



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência  
Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

NOTA INFORMATIVA Nº 28/2025-CGADOM/DAHU/SAES/MS

**ASSUNTO**

Orientações sobre o conceito, os fundamentos e a organização das Comunidades Compassivas como componente comunitário essencial para a efetivação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP).

**CONTEXTUALIZAÇÃO**

As Comunidades Compassivas configuram-se como uma abordagem inovadora e articuladora de cuidado, cuja finalidade é mobilizar a sociedade civil, os serviços de saúde e outros setores para a construção de redes comunitárias de apoio a pessoas em situação de fragilidade, especialmente aquelas que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, terminalidade, luto ou outras formas de sofrimento (KELLEHEAR, 2013; PALLIATIVE CARE AUSTRALIA, 2018; MESQUITA et al., 2023).

Essa proposta parte do reconhecimento de que o cuidado a estas pessoas não deve ser responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, mas sim uma tarefa compartilhada com a sociedade como um todo, reconhecendo que o sofrimento no final da vida ultrapassa os limites clínicos e exige um engajamento social mais amplo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos devem ser integrados aos sistemas de saúde e envolver parcerias com a comunidade, onde o envolvimento comunitário deve assegurar o respeito às escolhas, valores e preferências individuais, apoiar os sistemas formais de saúde e garantir o acesso universal aos cuidados paliativos como parte do direito à saúde (WHO, 2016; WHO, 2021; KELLEHEAR, 2013).

Tal perspectiva também se alinha às diretrizes da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024, na qual as Comunidades Compassivas são reconhecidas como um importante componente comunitário, locus de realização dos cuidados paliativos.

Ao reconhecer que o cuidado à vida, sobretudo em sua fase final, constitui uma responsabilidade coletiva, as Comunidades Compassivas propõem um ecossistema de cuidado que envolve famílias, vizinhos, amigos, lideranças comunitárias, serviços de saúde, assistência social, educação, cultura, organizações da sociedade civil e setores religiosos.

De acordo com um estudo de revisão de escopo realizado em 2023, que incluiu 62 estudos internacionais publicados entre 2018 e 2022, as Comunidades Compassivas têm sido implementadas em diferentes contextos geográficos, com destaque para países europeus como Reino Unido, Áustria, Espanha, Irlanda, Suécia, Alemanha, Polônia e Portugal. As ações desenvolvidas abarcam intervenções educacionais, de serviço, clínicas, culturais e multidimensionais (Roleston; Shaw; West, 2023).

No que tange às intervenções educacionais, a literatura apresenta exemplos de atividades voltadas ao fomento da educação comunitária em cuidados paliativos,

além de ações educativas realizadas em instituições de ensino, como escolas e universidades, bem como formações específicas para professores, com o objetivo de qualificar a abordagem pedagógica dessas temáticas no ambiente formativo (Brassolotto; Banerjee, 2024; Flores et al., 2018; Hasson et al., 2022; Kellehear, 2013; Krikorian et al., 2019; Leão; Carqueja, 2024; Prada et al., 2017; Tompkins, 2018; Villanueva et al., 2021).

No campo cultural, destacam-se atividades intergeracionais entre crianças e pessoas idosas, voltadas ao enfrentamento do isolamento social (Sime; Collins, 2019), além de festividades com o propósito de acolher novos moradores de bairros, como estratégia para o fortalecimento dos vínculos de vizinhança (Donder; Hannelore; Hoens, 2024). Ademais, incluem-se práticas que resgatam e respeitam os rituais fúnebres tradicionais, a exemplo do que ocorre em comunidades indígenas (Prince, 2018).

No âmbito das práticas clínicas e multidimensionais, observam-se registros de ações assistenciais em cuidados paliativos realizadas por equipes multiprofissionais de saúde, tanto no contexto domiciliar (Brassolotto; Banerjee, 2024; Batiste et al., 2018; Morris; Margaret, 2017; Prada et al., 2017; Silva et al., 2024; Souza, 2024; Martins et al., 2025), quanto nos contextos ambulatorial e hospitalar (Prada et al., 2017). Um diferencial de algumas dessas iniciativas consiste na formação de redes comunitárias de apoio, nas quais cidadãos (vizinhos) do próprio território colaboram com as equipes no acompanhamento dos pacientes (Prada et al., 2017; Silva et al., 2024; Souza, 2024; Martins et al., 2025; Mesquita et al., 2023).

