliativos. • Otimizar os gastos em saúde por meio da redução de hospitalizações desnecessárias e da priorização do cuidado domiciliar e ambulatorial.
Interdisciplinaridade e Continuidade do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar equipes multidisciplinares para garantir uma abordagem integral ao paciente, promovendo comunicação eficaz entre médicos, enfermeiros e cuidadores. • Estabelecer fluxos adequados de encaminhamento e transição entre os diferentes níveis de atenção.
Conscientização sobre a Terminalidade e Qualidade de Vida	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o entendimento da terminalidade entre pacientes, familiares e profissionais, incentivando decisões informadas e a adoção precoce dos cuidados paliativos. • Priorizar o conforto físico e emocional, garantindo alívio dos sintomas e evitando medidas invasivas desnecessárias.
Pesquisa, Inovação e Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular pesquisas sobre impactos socioeconômicos, eficácia dos modelos assistenciais e desenvolvimento de novas abordagens em cuidados paliativos.

	<ul style="list-style-type: none">• Criar mecanismos para compartilhamento de informações entre instituições e profissionais, fortalecendo a disseminação de conhecimento na área.
--	--

Fonte: elaborado pelo autor (2025)

Por meio da categorização das proposições identificadas nos estudos, foi possível elaborar um infográfico que descreve as principais propostas de aprimoramento na implementação dos serviços de cuidados paliativos em nível global. A distribuição dessas proposições foi inicialmente realizada por meio da criação de ícones representativos de cada categoria selecionada, de forma a apresentar claramente, por meio de imagens, a descrição de cada uma dessas categorias.

Após a criação dos ícones representativos de cada categoria, procedeu-se à distribuição das categorias mencionadas em cada país pesquisado e citado. Essa distribuição foi realizada com o intuito de facilitar a compreensão e otimizar a organização no mapa-múndi, sendo apresentada no Quadro 10.

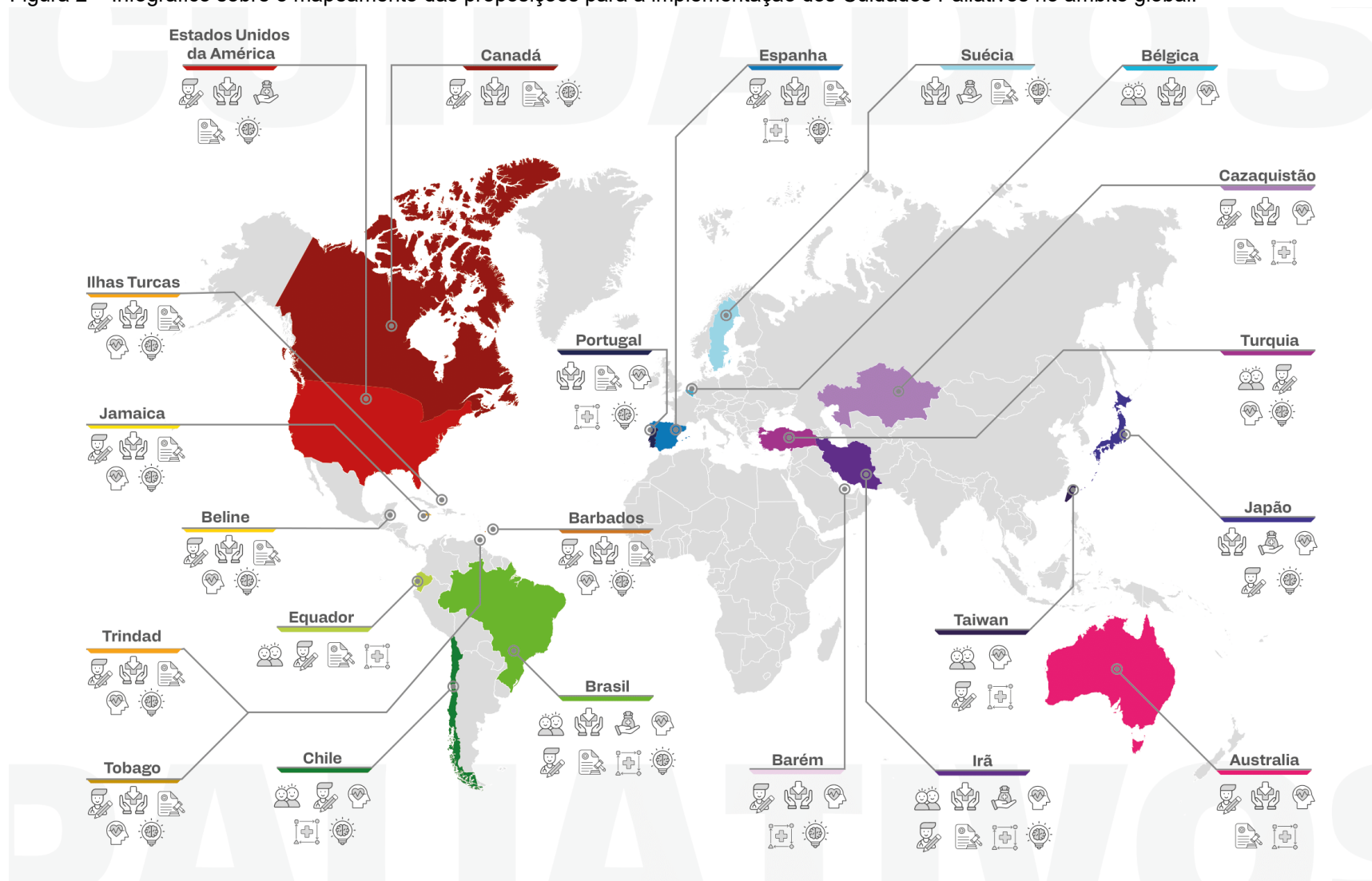
Interdisciplinaridade e Continuidade do Cuidado				X	X			X	X	X		X								X	X	X
Conscientização sobre a Terminalidade e Qualidade de Vida		X			X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X		X
Pesquisa, Inovação e Desenvolvimento			X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X

Nota: OC=Oceania; BE=Bélgica; SE=Suécia; ES=Espanha; PT=Portugal; TR=Turquia; IR=Iran; TW=Taiwan; KZ=Cazaquistão; BH=Barém; JP=Japão; AU=Austrália; EUA=Estados Unidos da América; CA=Canadá; JM=Jamaica; BB=Barbados; TC=Ilhas Turcas; BZ=Belize; TT=Trindade e Tobago; CL=Chile; EC=Equador; BR=Brasil.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

A versão final do mapeamento, por meio de um infográfico, das proposições para a melhoria e implementação dos serviços de cuidados paliativos em nível global está apresentada na Figura 2.

Figura 2 – Infográfico sobre o mapeamento das proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos no âmbito global.



Por meio do infográfico, é possível observar com clareza, inicialmente, a escassez de estudos que abordam de maneira qualitativa as proposições relativas à implementação e manutenção dos serviços de CP.

Destaca-se que, na Europa, pioneira nos estudos sobre CP e onde esses serviços foram inicialmente difundidos, a proposição de melhoria mencionada de forma unânime entre os autores refere-se à "Acessibilidade e Estruturação dos Cuidados Paliativos", com ênfase também na "Pesquisa, Inovação e Desenvolvimento". Outros fatores, não receberam tanto destaque, o que pode refletir o processo histórico e cultural local, por outro lado, evidencia que a ausência de apoio governamental e financeiro para investimento em infraestrutura e pesquisa pode ser um obstáculo relevante.

Na Ásia, destacam-se proposições voltadas à "Conscientização sobre a Terminalidade e Qualidade de Vida", bem como à "Educação, Capacitação Profissional e Sensibilização", ressaltando a importância da especialização e da formação contínua nessa área. A qualificação profissional é fundamental para o adequado manejo dos CP; além disso, observa-se que a educação direcionada a pacientes e familiares desempenha um papel essencial na promoção da conscientização sobre o tema. De maneira semelhante à Austrália, não foram identificadas proposições relacionadas ao "Empoderamento do Paciente e Participação Familiar" ou à "Sustentabilidade Financeira e Modelos de Financiamento".

Na América do Norte, região que abriga algumas das principais potências mundiais, como os Estados Unidos, ainda há diversas propostas voltadas para o aprimoramento dos serviços em Cuidados Paliativos. Destacam-se iniciativas relacionadas à "Pesquisa, Inovação e Desenvolvimento", também impulsionadas pelo Canadá, o que pode estar associado ao modelo de saúde predominantemente hospitalocêntrico adotado nesses países. Entretanto, há uma aparente contradição, uma vez que essas nações são reconhecidas por seus recursos e investimentos expressivos na pesquisa em saúde.

A América Central, por sua vez, apresenta um número significativo de proposições voltadas à melhoria dos Cuidados Paliativos. Estudos indicam que os

países da região têm se empenhado na disseminação desses cuidados; no entanto, ainda há desafios consideráveis a serem superados para sua plena implementação (Daubman *et al.*, 2021).

Na América do Sul, destaca-se o Brasil, que, nos estudos analisados, apresentou proposições em todas as categorias delimitadas. Contudo, os serviços de Cuidados Paliativos no país ainda são bastante limitados, reflexo da recente aprovação da Política Nacional de Cuidados Paliativos em 2024, que ainda carece de financiamento e investimentos adequados. Em comparação, países como Equador e Chile possuem serviços de Cuidados Paliativos mais difundidos; entretanto, esses sistemas também demandam aprimoramentos significativos para atender plenamente às necessidades da população.

6 DISCUSSÃO

Esta seção apresenta uma análise crítica dos achados da revisão de escopo, com base nos objetivos do estudo. Inicialmente, descreve-se o estado da arte da implementação dos Cuidados Paliativos (CP) globalmente, seguido da identificação das barreiras e potencialidades em diferentes regiões do mundo. Por fim, são mapeadas proposições para a reorientação de políticas públicas, considerando as particularidades de cada contexto.

