

## Acesso à rede de cuidados paliativos: Realidade brasileira

### Access to the palliative care network: Brazilian reality

DANTAS, Fernanda de Carvalho<sup>1\*</sup>, DANTAS, Cláudia de Carvalho<sup>1</sup>, SANTOS, Janaína Luiza dos<sup>1</sup>, MONTEIRO, Ana Cláudia Moreira<sup>2</sup>, AZEVEDO, Diana Paola Gutierrez Diaz de<sup>3</sup>, CRESPO, Maria da Conceição Albernaz<sup>2</sup>, AZEVEDO, Néilton Gomes<sup>4</sup>, RIBEIRO, Yonara Cristiane<sup>1</sup>

---

#### RESUMO

Tem por objetivos descrever e analisar a estrutura de saúde destinada aos cuidados paliativos no Brasil. Realizou-se pesquisa bibliográfica, com método dedutivo, de análise teórico-jurídica e crítico-reflexiva. Foram encontrados 191 serviços de cuidados paliativos, sendo: sete na Região Norte, 20 no Centro Oeste, 26 no Nordeste, 33 no Sul e 106 no Sudeste. O precário quantitativo e a distribuição irregular desses serviços comprometem os princípios e diretrizes da Lei 8080/90. Conclui-se que, os serviços atualmente existentes sobre cuidados paliativos são insuficientes e não garantem a qualidade de vida de indivíduos que necessitam desse tipo de assistência.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; Sistema Único de Saúde; Universalização da saúde; Integralidade em saúde; Direito à saúde.

---

#### ABSTRACT

It aims to describe and analyze the health structure for palliative care in Brazil. A bibliographic research was carried out, with a deductive method, of theoretical-legal and critical-reflexive analysis. 191 palliative care services were found, being: seven in the North Region, 20 in the Midwest, 26 in the Northeast, 33 in the South and 106 in the Southeast. The precarious quantity and irregular distribution of these services compromise the principles and guidelines of Law 8080/90. It is concluded that the currently existing services on palliative care are insufficient and do not guarantee the quality of life of individuals who need this type of assistance.

**Keywords:** Palliative care; Unified Health System; Universalization of health; Integrity in health; Right to health.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal Fluminense, UFF.

\*E-mail: dantasuff@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Estácio de Sá, UNESA.

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ.

<sup>4</sup> Universidade Veiga de Almeida, UVA.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde, popularmente conhecido como SUS, é o maior sistema de saúde pública do planeta, além de ser completamente gratuito. Sua estrutura complexa tem garantido ao Brasil, desde o início das discussões sobre o tema, grande destaque internacional pela complexidade da proposta, de sua estrutura e da resolutividade de um dos assuntos mais importantes para o desenvolvimento da vida humana, ao menos na teoria.

Mais o início desse grande sistema, não foi universal e integrativo como se apresenta nos dias atuais, muito pelo contrário, de forma sucinta e pela ótica da motivação dos governantes da época, os marcos da evolução da saúde, poderiam ser descritos de várias formas, dentre elas, a análise pré e pós ano de 1923 até 1988 e seguintes, com o surgimento da Constituição Federal (CF).

Pode se dizer que até 1923 o modelo de saúde era inexistente no Brasil, ou seja, não havia qualquer plano, ações de contenção, atendimento humanizado ou qualquer outro tipo de preocupação com a população no geral e os serviços de saúde eram exclusivos das camadas mais ricas da sociedade brasileira.

Sendo assim, as “ações de saúde” do início do período colonial até a década de 20 estava sendo direcionados ao “modelo mercantil”, ou seja, todas e quaisquer ações de vigilância sanitária eram somente aplicadas nos portos de carga e descarte de produtos vindos ou saídos do Brasil. O motivo aqui das ações passava muito longe do bem estar coletivo e social, e as medidas eram feitas para garantir os contratos de mercado.

O Brasil era considerado, nessa época, um país “pestilento” devido ao descontrole das epidemias de varíola, malária e febre amarela, principalmente, e os navios estrangeiros tinham receio de aportar nas costas brasileiras devido ao alto risco de morte do período, onde não se conheciam adequadamente os agentes etimológicos ou a evolução natural da doença e despontavam ainda, muito precocemente, os embriões do que seriam as vacinas e medicamentos para tal afins, e como se sabe, esse ramo da saúde somente irá evoluir de forma satisfatória na época das grandes guerras.

Nesse período, também ocorreu a importante transição da família real para o Brasil, em 1806. Assim, o Centro do Rio de Janeiro foi “limpo” e descontaminado para receber a família real vinda de Portugal e todas as pessoas que residiam no Centro da

cidade foram expulsas de suas casas e começaram a se “acumular”, sem qualquer organização e planejamento estratégico, nos arredores da cidade, iniciando o ensaio do surgimento das favelas no Rio de Janeiro.