Adicionalmente, verifica-se que o movimento das Comunidades Compassivas também se expande para os contextos normativos, por meio da criação de universidades e empresas compassivas, nas quais são instituídas políticas públicas e institucionais destinadas a apoiar alunos e colaboradores que vivenciam processos de adoecimento, morte e luto. Tais políticas incluem medidas como flexibilizações acadêmicas, concessão de licenças médicas e oferta de suporte psicológico (Bakelants et al., 2024; Samudio et al., 2019; Tompkins, 2018; Flores et al., 2018).

Constata-se, ainda, que, em grande parte das pesquisas, a integração dos recursos comunitários à rede de atenção à saúde local constitui uma das premissas para a implementação das Comunidades Compassivas (D'Eer et al., 2023; Jaramillo et al., 2025; Grassau et al., 2021; Grindrod, 2020; Hasson et al., 2022; Krikorian et al., 2019; Leão; Carqueja, 2024; Silva et al., 2024; Souza, 2024; Mesquita et al., 2023; Martins et al., 2025). Tal aspecto reforça que essa abordagem não substitui o dever dos órgãos públicos na garantia de cobertura e acesso aos serviços de cuidados paliativos, mas, ao contrário, busca fortalecer a rede existente (Martins et al., 2025).

A fundamentação teórica predominante nas iniciativas mapeadas é a de Allan Kellehear (2013), que compreende os cuidados paliativos como uma estratégia de promoção da saúde, deslocando o foco do cuidado exclusivamente dos serviços especializados para o seio da comunidade.

## **DEFINIÇÃO**

Para fins do Ministério da Saúde, compreende-se por Comunidade Compassiva um conjunto de ações organizadas no território, com liderança e atores comunitários locais, voltadas para o apoio integral a pessoas em condições de vulnerabilidade decorrente de doenças crônicas, incapacitantes ou ameaçadoras à vida, bem como às suas famílias e cuidadores. Trata-se de uma iniciativa voluntária, de base comunitária, composta por leigos e trabalhadores da saúde, que não depende de financiamento governamental e não configura serviço de saúde.

Essas iniciativas podem assumir diferentes formatos, como redes de vizinhança solidária, grupos de apoio ao luto, formação de voluntários comunitários, educação

em cuidados paliativos para leigos, articulação com lideranças locais e fomento a atividades culturais e espirituais que promovam o bem-estar e a dignidade no processo de morrer.

## PRINCÍPIOS ORIENTADORES

1. Cuidado centrado na pessoa e em sua rede afetiva e comunitária, reconhecendo a dignidade intrínseca de todas as pessoas em fim de vida ou em sofrimento.
2. Participação ativa e voluntária da comunidade, como corresponsável pelo cuidado, de forma culturalmente sensível, inclusiva e respeitosa das diversidades locais.
3. Respeito à autonomia, ao consentimento informado e à confidencialidade de quem recebe e de quem presta o cuidado, assegurando a proteção dos direitos individuais.
4. Integração e parceria com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com os serviços da Assistência Social, Cultura e Educação, sem substituir as responsabilidades do Estado ou do sistema de saúde formal.
5. Promoção da compaixão, da escuta ativa, da empatia e da dignidade humana, como valores fundantes das relações de cuidado.
6. Incentivo à formação de redes solidárias, intergeracionais e de voluntariado, com atenção à equidade e à redução das desigualdades estruturais no acesso ao cuidado.
7. Conformidade com os princípios de direitos humanos, como reconhecido por organismos internacionais de saúde, assegurando que as iniciativas sejam sempre orientadas pelo bem comum, justiça social e promoção da saúde como direito universal.