6.1 ESTADO DA ARTE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO

O mapeamento global dos serviços de Cuidados Paliativos (CP) é conduzido, principalmente, pelo *Global Atlas of Palliative Care*, publicado em 2020, que detalha as características da implementação e a disponibilidade desses serviços em diferentes países. Segundo esse atlas, das 55.945.730 mortes ocorridas em 2017, aproximadamente 73,4% foram atribuídas a doenças não transmissíveis, como doenças crônicas progressivas, possivelmente demandando assistência paliativa em diferentes faixas etárias, incluindo crianças, jovens, adultos e idosos (WHO, 2020).

Uma revisão de literatura publicada em 2022 analisou 29.298 estudos de 142 países, com maior representatividade nos continentes Europa, Ásia e América do Norte. Esse estudo identificou aspectos estruturais relevantes para a implementação dos CP, destacando que a maior o manejo de câncer e dor crônica. Apenas a partir de 2014 houve uma ampliação do escopo para incluir pacientes com demência ou doenças cardiovasculares (Abu-Odah; Molassiotis; Liu, 2022).

A educação, capacitação profissional e sensibilização, bem como a conscientização sobre a terminalidade e qualidade de vida, são categorias essenciais para o desenvolvimento dos CP e foram identificadas como eixos prioritários nesta revisão de escopo. A necessidade de abordagens interdisciplinares nesses serviços também foi evidenciada em uma revisão integrativa que analisou 11 estudos, os quais demonstraram que a integração entre múltiplos profissionais da saúde é essencial para a qualidade do atendimento paliativo (Weston *et al.*, 2023).

Entretanto, esses fatores estão diretamente ligados ao processo histórico e de implementação de cada região, sendo influenciados por fatores como políticas públicas, financiamento, infraestrutura em saúde, aceitação cultural e disponibilidade de medicamentos e de profissionais capacitados (WHO, 2022). Esses fatores foram medidos principalmente por Wright, Lynch e Clark em 2008, criando assim a classificação mundial em CP, que foi refinado posteriormente em outros estudos (Bauer *et al.*, 2019; Clark *et al.*, 2020).

Essa classificação conseguiu categorizar melhor em qual o cenário de CP em cada país, refletindo no continente como um todo. Na Ásia, a maioria dos países são classificados em nível 3a a implementação ainda é bastante heterogênea (Fearon; Jabeen, 2024). Países como Japão e Taiwan possuem avanços significativos, com legislações específicas e financiamento para esses serviços, enquanto outras nações, como Irã e Cazaquistão, enfrentam barreiras relacionadas à falta de políticas públicas estruturadas e restrições socioculturais que dificultam a aceitação da terminalidade. (Chang *et al.*, 2021; Salikhanov *et al.*, 2018; Yoshida *et al.*, 2015).

O continente Europeu, por sua vez, ainda se encontra restrita sobre sua estruturação, acessibilidade, políticas públicas e pesquisas na área. Pontos esses destacados no estudo que navegou sobre os desafios considerados para a implementação dos CP em países europeus, analisando algumas diretrizes na área, diretrizes essas que destacam e estimulam a produção científica, além da necessidade de melhorias para a comunicação em CP revisitando políticas públicas para a melhoria de possíveis desfechos (Kesecioglu *et al.*, 2024).

Essas barreiras podem ser reflexo de diferentes definições, conceitos e princípios em CP, ressaltando a necessidade de treinamentos formais além de ajustes culturais, para integrar a objetivos realistas e alcançáveis (Sezgin *et al.*, 2023). Barreiras semelhantes às encontradas na Austrália, como necessidade de treinamento profissionais, dentre outras como a fragmentação do sistema de saúde, financiamento e pesquisa científica (Javanparast; Anaf; Tieman, 2022).

A América do Norte tem desenvolvido os CP de maneira gradual, o Canadá já apresenta algumas políticas públicas que auxiliam para melhor implementação desses serviços, produzindo engajamento nas estratégias de manutenção, apesar de ainda

haver necessidades e barreiras específicas para isso (Xiao; Brenneis; Fassbender, 2022). Nos Estados Unidos, entretanto, há uma grande carência de políticas públicas nessa área, principalmente porque o modelo de pagamento por serviço adotado pelo Medicare e outros planos de saúde não favorece a oferta desse tipo de cuidado (Bhasvar *et al.*, 2017).

A principal limitação para a implementação dos CP na América Central está relacionada à escassez de profissionais especializados na área, aliada à carência de infraestrutura adequada e de políticas públicas efetivas (Daubman *et al.*, 2021). De maneira semelhante, na América do Sul, persistem desafios, sobretudo na formulação e aplicação de políticas públicas eficazes, bem como na capacitação de profissionais de saúde (Garcia; Rodrigues; Lima, 2014; Quintana *et al.*, 2021).

6.2 POTENCIALIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS POR CONTINENTE

6.2.1 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na Europa

As potencialidades foram identificadas em cada estudo incluído nesta revisão. Na Europa, por exemplo, a principal potencialidade relatada foi a atuação de equipes médicas especializadas, especialmente em contextos de comunicação de más notícias. A comunicação destacou-se como um fator central no estudo conduzido por Beernaert *et al.* (2014) na Bélgica. Além disso, a pesquisa realizada por Blatman *et al.* (2024) enfatiza a importância do aprimoramento da comunicação de más notícias na formação e qualificação de profissionais da saúde, particularmente no âmbito dos Cuidados Paliativos.

A comunicação de más notícias é um componente presente na formação e no ensino em Cuidados Paliativos (CP) (WHO, 2022). A ampliação desse ensino também foi identificada como uma potencialidade na Europa, sendo destacada no estudo de Saches-Gutiérrez *et al.* (2020), conduzido em diversas cidades da Espanha. Essa ênfase no ensino é corroborada por uma recente revisão sistemática sobre Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), a qual evidencia que, apesar das barreiras existentes para a implementação dessa formação, há demandas mais abrangentes, como a

alocação de recursos, considerações éticas e a conscientização pública (Riera-Negre; Rosselló; Verger, 2024).

Além disso, a capacitação profissional e a aquisição de conhecimento podem atuar como facilitadores na reorganização dos serviços, favorecendo a integração entre as unidades de saúde. Esse aspecto também se mostra relevante para o desenvolvimento e aprimoramento de políticas públicas, as quais foram identificadas como potencialidades na Europa, especialmente nos contextos da Suécia e de Portugal (Lind *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2024). Essa demanda é igualmente abordada no estudo de Surges *et al.* (2024), que ressalta sua importância para a formulação de políticas públicas e o fortalecimento dos sistemas de saúde nos países europeus.

6.2.2 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na Ásia

O continente asiático destacou-se, sobretudo, pela ênfase na assistência domiciliar e na atuação multiprofissional em CP, uma potencialidade evidenciada em países como Turquia, Irã e Cazaquistão. O estudo conduzido na Turquia, por exemplo, aponta que o conceito de "lar" transcende a estrutura física, abrangendo dimensões sociais e emocionais (Ahmed *et al.*, 2024; Ansari *et al.*, 2018; Salikhanov *et al.*, 2024).

Esses achados são corroborados por uma recente revisão sistemática realizada no Sul da Ásia, que destaca o atendimento domiciliar em cuidados paliativos como uma estratégia eficaz para a prestação de assistência de alta qualidade, assegurando a autonomia do paciente e atendendo às necessidades familiares. Além disso, a adoção dessa abordagem tem sido reconhecida como uma medida fundamental para o fortalecimento dos programas nacionais de CP e a redução de custos hospitalares, minimizando internações desnecessárias (Ali; Fearon; Jabeen, 2024).

Outras potencialidades que se destacam na Ásia estão relacionadas a educação profissional e responsabilidade governamental, aspectos fundamentais para a consolidação e expansão desses serviços na região. Além de contribuir para a implementação de práticas assistenciais mais eficientes, promovem o fortalecimento da pesquisa científica (Yoshida *et al.*, 2015; Ansari *et al.*, 2018; Ahmed *et al.*, 2024). Essa perspectiva também foi abordada no estudo de Zheng *et al.* (2023) sobre a China, ressaltando que a qualidade do manejo dos cuidados paliativos está

diretamente associada à implementação de políticas que incentivem a pesquisa científica e ampliem o conhecimento na área.

6.2.3 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na Oceania

A Oceania se destacou por ter potencialidades relacionadas principalmente sobre o relacionamento interprofissional e com os pacientes e familiares, essas potencialidades estão representadas por estudos realizados na Austrália, país que possui maior desenvolvimento em CP (Bindley *et al.*, 2021; Dinther; Javanparast. 2024). Relação essa que está associada diretamente com a formação e educação profissional, sendo esse um dos pilares em CP, além de uma boa avaliação interprofissional para uma boa evolução dos pacientes (Javanparast; Anaf; Tieman, 2022).

6.2.4 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na América do Norte

Na América do Norte, as potencialidades encontradas são principalmente associadas a treinamento multiprofissional, suporte da equipe e infraestrutura, porém isso se difere entre os EUA e o Canadá, que possuem diferentes formas de implementação das iniciativas de qualidade (Dy *et al.*, 2018; Bhavsar *et al.*, 2017; Crooks *et al.*, 2010). O Canadá se destaca por adotar modelos de assistência baseados em equipe, especialmente importantes no manejo de pacientes em Cuidados Paliativos.

Além disso, o sistema de financiamento canadense apresenta características inovadoras que facilitam a integração entre os diferentes níveis de atenção, promovendo uma abordagem mais eficiente e sustentável. Dessa forma, as políticas públicas canadenses têm o potencial de transformar a prestação de cuidados paliativos, garantindo um suporte mais abrangente aos pacientes e suas famílias, além de contribuir para uma distribuição mais equitativa dos recursos dentro do sistema de saúde (Laupacis, 2022).