Lima afirma que o processo de desocupação do Centro do Rio sem o devido planejamento gerou “Além da falta de moradia, carência no abastecimento de água, saneamento, segurança pública”, e a população mais pobre “ficou marginalizada à região norte da cidade” Nesses locais “as habitações se restringiam a choças aglomeradas entre os morros e o mar, o que já marcava a profunda desigualdade social no aspecto geográfico” (LIMA, 2000, p. 106).

A vinda da família real também trouxe mais médicos cujos profissionais acompanharam a corte e Dom João VI, por sua vez, acabou por fundar duas faculdades de medicina: uma no Rio de Janeiro e outra na Bahia. A fundação dessas duas instituições de ensino superior fez com que o número de profissionais da saúde começasse a crescer. No entanto, esse tipo de serviço era destinado apenas aos nobres da época enquanto a população pobre ficava na dependência das Santas Casas de Misericórdia, da assistência piedosa das freiras e dos curandeiros.

Após 1923, com a vigência da Lei Eloy Chaves, norma esta que instituía as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), os trabalhadores passaram a ter acesso e direito a assistência médica e previdenciária.

Depois das CAPS, também surgiram outros modelos como os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) os quais eram organizados por categoria profissional, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS).

E, o que todos esses modelos citados anteriormente tinham em comum eram que seu direcionamento estava voltado para o trabalhador, ou seja, para quem tinha carteira de trabalho assinada e os demais membros da sociedade, incluindo os trabalhadores clandestinos e desempregados, não tinham acesso a saúde e, novamente, ficavam a depender das Santas Casas de Misericórdia.

Esse modelo de assistência à saúde, exclusivamente centrada no trabalhador, perdurou de 1923 até 1988 quando, a partir de então, a saúde foi incorporada pela Constituição Federal como um direito universal e integral a todos os brasileiros. Esse importante marco irá mudar a perspectiva da saúde no país, porém é em 1990, com a criação da Lei 8080 do mesmo ano, que a consolidação de todo o plano organizado na

oitava Conferência Nacional de Saúde de 1986 e que desenhou a estrutura base do SUS como a conhecemos hoje, será implementada.

Assim, pode-se dizer que a saúde, voltada para a população e não apenas a quem possuía carteira assinada, tem apenas 31 anos de desenvolvimento, contra, se considerarmos o descobrimento do Brasil até a constituição de 1988, passaram 488 anos de uma estrutura ineficiente voltada a uma saúde que tinha por base apenas interesses do mercado e nobres da época. Vale ressaltar que, até 1988 as ações eram sanitizantes, principalmente, nos portos para garantir a importação e exportação do país, além de garantir que a mão de obra não adoecesse.

A esse respeito, cabe a lembrança que a febre amarela, a malária e outras doenças epidemiológicas dizimaram um quantitativo significativo da população mundial, assim como, estamos presenciando na atualidade com a pandemia de COVID-19. Logo, nessa época, o pensamento predominante era de preservar a mão de obra para o mercado e assim fazer crescer a economia do Brasil.

Dessa forma, é evidente que em 31 anos seria impossível garantir e assegurar os princípios e diretrizes do SUS da forma primorosa como está descrito tanto na Carta Cidadã, quanto na Lei 8080 e nas dezenas de resoluções ministeriais em um país com dimensões continentais.

Não se pode perder de vista que, nesses 488 anos anteriores a 1988, a saúde não era considerada um direito inerente ao ser humano, ou melhor, uma forma de expressar a dignidade do indivíduo como pessoa humana e associado aos inúmeros escândalos de corrupção como os desvios de verbas do INAMPS e das associações de cooperativas médicas que recebiam verba do governo sem qualquer fiscalização e, quando essa associação não se tornou mais rentável, e seus complexos hospitalares já tinham sido erguidos, se desvincularam do governo sem qualquer prejuízo e, por conseguinte, a iniciativa privada deixou mais uma vez a população a mercê.

Assim, muitas das estruturas de saúde não foram bem desenvolvidas em nosso país na rede pública que ainda carece de um plano eficiente para a defesa do SUS, que se apresenta sucateado, agonizando em meio a uma população que está envelhecendo e necessitando que os governantes desenvolvam um plano de gestão eficiente rumo a uma excelência na estrutura/ organização do sistema de saúde.

Conforme salienta Mendes (2013, p.28): “No plano da organização microeconômica, o desafio é superar a forma fragmentada como o SUS se estrutura”.