## IMPLEMENTAÇÃO

A implementação de Comunidades Compassivas deve ser sensível às realidades e singularidades de cada território, respeitando seus vínculos, culturas e necessidades locais. Essa construção pode ser fortalecida por meio das seguintes estratégias:

- Diagnóstico situacional participativo e mapeamento de recursos comunitários e institucionais disponíveis no território;
- Articulação intersetorial com a constituição de comitês locais de compaixão, envolvendo saúde, assistência social, cultura, educação, lideranças comunitárias e organizações da sociedade civil;
- Formação e capacitação contínua de voluntários, lideranças locais e profissionais de saúde, com foco em escuta ativa, cuidado solidário e luto;
- Promoção de ações educativas e culturais que abordem temas como finitude, compaixão, empatia, morte e solidariedade, respeitando os contextos culturais locais;
- Criação e fortalecimento de redes comunitárias de apoio, com foco em escuta, cuidado mútuo e acolhimento ao luto;
- Interlocução com os serviços públicos já existentes, especialmente a Atenção

Primária à Saúde (APS), o Programa Melhor em Casa, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS e CREAS), hospitais, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), entre outros.

Essa proposta visa fortalecer o papel da comunidade no cuidado, reduzir a sobrecarga dos serviços especializados, ampliar a resolubilidade da APS e contribuir para um modelo de cuidado mais humano, equânime e sustentável.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As Comunidades Compassivas constituem uma estratégia de fortalecimento do SUS a partir da base comunitária e da valorização dos saberes locais. Promovem a cidadania, a cultura de paz, o respeito à vida e a experiência compartilhada do cuidado. Ao reconhecer a organização dessas redes, o Ministério da Saúde reafirma o compromisso com um sistema de saúde mais humano, solidário e compassivo.

## **REFERÊNCIAS**

BAKELANTS, H. et al. A compassionate university for serious illness, death, and bereavement: Qualitative study of student and staff experiences and support needs. *Death Studies*, v. 48, n. 5, p. 442–453, 27 maio 2024.

BATISTE, X. et al. Compassionate communities: design and preliminary results of the experience of Vic (Barcelona, Spain) caring city. *Annals of Palliative Medicine*, v. 7, n. S2, p. S32–S41, abr. 2018.

BRASSOLOTTO, J.; BANERJEE, A. Age-Friendly Communities: Are they also “Friendly” for Death, Dying, Grief, and Bereavement? *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, v. 43, n. 2, p. 311–318, jun. 2024.

D’EER, L. et al. Civic Engagement in Neighbourhoods regarding serious illness, death and loss (CEIN): a study protocol for a convergent-parallel mixed-methods process and outcome evaluation that balances control and flexibility. *Palliative Care and Social Practice*, v. 17, p. 26323524231168417, jan. 2023.

DONDER, L.; STEGEN, H.; HOENS, S. Caring neighbourhoods in Belgium: lessons learned on the development, implementation and evaluation of 35 caring neighbourhood projects. *Palliative Care and Social Practice*, v. 18, p. 26323524241246533, jan. 2024.

FLORES, S. L. et al. All with You: a new method for developing compassionate communities—experiences in Spain and Latin-America. *Annals of Palliative Medicine*, v. 7, n. S2, p. S15–S31, abr. 2018.

GRASSAU, P. et al. Centering sexual and gender diversity within Compassionate Communities: insights from a community network of LGBTQ2S+ older adults. *Palliative Care and Social Practice*, v. 15, p. 26323524211042630, jan. 2021.

GRINDROD, A. Choice depends on options: A public health framework incorporating the social determinants of dying to create options at end of life. *Progress in Palliative Care*, v. 28, n. 2, p. 94–100, 3 mar. 2020.

HASSON, N. et al. Community Based Participatory Research For The Development of a Compassionate Community: The Case of Getxo Zurekin. *International Journal of Integrated Care*, v. 22, n. 1, p. 2, 17 jan. 2022.