Nos Estados Unidos, a formação de profissionais especializados, como médicos, enfermeiros e terapeutas, é amplamente incentivada. Quando comparado a outros países, os EUA se destacam pelo acesso precoce a consultas de cuidados

paliativos, o que pode reduzir custos hospitalares e evitar procedimentos invasivos desnecessários. Além disso, há um investimento significativo em pesquisa e protocolos clínicos que buscam garantir que as decisões médicas estejam alinhadas aos objetivos e desejos dos pacientes e suas famílias, promovendo um cuidado mais humanizado e eficaz (Williamson *et al.*, 2022).

6.2.5 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na América Central

A América Central apresenta um cenário promissor para a implementação e ampliação dos cuidados paliativos, especialmente no que se refere à qualificação dos profissionais de saúde. A formação em CP, com ênfase na comunicação de más notícias e no manejo de sintomas, tem sido um diferencial na região (Daubman *et al.*, 2021). Estudos demonstram que a inclusão da disciplina de cuidados paliativos na grade curricular de cursos de graduação e pós-graduação em saúde é essencial para a consolidação da área como uma especialidade médica reconhecida (Dittborn *et al.*, 2022).

Além disso, há um crescimento na oferta de cursos e certificações em cuidados paliativos. Segundo Diaz *et al.* (2024), algumas instituições na América Latina já incluem módulos de cuidados paliativos em seus currículos médicos e sugere que iniciativas internacionais, como as promovidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), desempenham um papel essencial na difusão de conhecimento e no desenvolvimento de diretrizes regionais para o CP. Essa qualificação não apenas melhora a capacidade técnica dos profissionais, mas também os prepara para tomar decisões mais éticas e baseadas em evidências.

6.2.6 Potencialidades na implementação dos Cuidados Paliativos na América do Sul

As potencialidades destacadas na pesquisa para a implementação dos cuidados paliativos na América do Sul se apresentam devido a fatores culturais que favorecem a aceitação desse modelo de assistência (Arriaza; Cancino; Sannhueza, 2009). A espiritualidade, o acolhimento e a redefinição da qualidade de vida, priorizando a autonomia do paciente e o controle da doença, são elementos essenciais para a disseminação dos cuidados paliativos na região (Davalos-Batallas

et al., 2020; Marcucci *et al.*, 2017; Quintana *et al.*, 2021). Além disso, a participação de organizações governamentais e não governamentais desempenha um papel fundamental na ampliação do acesso aos cuidados paliativos (Garcia; Rodrigues: Lima, 2014).

A experiência de implementação do *CureAll* na América Latina para o controle do câncer infantil demonstra que estratégias bem planejadas podem aumentar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes, mesmo em países com recursos limitados. A abordagem adotada pela OPAS inclui fortalecimento das redes de atenção, financiamento adequado e regulação governamental, fatores que podem ser replicados para expandir os cuidados paliativos em outras condições clínicas (Vasquez *et al.*, 2023).

Por fim, o impacto econômico dos cuidados paliativos deve ser considerado na sua implementação. No entanto, a falta de financiamento específico e de incentivos governamentais ainda é um desafio na América do Sul. A criação de modelos de financiamento sustentável e a priorização de políticas públicas voltadas para os cuidados paliativos são estratégias fundamentais para garantir sua viabilidade e expansão na região (Guerrero-Gaviria; Carreño-Moreno; Chaparro-Díaz, 2023).

6.3 BARREIRAS NA IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS POR CONTINENTE

6.3.1 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na Europa

Um dos grandes desafios para a implementação dos cuidados paliativos na Europa está relacionado à falta de conhecimento e capacitação profissional (Beernaert *et al.*, 2014; Lind *et al.*, 2017). O estudo de Sezgin *et al.* (2023) destaca que muitos profissionais de saúde enfrentam dificuldades em diferenciar o cuidado paliativo do manejo tradicional, o que gera incertezas sobre quando e como realizar a transição para o CP. Essa lacuna de conhecimento impede uma abordagem centrada no paciente, dificultando o controle dos sintomas desagradáveis (Surges *et al.*, 2024).

Outro obstáculo significativo é a descontinuidade do cuidado e os direitos dos pacientes (Sánchez-Gutiérrez *et al.*, 2020), evidenciada pelo estudo de Surges *et al.*

(2024), que aponta que, mesmo com diretrizes revisadas e consensuadas pela *European Association for Palliative Care* (EAPC), ainda há variações significativas entre instituições e países europeus na aplicação da sedação paliativa. A falta de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a ausência de coordenação entre equipes multiprofissionais resultam em interrupções no plano de cuidados, prejudicando a continuidade assistencial.

A revisão dessas diretrizes destaca a relevância da autonomia do paciente e da tomada de decisão compartilhada. No entanto, apesar de ser reconhecida como fundamental, a participação da família frequentemente encontra barreiras, como resistência e falta de suporte estrutural (Silva *et al.*, 2024). Essa situação pode resultar em sobrecarga emocional e física para os familiares. A falta de políticas que incorporem os cuidadores familiares ao plano de cuidados e ofereçam suporte psicológico e financeiro agrava a vulnerabilidade dessas famílias, dificultando uma assistência verdadeiramente integrada e humanizada (Sezgin *et al.*, 2023).

6.3.2 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na Ásia

A implementação dos CP na Ásia enfrenta desafios relacionados às políticas públicas, influenciados pela instabilidade política e pela falta de apoio governamental (Ahmed *et al.*, 2024; Ansari *et al.*, 2018). Conforme apontado por Fernando e Perdamaian (2024), muitos países asiáticos ainda não integraram os CP em seus sistemas de atenção primária, o que resulta em serviços fragmentados e desorganizados, corroborando com o estudo de Ahmed *et al.* (2024). A ausência de regulamentação e de financiamento adequado impede a criação de serviços estruturados, além de dificultar o acesso a medicamentos essenciais para o controle da dor e de outros sintomas.

A baixa educação e formação profissional também emergem como barreiras críticas (Chang *et al.*, 2021; Yoshida *et al.*, 2015). O estudo de Zheng *et al.* (2023) destaca a carência de indicadores de qualidade para os CP na China, evidenciando que muitos profissionais de saúde não recebem treinamento específico. Isso impacta diretamente na capacidade de fornecer uma assistência que contemple não só os aspectos físicos da doença, mas também o suporte psicossocial e espiritual que os pacientes necessitam. Além disso, a falta de programas de formação contínua

perpetua a baixa competência clínica e dificulta a implementação de protocolos de cuidado de alta qualidade.

Outro obstáculo está relacionado ao baixo conhecimento da população sobre cuidados paliativos, o que se entrelaça com desafios culturais e religiosos (Chang *et al.*, 2021; Weng *et al.*, 2021; Yoshida *et al.*, 2015). A revisão de escopo de Ali, Fearon e Jabeen (2024) revela que, no Sul da Ásia, muitas famílias associam o CP à desistência do tratamento ou à aceleração da morte, o que gera resistência e estigmatiza a busca por esses serviços. Essa percepção errônea, somada à falta de campanhas educativas, impede que pacientes em sofrimento busquem suporte especializado, comprometendo sua qualidade de vida.

A cultura familiar e religiosa, embora seja um ponto de apoio para muitos pacientes, também pode ser um desafio (Weng *et al.*, 2021). A mesma revisão aponta que os pacientes frequentemente recorrem à espiritualidade e à aceitação do destino como estratégias de enfrentamento, o que, por um lado, traz conforto emocional, mas, por outro, pode afastá-los de intervenções que poderiam melhorar seu bem-estar. Isso destaca a necessidade de integrar crenças culturais e religiosas ao plano de cuidados, promovendo uma abordagem mais sensível e respeitosa (Ali; Fearon; Jabeen, 2024).

6.3.3 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na Oceania

Na Oceania, especialmente na Austrália, um dos maiores desafios é a baixa educação em saúde, refletida na falta de alfabetização em saúde entre pacientes e profissionais (Bindley *et al.*, 2021; Dinther; Javanparast, 2024). O estudo de Ducharlet *et al.* (2021) destaca que muitos profissionais de saúde australianos enfrentam dificuldades em estabelecer metas de tratamento claras e em conduzir conversas sobre cuidados de fim de vida de maneira apropriada e oportuna, especialmente em situações de doenças crônicas avançadas. A comunicação tardia e a tomada de decisões apressadas tornam-se frequentes, o que impacta diretamente na qualidade do cuidado e na experiência do paciente.

Outro ponto crítico é a falta de coordenação e consistência entre os serviços de saúde (BSocWK *et al.*, 2007; Dinther; Javanparast, 2024). O mesmo estudo aponta que há uma variação significativa na prática dos CP em diferentes estados

australianos, o que resulta em uma prestação de serviços fragmentada e desigual (Ducharlet *et al.*, 2021).

Além disso, fatores culturais e religiosos também representam barreiras importantes (Dinther; Javanparast, 2024). O estudo de Toohey *et al.* (2022) discute como crenças culturais influenciam a adesão às intervenções paliativas, especialmente no manejo de sintomas e na participação em atividades como exercícios físicos para melhorar a qualidade de vida. Muitos pacientes e familiares mantêm uma visão tradicional e resistente à aceitação dos cuidados paliativos, interpretando-os como abandono do tratamento curativo. Esse cenário reforça a importância de estratégias educativas culturalmente sensíveis, que abordem os cuidados paliativos não como uma desistência, mas como uma forma de melhorar o conforto e a dignidade do paciente.

Os fatores burocráticos também são barreiras significativas (Dinther; Javanparast, 2024). O acesso a serviços especializados de cuidados paliativos muitas vezes exige encaminhamentos complexos e envolve múltiplos setores de saúde, o que atrasa o início do cuidado. Ducharlet *et al.* (2021) apontam que muitos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, relatam menos confiança para iniciar conversas sobre o fim da vida e menos clareza sobre quando e como encaminhar pacientes para serviços paliativos especializados. Esse problema se agrava com a falta de suporte psicológico para os profissionais, o que contribui para a sobrecarga emocional e a evasão desses cuidados essenciais.

6.3.4 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na América do Norte

A América do Norte enfrenta barreiras relacionadas à distribuição das políticas públicas e ao financiamento da saúde (Bhavsar *et al.*, 2017; Crooks *et al.*, 2010; Gibbs *et al.*, 2015). Nos Estados Unidos, conforme Cross e Kavalieratos (2023), o cuidado no final da vida é considerado uma questão de saúde pública, mas a fragmentação dos serviços e o foco em modelos hospitalares caros resultam em lacunas para aqueles que não se qualificam para programas como o hospice tradicional.

No Canadá, apesar de esforços contínuos para melhorar o acesso aos CP, a prestação desses serviços ainda varia significativamente entre as províncias e territórios, refletindo diferenças nos sistemas de financiamento e prioridades locais

(Dy *et al.*, 2018). Segundo Xiao, Brenneis e Fassbender (2022), a fragmentação e a desigualdade na distribuição dos serviços são desafios persistentes, especialmente em comunidades rurais e entre populações indígenas. Assim, a necessidade de uma reforma estrutural que integre o cuidado paliativo em todos os níveis do sistema de saúde é evidente nos dois países.

A falta de conhecimento sobre CP também se destaca como um desafio central (Gibbs *et al.*, 2015). Nos Estados Unidos, Reyes-Esteves *et al.* (2024) apontam que, entre comunidades historicamente minorizadas, há uma combinação de desconhecimento sobre os serviços disponíveis e desconfiança no sistema de saúde, levando à menor aceitação e utilização desses cuidados. No Canadá, um desafio semelhante ocorre, pois muitas comunidades indígenas e imigrantes enfrentam barreiras culturais e linguísticas que dificultam o acesso e a aceitação dos cuidados paliativos.

Embora o número de equipes de CP hospitalares tenha aumentado ao longo das últimas duas décadas, muitos hospitais menores e clínicas comunitárias continuam sem acesso a esses especialistas (Gibbs *et al.*, 2015). No Canadá, a distribuição desigual de profissionais de saúde e a falta de treinamento específico em CP impactam negativamente a qualidade do atendimento, principalmente em áreas remotas. Isso gera uma sobrecarga nos profissionais da linha de frente, que frequentemente não possuem formação adequada para manejar sintomas complexos, comunicação difícil e suporte emocional para pacientes e familiares (Cross; Kavalieratos, 2023).

A falta de recursos financeiros também limita a oferta de CP e a aquisição de medicamentos essenciais, conforme evidenciado no estudo sobre sofrimento relacionado à saúde no México, que destaca que menos de um terço da necessidade de medicamentos para alívio da dor é atendida. Essa escassez impacta em pacientes com doenças graves, como câncer e diabetes, que experimentam sofrimento físico e emocional sem acesso adequado a tratamentos (Doubova *et al.*, 2023)

A falta de evidências científicas adaptadas ao contexto norte-americano também dificulta a expansão dos CP. Enquanto existem estudos robustos sobre o impacto positivo do hospice tradicional nos EUA, há menos dados sobre modelos

alternativos, como cuidados paliativos domiciliares ou integrados a tratamentos curativos (Bhavsar *et al.*, 2017). Para avançar, é essencial reformular as políticas públicas, investir na formação de profissionais e promover campanhas de conscientização culturalmente sensíveis para aumentar o conhecimento da população sobre o valor dos cuidados paliativos.

6.3.5 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na América Central

A América Central também enfrenta desafios de financiamento adequado, na formação especializada dos profissionais e na conscientização sobre práticas mais humanizadas e eficazes (Daubman *et al.*, 2021). O estudo de Diaz *et al.* (2024) aponta que a falta de investimentos na saúde impacta no acesso a tratamentos essenciais e cuidados paliativos na região. Em países de baixa e média renda, onde os recursos hospitalares são limitados, há dificuldades na implementação de programas especializados. A falta de infraestrutura adequada impede o encaminhamento de pacientes para CP.

A ausência de treinamento e especialização na área da saúde agrava ainda mais a situação (Daubman *et al.*, 2021). O estudo sobre a percepção de médicos na América Latina revelou que 55,6% dos médicos que tratam crianças com câncer não receberam treinamento formal em CP, e 34,7% não têm acesso a especialistas para consulta (Mcneil *et al.*, 2022). Essa lacuna no treinamento impacta a qualidade da assistência prestada, o que compromete a implementação de abordagens que poderiam minimizar o sofrimento dos pacientes.

Além dos desafios estruturais e de capacitação, a conscientização limitada entre os próprios profissionais de saúde é um obstáculo crítico (Daubman *et al.*, 2021). Diaz *et al.* (2024) destacam que a formação médica na América Latina ainda se concentra em abordagens curativas, deixando lacunas significativas no ensino sobre terapias paliativas e comunicação com pacientes terminais. Em muitos casos, médicos e enfermeiros não recebem treinamento adequado para conduzir discussões sobre a retirada de tratamentos de suporte vital, o que dificulta a tomada de decisões compartilhadas entre equipe multiprofissional e familiares.

6.3.6 Barreiras na implementação dos Cuidados Paliativos na América do Sul

A América do Sul enfrenta desafios especialmente devido ao déficit de políticas públicas adequadas (Davallos-Batallas *et al.*, 2020; Garcia; Rodrigues; Lima, 2014; Marcucci *et al.*, 2017; Quintana *et al.*, 2021). A fragmentação dos sistemas de saúde na região compromete a oferta de serviços, impactando negativamente a qualidade de vida dos pacientes. Conforme apontado por Guerrero-Gaviria *et al.* (2023), a oferta de cuidados paliativos na América Latina é insuficiente, com apenas 14% das pessoas que necessitam recebem desse tipo de assistência. A concentração desses serviços em grandes centros urbanos dificulta ainda mais o acesso de populações vulneráveis, agravando as desigualdades regionais.

Outro obstáculo relevante é o financiamento inadequado dos sistemas de saúde. Os custos dos CP são elevados, especialmente devido à necessidade de medicamentos essenciais e atendimento domiciliar especializado (Davallos-Batallas *et al.*, 2020; Marcucci *et al.*, 2017). Estudos apontam que os gastos com CP domiciliares são frequentemente mais altos do que os institucionais, tornando essa opção inacessível para muitas famílias na região. Além disso, a baixa disponibilidade de opioides na América do Sul impede o manejo adequado da dor e do sofrimento dos pacientes terminais (Guerrero-Gaviria; Carreño-Moreno; Chaparro-Díaz, 2023).

A falta de formação profissional é uma barreira crucial (Davallos-Batallas *et al.*, 2020; Garcia; Rodrigues; Lima, 2014; Quintana *et al.*, 2021). Na América do Sul, a oferta de programas de pós-graduação e especialização na área é limitada, resultando em profissionais com pouca preparação. Além disso, Guerrero-Gaviria, Carreño-Moreno e Chaparro-Díaz (2023) indicam que muitos profissionais de saúde associam os CP apenas à morte digna, sem considerar a importância da qualidade de vida durante o processo de terminalidade.

A sobrecarga dos cuidadores é outro fator que afeta a assistência aos pacientes em CP, sendo um problema destacado no estudo feito no Equador (Arriaza; Cancino; Sannhueza, 2009). Vasques *et al.* (2023) ressaltam que a ausência de apoio psicossocial e financeiro para os cuidadores pode levar a um aumento do estresse e do esgotamento, comprometendo a qualidade da assistência prestada. Em muitos casos, os cuidadores familiares assumem responsabilidades que deveriam ser

compartilhadas com a equipe de saúde, intensificando sua sobrecarga emocional e física.

A comunicação ineficaz entre pacientes, familiares e profissionais de saúde também é um entrave significativo (Quintana *et al.*, 2021). Estudos indicam que muitos profissionais encontram dificuldades em lidar com as emoções dos pacientes e suas famílias, o que compromete a troca de informações e o suporte adequado durante o processo de terminalidade. Além disso, a ausência de diretrizes claras sobre a tomada de decisões e os cuidados paliativos em casa pode gerar insegurança e angústia tanto para os pacientes quanto para seus familiares (Guerrero-Gaviria; Carreño-Moreno; Chaparro-Díaz, 2023).

A cultura e as crenças sobre a morte também influenciam o acesso aos cuidados paliativos na América do Sul (Garcia; Rodrigues; Lima, 2014; Quintana *et al.*, 2021). Em muitos países da região, a morte ainda é um tema tabu, dificultando discussões sobre planejamento antecipado de cuidados e diretivas médicas. Essa resistência cultural impede que os pacientes e suas famílias tomem decisões informadas sobre os cuidados no final da vida, limitando o acesso a intervenções que poderiam aliviar o sofrimento (Gayatri *et al.*, 2021).

6.4 PROPOSIÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS POR CONTINENTE

Para que a implementação dos Cuidados Paliativos (CP) nos países corresponda às potencialidades identificadas em cada região e, simultaneamente, supere os desafios e barreiras existentes, os estudos analisados nesta revisão de escopo apresentaram propostas de aprimoramento visando uma implementação eficaz e a qualificação dos serviços de saúde. Essas proposições destacam-se como contribuições relevantes para esta pesquisa, com o objetivo de auxiliar gestores de saúde na formulação, execução de estratégias mais eficientes, e reorientação de políticas públicas. A seguir, serão discutidas as principais recomendações identificadas nos estudos revisados.

6.4.1 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na Europa

A implementação dos cuidados paliativos na Europa evidencia um cenário dinâmico, caracterizado pela coexistência de potencialidades e barreiras, que influenciam o avanço dos serviços quanto a necessidade de promover acessibilidade e estruturação. Essas características configuram-se como a principal proposição para a consolidação dos cuidados paliativos na região, respaldada por diversos estudos que destacam a importância de políticas públicas e regulamentações eficazes (Beernaert *et al.*, 2014; Lind *et al.*, 2017; Sánchez-Gutiérrez *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2024).