JARAMILLO, V. et al. Assessing and comparing compassionate communities benefits across cities in diverse cultural contexts: a step toward the identification of the most important ones. *Palliative Care and Social Practice*, v. 19, p. 26323524251314899, jan. 2025.

KELLEHEAR, A. Compassionate communities: end-of-life care as everyone’s

responsibility. QJM, v. 106, n. 12, p. 1071-1075, 1 dez. 2013.

KRIKORIAN, A. et al. Comunidades compasivas en Colombia para el apoyo a personas con enfermedad avanzada y al final de la vida: uniendo esfuerzos. Medicina Paliativa, v. 26, 2019.

LEÃO, D.; CARQUEJA, E. Comunidades Compassivas – uma resposta aos desafios em Cuidados Paliativos. Motricidade, v. 20, n. 1, 31 mar. 2024.

MARTINS, M. R. et al. Making People Live or Letting Them Die? Biopolitics and Palliative Care for Older Persons Living in Slums in Brazil. Journal of Aging & Social Policy, p. 1-19, 10 fev. 2025.

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

MORRIS, L.; MARGARETH, M. Compassionate Communities - From frailty to community resilience – making a public health approach to end of life care a reality. International Journal of Integrated Care, v. 17, n. 5, 17 out. 2017.

PALLIATIVE CARE AUSTRALIA. Compassionate communities: an implementation guide for community approaches to end of life care. 2018.

PRADA, A. et al. Comunidades compasivas en cuidados paliativos: Revisión de experiencias internacionales y descripción de una iniciativa en Medellín, Colombia. Psicooncología, v. 14, n. 2-3, p. 325-342, 2017.

PRINCE, H. Celebrating indigenous communities compassionate traditions. Annals of Palliative Medicine, v. 7, n. S1, p. AB005-AB005, jan. 2018.

ROLESTON, C.; SHAW, R.; WEST, K. Compassionate communities interventions: a scoping review. Annals of Palliative Medicine, v. 12, n. 5, 2023.

SAMUDIO, M. L. et al. Comunidades compasivas en Colombia para el apoyo a personas con enfermedad avanzada y al final de la vida: uniendo esfuerzos. Medicina Paliativa, v. 26, n. 4, p. 309-317, 2019.

SILVA, A. E. et al. Práticas avançadas de enfermagem em cuidados paliativos na comunidade compassiva de favela: relato de experiência. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 22, n. Suppl2, 17 fev. 2024.

SIME, C.; COLLINS, S. Compassionate communities and collective memory: a conceptual framework to address the epidemic of loneliness. British Journal of Community Nursing, v. 24, n. 12, p. 580-584, 2 dez. 2019.

SOUZA, M. A dimensão espiritual de pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores de uma comunidade compassiva de favela: estudo de método misto. 2024.

TOMPKINS, B. Compassionate Communities in Canada: it is everyone's responsibility. Annals of Palliative Medicine, v. 7, n. Suppl 2, p. S118-S129, abr. 2018.

VILLANUEVA, G. et al. Compassionate Communities Approach in a Grief and Bereavement Support Program: Bridging the Gap in Palliative Care. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, v. 17, n. 1, p. 9-18, 2 jan. 2021.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Planning and implementing palliative care services: a guide for program managers. Genebra: World Health Organization, 2016.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: WHO, 2021. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030902>. Acesso em: 30 jun. 2025.

Brasília, 17 de julho de 2025.

MARIANA BORGES DIAS  
Coordenadora-Geral  
Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM/DAHU/SAES/MS

ALINE DE OLIVEIRA COSTA  
Diretora  
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Borges Dias, Coordenador(a)-Geral de Atenção Domiciliar**, em 17/07/2025, às 11:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aline de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 17/07/2025, às 14:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0049143480** e o código CRC **7B936F1D**.

Brasília, 17 de julho de 2025.

**Referência:** Processo nº 25000.123061/2025-31

SEI nº 0049143480

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM  
Esplanada dos Ministérios, bloco O 7º andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - [saude.gov.br](http://saude.gov.br)