Entre as potencialidades, destaca-se a atuação de equipes especializadas, particularmente em contextos de comunicação de más notícias, apontada como um elemento essencial para a qualidade da assistência (Beernaert *et al.*, 2014; Blatman *et al.*, 2024). No entanto, essa capacidade encontra dificuldade devido ao déficit de formação adequada dos profissionais, que muitas vezes não sabem como ou quando iniciar a transição para os cuidados paliativos, como apontado por Sezgin *et al.* (2023). Esse desalinhamento delimita outra proposta de integrar a comunicação de más notícias como parte estrutural da formação dos profissionais de saúde, promovendo o empoderamento e participação dos pacientes e familiares (Beernaert *et al.*, 2024).

Ademais, a formulação de políticas públicas mais robustas surge como uma proposição essencial para superar as barreiras estruturais e organizacionais que comprometem a continuidade assistencial. Essas políticas devem ser direcionadas à integração dos diferentes níveis e unidades de saúde, além de buscar a padronização das práticas em cuidados paliativos entre os diversos países europeus (Lind *et al.*, 2017; Sánchez-Gutiérrez *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2024). A revisão de Surges *et al.* (2024) expõe a descontinuidade assistencial na Europa, mesmo com diretrizes estabelecidas pela *European Association for Palliative Care* (EAPC).

Além da reorganização estrutural, a pesquisa, a inovação e o desenvolvimento dos cuidados paliativos são propostas imprescindíveis para impulsionar a melhoria contínua dos serviços. Essas iniciativas, frequentemente enfrentam barreiras que limitam sua aplicação prática (Lind *et al.*, 2017; Sánchez-Gutiérrez *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2024). A promoção de estudos científicos direcionados ao aprimoramento dos

modelos de cuidado, bem como a implementação de tecnologias inovadoras, pode facilitar o enfrentamento dessas barreiras e melhorar a efetividade das intervenções paliativas.

6.4.2 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na Ásia

A conscientização sobre terminalidade e qualidade de vida na Ásia surge como uma das principais proposições, associada à necessidade de educação, capacitação profissional e sensibilização da população. Essa proposta se alinha à potencialidade observada na expansão da assistência domiciliar e da atuação multiprofissional, destacada em países como Turquia, Irã e Cazaquistão (Ahmed *et al.*, 2024; Ansari *et al.*, 2018; Salikhanov *et al.*, 2024). Estratégia que, além de melhorar a qualidade do cuidado, fortalece os vínculos familiares e reduz internações desnecessárias (Ali; Fearon; Jabeen, 2024).

A proposição de acessibilidade e estruturação dos serviços de cuidados paliativos também se destaca na Ásia, mas enfrenta entraves ligados à instabilidade política e à falta de regulamentação e financiamento adequado (Ahmed *et al.*, 2024; Fernando; Perdamaian, 2024). A fragmentação dos serviços de saúde e a ausência de integração com a atenção primária resultam em uma rede desorganizada e de difícil acesso. Nesse sentido, a potencialidade da responsabilidade governamental e regulamentação é crucial, destacando a necessidade de políticas públicas que consolidem uma estrutura sustentável (Ansari *et al.*, 2018; Salikhanov *et al.*, 2024).

A educação e capacitação profissional emergem como outra proposição vital especialmente diante da baixa qualificação dos profissionais de saúde. Estudos como o de Zheng *et al.* (2023) e Yoshida *et al.* (2015) evidenciam a carência de treinamento específico e de indicadores de qualidade. A potencialidade da educação contínua, destacada em diversos países asiáticos, conecta-se diretamente a essa barreira, ressaltando a importância de programas de formação permanentes que promovam a atualização de protocolos e a melhoria das práticas assistenciais (Chang *et al.*, 2021; Ahmed *et al.*, 2024).

A pesquisa, a inovação e o desenvolvimento dos cuidados paliativos surgem como uma proposta imprescindível para fortalecer os serviços e ampliar a base de evidências na região (Ahmed *et al.*, 2024; Ansari *et al.*, 2018; Salikhanov *et al.*, 2024;

Weng *et al.*, 2021). A revisão de Zheng *et al.* (2023) destaca que a qualidade da assistência está ligada à implementação de políticas que incentivem a produção científica e a disseminação do conhecimento. Essa proposição se alinha à potencialidade da responsabilidade governamental e ao fortalecimento das redes de cuidado domiciliar, criando uma prática clínica se sustenta em dados robustos e estratégias inovadoras.

6.4.3 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na Oceania

A implementação dos CP na Oceania, com destaque para a Austrália, apresentou proposições acerca da educação e capacitação profissional, acessibilidade, estruturação, políticas públicas, interdisciplinaridade, conscientização e pesquisa. Essas proposições se conectam diretamente à potencialidade observada no relacionamento interprofissional e com os pacientes e familiares, identificado como um diferencial na Austrália (Bindley *et al.*, 2021; Dinther; Javanparast, 2024).

A formação contínua e a educação profissional emergem como pilares essenciais para sustentar esse relacionamento, promovendo uma comunicação mais eficaz e uma avaliação interprofissional robusta (Javanparast; Anaf; Tieman, 2022). Entretanto, essa potencialidade encontra resistência significativa na barreira da baixa alfabetização em saúde, tanto entre profissionais quanto entre pacientes (Ducharlet *et al.*, 2021).

A fragmentação dos serviços e a falta de coordenação entre as diferentes especialidades, destacadas por BSocWK *et al.* (2007) e Dinther; Javanparast (2024), representam outra barreira significativa à implementação dos cuidados paliativos. Nesse contexto, a interdisciplinaridade surge como uma proposição-chave para promover uma abordagem integrada e equitativa, garantindo que o paciente tenha acesso a uma rede de suporte coesa e contínua, independentemente da localização geográfica (Ducharlet *et al.*, 2021).

Fatores culturais e religiosos também influenciam fortemente a aceitação dos cuidados paliativos na Austrália. O estudo de Toohey *et al.* (2022) demonstra como crenças tradicionais podem ser uma barreira à adesão ao tratamento, com muitas famílias interpretando os cuidados paliativos como abandono da cura. Essa realidade

reforça a importância da proposição de conscientização e educação culturalmente sensível.

As barreiras burocráticas e a complexidade dos encaminhamentos para serviços especializados, descritas por Dinther; Javanparast (2024) e Ducharlet *et al.* (2021), dificultam o acesso oportuno ao cuidado paliativo. Nesse cenário, a proposição de políticas públicas mais estruturadas e o investimento em pesquisa e inovação tornam-se essenciais para reestruturar o fluxo de encaminhamentos e proporcionar suporte tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

6.4.4 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na América do Norte

A América do Norte apresenta um cenário singular na implementação dos cuidados paliativos, a educação e capacitação profissional emergem como proposições centrais, especialmente diante das potencialidades identificadas nos Estados Unidos, onde há forte incentivo à formação de especialistas em CP (Gibbs *et al.*, 2015). Esse investimento promove acesso precoce ao cuidado, reduz custos hospitalares e evita intervenções desnecessárias (Williamson *et al.*, 2022).

No Canadá, a educação também é um pilar estratégico, sustentando modelos de assistência baseados em equipe (Laupacis, 2022). Porém, a fragmentação dos serviços e a desigualdade na distribuição de profissionais, sobretudo em regiões rurais e entre populações indígenas, comprometem a implementação equitativa dessa proposta (Gibbs *et al.*, 2015; Cross; Kavalieratos, 2023).

A acessibilidade e estruturação dos serviços de CP, outra proposição fundamental, encontra respaldo na potencialidade do Canadá em integrar diferentes níveis de atenção por meio de um sistema de financiamento inovador e políticas públicas que promovem sustentabilidade (Laupacis, 2022). Nos Estados Unidos, embora haja avanços na acessibilidade, o foco ainda se mantém em modelos hospitalares caros e programas como o hospice tradicional (Cross; Kavalieratos, 2023). Essa fragmentação reforça a necessidade de reestruturar o sistema de saúde para integrar esses cuidados e promover maior equidade no acesso.

A pesquisa e inovação, também destacadas como proposições essenciais (Crooks *et al.*, 2010; Dy *et al.*, 2018; Gibbs *et al.*, 2015), são potencializadas pelo investimento norte-americano em protocolos clínicos e estudos que buscam alinhar as decisões médicas aos desejos dos pacientes (Williamson *et al.*, 2022). Contudo, a falta de evidências adaptadas ao contexto local ainda limita a expansão de modelos alternativos, como cuidados domiciliares e integração com tratamentos curativos (Bhavsar *et al.*, 2017).

A sustentabilidade financeira emerge como uma proposta crucial, especialmente diante da potencialidade do sistema canadense, que combina financiamento público e modelos inovadores para garantir suporte contínuo aos pacientes (Laupacis, 2022). Em contraste, nos Estados Unidos, o alto custo dos serviços hospitalares e a dependência de programas específicos, como o hospice, criam barreiras financeiras que limitam a oferta de cuidados paliativos a uma parcela restrita da população (Cross; Kavalieratos, 2023).

Além disso, a escassez de medicamentos essenciais para o alívio da dor, destacada no estudo de Doubova *et al.* (2023) sobre o México, ilustra como a falta de recursos financeiros impacta diretamente o controle dos sintomas e a qualidade de vida dos pacientes em toda a região. Portanto, a criação de modelos financeiros sustentáveis e a priorização de recursos para os cuidados paliativos são fundamentais para garantir sua expansão e acessibilidade em longo prazo, promovendo um sistema de saúde mais justo e eficiente.

6.4.5 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na América Central

A implementação dos cuidados paliativos na América Central está diretamente conectada a proposições que envolvem capacitação profissional, acessibilidade, estruturação, políticas públicas, conscientização sobre terminalidade e qualidade de vida, além da necessidade de pesquisa e inovação. A região apresenta como principal potencialidade o avanço na qualificação dos profissionais de saúde, com foco em comunicação de más notícias e manejo de sintomas, o que tem contribuído para uma assistência mais humanizada e eficiente (Daubman *et al.*, 2021).

No entanto, o estudo de Diaz *et al.* (2024) evidencia que, em países de baixa e média renda da América Central, os sistemas de saúde enfrentam limitações financeiras que impactam diretamente o acesso aos CP. Essa realidade compromete a proposição de acessibilidade e estruturação dos serviços, uma vez que a ausência de infraestrutura impede o encaminhamento de pacientes para unidades especializadas.

Além disso, a falta de treinamento especializado entre os profissionais de saúde é uma barreira que enfraquece a implementação das proposições de capacitação e conscientização. A pesquisa de McNeil *et al.* (2022) revelou que mais da metade dos médicos que tratam crianças com câncer na América Latina não recebeu formação formal em CP, enquanto um terço não tem acesso a especialistas para consultas. Dessa forma, a potencialidade da expansão da capacitação, se torna ainda mais relevante para preencher essa lacuna e garantir que os profissionais estejam preparados para conduzir um CP integral e de qualidade (Diaz *et al.*, 2024).

Outro desafio crucial identificado é a resistência cultural e a baixa conscientização sobre os cuidados paliativos, tanto entre os profissionais de saúde quanto entre a população. Esse obstáculo prejudica a implementação das proposições voltadas à conscientização sobre qualidade de vida e terminalidade, perpetuando a ideia equivocada de que CP equivalem à desistência do tratamento, em vez de uma estratégia voltada ao conforto e à dignidade do paciente (Diaz *et al.*, 2024).

A proposição de pesquisa e inovação se mostra essencial. A qualificação profissional em expansão e a crescente oferta de cursos e certificações criam uma base promissora para o desenvolvimento de novas abordagens e práticas baseadas em evidências, mas a falta de infraestrutura e financiamento adequado continua sendo um limitador. Investir em pesquisa regional que compreenda as particularidades culturais e sociais dos países da América Central é fundamental para desenvolver modelos de CP que sejam acessíveis, sustentáveis e culturalmente sensíveis (Diaz *et al.*, 2024).

6.4.5 Proposições para a implementação dos Cuidados Paliativos na América do Sul

A implementação dos CP na América do Sul encontra respaldo em propostas centradas na educação, capacitação profissional e sensibilização, associadas ao empoderamento do paciente e à participação familiar. Essas proposições se conectam diretamente com as potencialidades culturais da região, onde a espiritualidade, o acolhimento e a busca por uma redefinição da qualidade de vida favorecem a aceitação do modelo paliativo (Arriaza; Cancino; Sannhueza, 2009; Davalos-Batallas *et al.*, 2020).

A autonomia do paciente e o controle da doença ganham destaque como princípios norteadores, alinhando-se à proposta de continuidade do cuidado e interdisciplinaridade para promover uma assistência mais humanizada (Marcucci *et al.*, 2017; Quintana *et al.*, 2021). A atuação de organizações governamentais e não governamentais fortalece esse movimento, ampliando o alcance dos serviços e contribuindo para a difusão do conhecimento sobre o tema (Garcia; Rodrigues; Lima, 2014).

No entanto, a fragmentação dos sistemas de saúde e a concentração dos serviços em grandes centros urbanos emergem como barreiras que limitam o impacto dessas propostas. A proposta de acessibilidade e estruturação, embora promissora, depende diretamente da superação dessas barreiras sistêmicas, exigindo políticas públicas que promovam a descentralização dos serviços e a criação de redes de atenção que garantam a continuidade do cuidado, independentemente da localização geográfica (Davalos-Batallas *et al.*, 2020; Marcucci *et al.*, 2017).

A falta de formação profissional, também compromete a implementação das propostas de capacitação e sensibilização (Davalos-Batallas *et al.*, 2020; Garcia; Rodrigues; Lima, 2014). Muitos profissionais de saúde ainda associam os CP exclusivamente à morte digna, negligenciando a promoção da qualidade de vida (Guerrero-Gaviria; Carreño-Moreno; Chaparro-Díaz, 2023). Esse déficit de conhecimento impede a adoção de práticas mais compassivas e integradas, dificultando o envolvimento da família no plano de cuidados e a efetividade da proposta de empoderamento do paciente e participação familiar.

A resistência cultural à discussão sobre a morte e a comunicação ineficaz entre profissionais, pacientes e familiares reforçam a necessidade de conscientização e desenvolvimento de políticas públicas sobre cuidado paliativo de forma inclusiva (Garcia; Rodrigues; Lima, 2014; Quintana *et al.*, 2021). Superar essa barreira exige estratégias educativas que respeitem as crenças locais, ao mesmo tempo em que promovam uma mudança de mentalidade em relação à morte, permitindo que o paciente exerça sua autonomia e receba cuidados que priorizem sua dignidade e conforto até o fim da vida (Gayatri *et al.*, 2021).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais dessa dissertação destacam a importância estratégica dos CP como uma ferramenta essencial para a transformação dos sistemas de saúde globalmente. Mais do que uma assistência voltada exclusivamente para o final da vida, os cuidados paliativos promovem qualidade de vida, controle de sintomas e suporte integral aos pacientes e suas famílias. Esse modelo de atenção não apenas humaniza o cuidado, mas também otimiza recursos, evitando hospitalizações desnecessárias e procedimentos invasivos que muitas vezes prolongam o sofrimento sem oferecer benefícios reais ao paciente.

A pesquisa buscou, com clareza, mapear as potencialidades, barreiras e, principalmente, as proposições para o aprimoramento da implementação dos cuidados paliativos em diferentes regiões do mundo. O objetivo central foi ir além da identificação dos desafios, propondo caminhos viáveis para melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado. Dessa forma, o estudo se posiciona como uma ferramenta prática e relevante para gestores de saúde e tomadores de decisão, fornecendo subsídios que podem orientar políticas públicas e estratégias de desenvolvimento local.

Ficou evidente ao longo da pesquisa que cada continente possui particularidades que influenciam diretamente a implementação dos CP. Na Europa, a estruturação está mais consolidada, especialmente por meio de políticas públicas mais robustas. A comunicação de más notícias, destacada como uma potencialidade na região, precisa ser reforçada por meio de capacitações contínuas. Além disso, a descontinuidade do cuidado e a resistência cultural à terminalidade exigem novas estratégias que garantam uma abordagem mais integrada, respeitando a autonomia do paciente e promovendo a participação ativa da família.

A Ásia, por sua vez, mostra potencialidades associadas à assistência domiciliar e à atuação multiprofissional, fatores que promovem maior autonomia dos pacientes e apoio às famílias. No entanto, desafios como a instabilidade política, a falta de regulamentação e o déficit de formação profissional comprometem a expansão dos serviços. As propostas de fortalecer a capacitação profissional e integrar crenças

culturais aos planos de cuidado surgem como soluções promissoras para vencer esses obstáculos.

A América do Norte se destaca por seu avanço em pesquisa, inovação e acesso precoce aos cuidados paliativos, especialmente nos Estados Unidos e no Canadá. Contudo, a fragmentação dos serviços e a desigualdade no acesso — principalmente em comunidades vulneráveis — expõem a necessidade de maior integração entre os níveis de atenção. A criação de políticas públicas mais equitativas e a expansão dos modelos alternativos, como o cuidado domiciliar, surgem como proposições essenciais para garantir uma assistência mais justa e abrangente.

A Oceania, com destaque para a Austrália, apresenta um cenário marcado por relacionamentos interprofissionais bem estabelecidos, o que fortalece a qualidade do cuidado paliativo. Entretanto, a baixa alfabetização em saúde e a fragmentação dos serviços regionais ainda representam barreiras importantes. A proposta de investir em capacitação e coordenação entre os serviços é indispensável para garantir uma assistência contínua e equitativa.

A América Central, por sua vez, demonstra avanços promissores na formação de profissionais e na inclusão de cuidados paliativos nos currículos de saúde. Entretanto, a ausência de infraestrutura e o déficit de investimentos são barreiras persistentes que comprometem a expansão dos serviços. A proposta de incentivar a educação continuada e desenvolver políticas públicas voltadas à regulamentação do setor se apresenta como uma via indispensável para o progresso da região.

A América do Sul, apresenta um forte potencial cultural para acolhimento e espiritualidade, fatores que facilitam a aceitação do modelo paliativo. No entanto, enfrenta barreiras estruturais, como a fragmentação dos sistemas de saúde e a falta de financiamento adequado. A capacitação profissional e a participação familiar emergem como propostas fundamentais para promover um cuidado mais humanizado e integrado.

A análise global também evidenciou lacunas importantes, especialmente em regiões menos estudadas, como a África. A escassez de pesquisas científicas sobre cuidados paliativos nesse continente impõe desafios para a compreensão da realidade local e o desenvolvimento de propostas eficazes. Esse déficit de informação

ressalta a necessidade de mais investimentos em estudos regionais, permitindo a construção de estratégias que respeitem as especificidades culturais, econômicas e sociais da população africana.

O impacto da pandemia de COVID-19 trouxe uma nova perspectiva sobre a urgência da implementação de serviços de cuidados paliativos em todo o mundo. A crise sanitária revelou não apenas a vulnerabilidade dos sistemas de saúde, mas também a importância de garantir conforto e dignidade aos pacientes em condições críticas. Algumas regiões avançaram nesse entendimento, mas a conscientização ainda precisa ser expandida globalmente para assegurar uma assistência mais compassiva e eficaz.

O Brasil, em particular, necessita de investimentos robustos nessa área. Apesar de avanços pontuais, o país ainda enfrenta barreiras como a falta de integração entre os serviços, o déficit de profissionais capacitados e a resistência cultural à abordagem paliativa. A implementação de políticas públicas que incentivem a formação especializada, a conscientização da população e a criação de redes de atenção integradas é essencial para garantir acesso universal e humanizado aos cuidados paliativos.

Esse estudo reforça que investir em cuidados paliativos é, essencialmente, investir em saúde pública. A redução de internações prolongadas e procedimentos desnecessários gera impacto positivo não só na qualidade de vida dos pacientes, mas também na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Cuidar do paciente em sua totalidade — física, emocional, social e espiritual — deve ser a prioridade dos gestores e tomadores de decisão.

A proposta central desta pesquisa não foi apenas identificar barreiras, mas mapear proposições práticas e contextualizadas que possam orientar os países na construção de modelos de cuidados paliativos mais eficientes e acessíveis. A realidade global mostrou que, embora os desafios sejam numerosos, as potencialidades e propostas identificadas oferecem caminhos viáveis para transformar o cenário atual.

Portanto, espera-se que este estudo inspire gestores de saúde e formuladores de políticas públicas a enxergarem os cuidados paliativos não como uma opção

secundária, mas como um componente indispensável para a qualidade e a humanização dos sistemas de saúde. Cada região, com suas particularidades, pode adaptar as proposições discutidas para construir redes de cuidados paliativos mais robustas, acessíveis e alinhadas às necessidades de sua população.

As proposições identificadas constituem subsídios relevantes para gestores e formuladores de políticas públicas. No entanto, ainda se evidencia a necessidade de diretrizes e protocolos específicos que possibilitem a efetiva operacionalização dessas políticas. No Brasil, por exemplo, a recente aprovação da Política Nacional de Cuidados Paliativos representa um avanço significativo. Contudo, sua implementação carece, da elaboração de protocolos técnicos e da garantia de financiamento adequado, elementos indispensáveis para a efetividade das ações propostas. Nesse sentido, este estudo pode configurar-se como uma ferramenta estratégica para fomentar e subsidiar o desenvolvimento e a consolidação dessa política pública.

A compreensão global sobre os cuidados paliativos precisa evoluir para além do conceito de "cuidado no fim da vida". É necessário promover uma mudança de paradigma, reconhecendo o valor desse modelo assistencial para melhorar a jornada dos pacientes desde o diagnóstico de uma doença grave até seus momentos finais. Que este estudo sirva como um instrumento para impulsionar essa mudança e fomentar um cuidado em saúde mais digno, compassivo e eficiente em todas as partes do mundo.

Nota de Transparência

Esta revisão de escopo foi realizada de forma independente, seguindo rigorosamente as diretrizes metodológicas do Instituto Joanna Briggs (JBI) e o checklist PRISMA-ScR. Todas as etapas, desde a formulação da pergunta de pesquisa até a análise e síntese dos dados, foram conduzidas com responsabilidade e atenção à qualidade metodológica.

Ferramentas de inteligência artificial, como o ChatGPT, foram utilizadas como suporte pontual para sugestões de redação, organização textual, revisão linguística e esclarecimentos sobre aspectos metodológicos. Ressalta-se, no entanto, que todas as interpretações, análises e decisões finais são de responsabilidade exclusiva da autora.

Não foram identificados conflitos de interesse relacionados à realização deste estudo.

Reafirma-se o compromisso com os princípios éticos e a integridade acadêmica ao longo de todo o processo. Todos os registros e documentos produzidos durante a revisão encontram-se disponíveis mediante solicitação, a fim de promover a transparência e contribuir para a reprodutibilidade da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABDULLA, A.; HOSSAIN, M.; BARLA, C. Toward comprehensive medicine: listening to spiritual and religious needs of patients. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 5, p. 2333721419843703, 2019.

ABEL-SMITH, Brian. The Beveridge Report: its origins and outcomes. **International Social Security Review**, v. 45, n. 1-2, p. 5-16, 1992.

ABU-ODAH, Hammada; MOLASSIOTIS, Alex; LIU, Justina Yat Wa. Global palliative care research (2002-2020): bibliometric review and mapping analysis. **BMJ supportive & palliative care**, v. 12, n. 4, p. 376-387, 2022.

ALI, Hina; FEARON, David; JABEEN, Ismat. Systematic review on coping strategies used by palliative care patients in South Asia. 2024.

ALMEIDA, S. L. DE *et al.* Política de humanização (HumanizaSUS): uma política transversal na saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 30, p. e786, 31 ago. 2019.

ALVES, C. G.; DE MENDONÇA CRUZ, C. A. Políticas Públicas, Gênero Feminino e Saúde Mental. **15º Congresso Internacional da Rede Unida**, 2022.

BLATMAN, Zachary *et al.* Children's palliative care perceptions and educational needs among healthcare professionals in humanitarian settings. **Palliative & Supportive Care**, v. 23, p. e42, 2025.

BOAVENTURA, J. R. *et al.* Participação e controle social no contexto político dos cuidados paliativos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 24 dez. 2019.

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. Política social: fundamentos e história. **Biblioteca básica de Serviço Social**. SP, v. 2, 2006.

BRASIL. **Carta dos Direitos e deveres da Pessoa Usuária da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1hRoqjKsKqZsMKiQWWd2QBJY9kqXg7EWd/view>>. Acesso em: 21 nov. 2023

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, 1988.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM nº 3681, de 22 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília-DF, 2013. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fo_lheto.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2023

BRASIL. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2014a.

BRASIL. **Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002**. Dispõe sobre a estrutura em relação as atribuições do Ministério de Estado da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html>. Acesso em: 21 nov. 2023

BRASIL. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. 2014b.

BRASIL. **Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades do Ministério de Estado da Saúde, 2005.

BUENO, José Manuel Velasco; LA CALLE, Gabriel Heras. Humanizing intensive care: from theory to practice. **Critical Care Nursing Clinics**, v. 32, n. 2, p. 135-147, 2020.

CABRAL, R.; GEHRE, T. **Guia Agenda 2030: Integrando ODS, Educação e Sociedade**. 1 edição ed. São Paulo: Comissão Permanente de Ensino FAAC/UNESP, 2020. v. 1

CARVALHO, R. T.; PARSONS, A. H. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 edição ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. v. 2

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. DA; PINTO, C. DA S. **Manual de Cuidados Paliativos**. 3. ed. [s.l.] Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ANCP), 2021. v. 3

CHEVREUL, Karine *et al.* France: Health system review. 2010.

CLARK, D. *et al.* How are palliative care services developing worldwide to address the unmet need for care. **U: Connor SR, ur. Global Atlas of Palliative Care. [Internet]**, v. 2, p. 10–16, 2020.

CONNOR, S. R. **Global Atlas of Palliative Care**. 2nd. ed. [s.l.: s.n.].

CONNOR, S. R.; GWYTHYR, E. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 55, n. 2, Supplement, p. S112–S116, 2018.

CRUZ, C. A. DE M.; ANDRADE, J. G. F. DE; ANDRADE, R. A. DE. **Política Social, Trabalho e Saúde**. Vitória: Editora EMESCAM, 2021.

CUARTERO-CASTAÑER, Elena *et al.* Enhancing professional quality of life in palliative care through a virtual training program. **Educación Médica**, v. 25, n. 5, p. 100944, 2024.

DA SILVA, D. I. S.; SILVEIRA, D. T. Cuidados Paliativos: Desafio para a gestão em política de saúde. **Revista Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 501–513, 2015.

DEBIE, Ayal; KHATRI, Resham B.; ASSEFA, Yibeltal. Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: a narrative review and synthesis of the literature. **Health research policy and systems**, v. 20, n. 1, p. 50, 2022.

DÍAZ, Héctor Luis *et al.* Human rights and inequity in health access of Central American Migrants. **Frontiers in Public Health**, v. 11, p. 1104703, 2023.

DIAZ, Monica M. *et al.* A Scoping Review of End-of-Life Discussions and Palliative Care: Implications for Neurological Intensive Care in Latin America and the Caribbean. **Journal of palliative medicine**, 2024.

DOUBOVA, Svetlana V. *et al.* Dimensions of suffering and the need for palliative care: experiences and expectations of patients living with cancer and diabetes and their caregivers in Mexico—a qualitative study. **BMJ open**, v. 13, n. 12, p. e075691, 2023.

DUCHARLET, Kathryn *et al.* Renal supportive care, palliative care and end-of-life care: Perceptions of similarities, differences and challenges across Australia and New Zealand. **Nephrology**, v. 26, n. 1, p. 15-22, 2021.

ELDER, M.; BENGTSSON, M.; AKENJI, L. An optimistic analysis of the means of implementation for sustainable development goals: Thinking about goals as means. **Sustainability**, v. 8, n. 9, p. 962, 2016.

FERRAI, C. M. M. *et al.* Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. **Bioethikos**, v. 2, n. 1, p. 99–104, 2008.

FLORÊNCIO, R. S. *et al.* Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. **Acta Paulista de Enfermagem**, p. 1–9, 2020.

FLORIANI, C. A. Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 9, 2021.

FORTE, D. N. *et al.* Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, v. 11, n. 2, p. 430–439, 2018.

FREITAS, G. T. R. Profissionalismo e humanização nos cuidados paliativos. 2020.

FREITAS, R. DE *et al.* Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 331–345, abr. 2022.

GAVIRIA, Daniel Arturo Guerrero; CARREÑO-MORENO, Sonia; CHAPARRO-DÍAZ, Lorena. PALLIATIVE CARE AND END OF LIFE CARE IN LATIN AMERICA: SCOPING REVIEW. **Horizonte de Enfermería**, v. 34, n. 3, p. 708-731, 2023.

GAYATRI, Dwi *et al.* Quality of life of cancer patients at palliative care units in developing countries: systematic review of the published literature. **Quality of Life Research**, v. 30, p. 315-343, 2021.

GIOVANNI, G. D. I.; NOGUEIRA, M. A. Dicionário De Políticas Públicas-2ª EDIÇÃO. São Paulo: **UNESP**, 2015.

GIUSTI, Martina *et al.* The contribution of cultural heritage owned by local health authorities in the humanization of care: the point of view of top management. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 24, p. 16632, 2022.

GLENNGÅRD, Anna H. *et al.* Health systems in transition: Sweden. 2005.

GRANT, M. S.; BACK, A. L.; DETTMAR, N. S. Public Perceptions of Advance Care Planning, Palliative Care, and Hospice: A Scoping Review. **Journal of Palliative Medicine**, v. 24, n. 1, p. 46–52, 1 jan. 2021.

HONORATO, L. G. F. *et al.* Integralidade nas políticas públicas de saúde: desafios para a prática assistencial. **Life Style**, v. 6, n. 1, p. 7–15, 2019.

JAVANPARAST, Sara; ANAF, Julia; TIEMAN, Jennifer. Equity consideration in palliative care policies, programs, and evaluation: an analysis of selected federal and South Australian documents. **BMC palliative care**, v. 21, n. 1, p. 109, 2022.

KESECIOGLU, Jozef *et al.* European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. **Intensive Care Medicine**, v. 50, n. 11, p. 1740-1766, 2024.

LAUPACIS, Andreas. Home-based palliative care in Canada: time for this to be an option for everyone. **CMAJ**, v. 194, n. 37, p. E1290-E1291, 2022.

LEHOUX, Pascale *et al.* What health system challenges should responsible innovation in health address? Insights from an international scoping review. **International journal of health policy and management**, v. 8, n. 2, p. 63, 2018.

LEITE, C. B. **A crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1981.
LELY, Justine *et al.* How to write a scoping review protocol: guidance and template. **Charlottesville: Open Science Framework**, 2023.

LOCKWOOD, C.; DOS SANTOS, K. B.; PAP, R. Practical Guidance for Knowledge Synthesis: Scoping Review Methods. **Asian Nursing Research**, v. 13, n. 5, p. 287–294, 1 dez. 2019.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, 2004.

LUYIRIKA, Emmanuel *et al.* Progress update: Palliative care development between 2017 and 2020 in five African countries. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, n. 5, p. 729-736, 2022.

MACIEL, M. G. S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Prática Hospitalar**, v. 47, n. 8, p. 49–64, 2006.

MAGALHÃES, Jane Christine Rodrigues; ETCHEGARAY, Augusto; GONÇALVES, Gisele Mara Silva. Comparison of the perception of palliative care by healthcare professionals in some countries around the world: a systematic review. **Annals of palliative medicine**, v. 13, n. 4, p. 1090100-1091100, 2024.

MARQUES, L. S. A saúde pública e o Direito Constitucional brasileiro. Em: **Âmbito Jurídico**. Rio Grande: [s.n.]. p. 59.

MARTINS, A. L. J. *et al.* Potencialidades e desafios do monitoramento da saúde na Agenda 2030 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2519–2529, 2022.

MATIELLO, I. G. *et al.* Cuidados paliativos relacionados às doenças crônicas na terceira idade: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e980974929, 2020.

MCNEIL, Michael J. *et al.* Physician perceptions of palliative care for children with cancer in Latin America. **JAMA network open**, v. 5, n. 3, p. e221245-e221245, 2022.

MENDES, E. C.; VASCONCELOS, L. C. F.; SANTOS, A. P. M. B. Cuidados paliativos no Brasil-discutindo o conceito. **Cadernos de Saúde**, v. 10, n. 2, p. 55–64, 2018.

MENESES-LA-RIVA, Monica Elisa; SUYO-VEGA, Josefina Amanda; FERNÁNDEZ-BEDOYA, Víctor Hugo. Humanized care from the nurse–patient perspective in a hospital setting: a systematic review of experiences disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. **Frontiers in Public Health**, v. 9, p. 737506, 2021.
MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Política Nacional de Humanização da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**, v. Documento Base, n. 4º ed, 2013.

MOTA, A. E. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes**. [s.l: s.n.].

MUNN, Z. *et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. **BMC Medical Research Methodology**, v. 18, n. 1, p. 143, 19 dez. 2018.

NELSON, Katie E. *et al.* Sociodemographic disparities in access to hospice and palliative care: an integrative review. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 38, n. 11, p. 1378-1390, 2021.

OMS, O. DAS N. U. Definição de Cuidados Paliativos, 2014.

ONU. **Declaração Universal de Direitos Humanos**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declara%C3%A7%C3%A3o-universal-dos-direitos-humanos#:~:text=Ela%20estabelece%2C%20pela%20primeira%20vez,muitos%20Estados%20e%20democracias%20recentes>. Acesso em: 14 mar. 2025.

ORGANIZATION, W. H. **WHO European Centre for Primary Health Care: annual report 2020–2021**. [s.l.] World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, p. 15–28, 2020.

PARAJULI, J.; HUPCEY, J. E. A systematic review on barriers to palliative care in oncology. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 38, n. 11, p. 1361–1377, 2021.

PEELER, Anna; AFOLABI, Oladayo; HARDING, Richard. Palliative care is an overlooked global health priority. **bmj**, v. 387, 2024.

PETERS, M. D. J. *et al.* Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. **JBI Evidence Synthesis**, v. 20, n. 4, p. 953–968, 9 abr. 2022.

PETERS, M. D. J. *et al.* Guidance for conducting systematic scoping reviews. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v. 13, n. 3, p. 141–146, 1 set. 2015.

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining palliative care—a new consensus-based definition. **Journal of pain and symptom management**, v. 60, n. 4, p. 754–764, 2020.

RETHLEFSEN, M. L. *et al.* PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. **Systematic Reviews**, v. 10, n. 1, 1 dez. 2021.

REYES-ESTEVEZ, Sahily *et al.* Approaching neuro-palliative care with historically minoritized groups in the United States: A literature review and actionable recommendations. **Journal of the Neurological Sciences**, p. 123333, 2024.

RIZVI, F. *et al.* An evidence-base for the implementation of hospital-based palliative care programs in routine cancer practice: A systematic review. **Palliative Medicine**, v. 37, n. 9, p. 1326–1344, 8 out. 2023.

SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P. No Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 593–607, 2015.

SÁNCHEZ-GUTIÉRREZ, M. E. *et al.* Analysis of Regional Palliative Care Strategies: Do Health Policies Influence the Development of Assistance Coverage? **International Journal of Health Services**, v. 52, n. 3, p. 392–399, 2022.

SANTOS, M. F. R. DOS; KUHN, M. F. Saúde como direito humano: vivências do cotidiano no SUS. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e489101220704–e489101220704, 2021.

SARRETA, F. DE O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: [s.n.].

SATHLER, A. R.; FERREIRA, R. S. P. **Declaração Universal dos Direitos Humanos Comentada**. [s.l.] Edições Câmara, 2022.

SAUNDERS, C. The Evolution of Palliative Care. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 94, n. 9, p. 430–432, 23 set. 2001.

SCHAEFER, F. A importância da implantação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 20, n. 3, p. 26–50, 2020.

SEZGIN, Duygu *et al.* Defining palliative wound care: a scoping review by European Association for Palliative Care wound care taskforce. **Journal of tissue viability**, v. 32, n. 4, p. 627-634, 2023.

SLEEMAN, Katherine E. *et al.* The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 7, p. e883-e892, 2019.

SOARES, A. K. S. *et al.* Percepção de medo da morte: avaliando sua relação com os valores humanos e bem-estar subjetivo. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 11, n. 1, 6 jun. 2021.

SOUZA, G. C. DE A.; COSTA, I. DO C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 3, p. 509–517, 2012.

STEVENS, E.; JACKSON, S.; MILLIGAN, S. **Palliative nursing: Across the spectrum of care**. [s.l.] John Wiley & Sons, 2009.

SURGES, Séverine M. *et al.* Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. **Palliative Medicine**, v. 38, n. 2, p. 213-228, 2024.

THOMSON, Sarah *et al.* International profiles of health care systems. **New York: The Commonwealth Fund**, 2012.

UNITED NATIONS. **Sustainable Development Goals (SDGs): Goal 3 - Good Health and Well-being**. New York: UN, 2023.

Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.

VAN HOUT, M. C.; WELLS, J. S. G. The right to health, public health and COVID-19: a discourse on the importance of the enforcement of humanitarian and human rights law in conflict settings for the future management of zoonotic pandemic diseases. **Public Health**, v. 192, p. 3-7, 2021.

VÁSQUEZ, Liliana *et al.* Advances in the Global Initiative for Childhood Cancer: implementation in Latin America and the Caribbean. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, p. e128, 2023.

VOUMARD, R. *et al.* Geriatric palliative care: A view of its concept, challenges and strategies. **BMC Geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 1–6, 2018.

WESTON, Emily J. *et al.* A global exploration of palliative community care literature: An integrative review. **Journal of clinical nursing**, v. 32, n. 17-18, p. 5855-5864, 2023.

WHO, W. H. O. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. 2019.

WHO, W. H. O. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. **Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy**, v. 28, n. 2, p. 130–134, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Report 2023: Health Systems Financing**. Geneva: WHO, 2023a.

Disponível em: <https://www.who.int/publications/world-health-report>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report**. World Health Organization, 2023b.

WRIGHT, Michael *et al.* Mapping levels of palliative care development: a global view. **Journal of pain and symptom management**, v. 35, n. 5, p. 469-485, 2008.

XIAO, Jingjie; BRENNEIS, Carleen; FASSBENDER, Konrad. Palliative care stakeholders in Canada. **Health Research Policy and Systems**, v. 20, n. 1, p. 61, 2022.

ZHENG, Hongling *et al.* Development of care quality indicators for palliative care in China: A modified Delphi method study. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 10, n. 12, p. 100324, 2023.

ANEXOS

ANEXO A – Fluxograma modelo PRISMA