Neste diapasão, ressalta-se que o SUS necessita de uma coesão, uma lógica, uma reformulação constante de sua estrutura para bem atender a população e somente será alcançado esse objetivo se um planejamento estratégico for realizado para levantar as reais necessidades da população e assim propor ações direcionadas a ela de forma integrada entre a esfera pública e privada.

Uma das áreas que mais carece dessa atenção são as ações de saúde voltadas aos cuidados paliativos que, no Brasil, deixa a desejar em relação à oferta de serviço, mão de obra especializada, legislação e interesse do poder executivo e legislativo.

Segundo a Associação Americana de Cuidados Paliativos (ALCP) em conjunto com a *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) que realizou um mapeamento da estrutura da América Latina em termos de cuidados paliativos, sinaliza que no Brasil o primeiro serviço para essa especialidade se deu em 1996 com o Instituto Nacional do Câncer, e o primeiro país Latino América a criar um serviço paliativo foi a Colômbia em 1980, seguido da Argentina em 1982 e do Uruguai em 1985 (ALCP; IAHPC, 2012). Como se percebe, a rede de cuidados paliativos é muito recente e necessita de aprimoramento constante.

Devido às justificativas apresentadas, esse artigo tem o intuito de descrever e analisar a estrutura de saúde destinada aos cuidados paliativos no Brasil e para isso foi utilizado como metodologia uma pesquisa do tipo pesquisa indutiva, teórico-jurídica e bibliográfica onde as fontes de coleta de dados consistiram de artigos, boletins do Ministério da Saúde e estudos nacionais e internacionais acerca dos cuidados paliativos e seus impactos no processo de saúde.

## **CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: DO CONCEITO À ANÁLISE ESTRUTURAL**

O SUS através da Lei 8080/90 no seu artigo sétimo, inciso I e II, garante atendimento integral e universal para todos os brasileiros. Isso significa que todo o indivíduo será atendido de forma igual e sem distinção, por isso o princípio da universalidade, e também será atendido de acordo com a sua necessidade, ou seja, se o usuário do sistema necessitar de ações que vão desde orientações de saúde até mesmo cirurgias complexas ou reparadoras, o SUS tem a obrigação de responder a essa demanda devido ao princípio da integralidade.

Também cabe mencionar que é dever do Estado garantir esse acesso à saúde como direito, através de políticas de públicas conforme o artigo 196 da CF de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

Ressalta-se que, no final da citação acima são mencionados os três níveis de atenção a saúde que são a prevenção, proteção e à recuperação da saúde e também se observa no artigo 198 inciso II que deve ser fornecido o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Se não bastasse toda essa garantia legislativa, o país ainda possui uma Resolução Ministerial de Número 41, publicada em 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre “as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2018).

Assim, se pode perceber que existem resoluções, lei ordinárias e constitucionais que respaldam o acesso do indivíduo no que ele necessitar em termos de saúde, o que não excluiria a assistência paliativa, mas na prática o que se observa é a ineficiência da garantia desse acesso integral ao indivíduo e quando essas ações são voltadas para o “final de vida”, essas práticas acabam perdendo prioridade no planejamento das ações, vide a atual rede ineficiente.

A esse respeito cabe o alerta de que a população brasileira, a cada ano, se torna mais envelhecida e com um índice maior de doenças crônicas ocasionadas pelo próprio envelhecimento, associado ao estilo de vida sedentário, a alimentação não saudável, níveis de estresse elevados dentre outras causas.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no relatório do Censo de 2010 a população brasileira está envelhecendo em ritmo acelerado.

O índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos. (IBGE, 2010)

Porém, o envelhecimento em si, não seria tão preocupante se as condições de saúde nessa etapa da vida fossem satisfatórias, porém a revista *The Lancet* publicou um estudo na qual avaliou a situação de saúde no mundo inteiro no decorrer de 20 anos, onde foi constatado que a população mundial está vivendo mais e em condições de saúde pior. Dentre os fatores sinalizados, estão a baixa qualidade de vida e o aumento de doenças crônicas (THE LANCET, 2010)

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) divulgou em seu último relatório sobre a estimativa da incidência de neoplasias para 2020 que o quantitativo de neoplasias totais em homens foi de 309.750 enquanto que, no ano de 2018, a incidência foi de 117.477. Em relação às mulheres, a estimativa para o ano de 2020 contabilizando todas as neoplasias foi de 316.280 enquanto que em 2018 a incidência foi de 107.235. Em um período de apenas dois anos, observa-se uma estimativa que prevê um aumento de mais da metade dos números de casos de câncer no país (INCA, 2020).

O Ministério da Saúde em sua página oficial descreve que “as doenças cardiovasculares representam as principais causas de mortes no Brasil” e que “300 mil indivíduos por ano sofrem Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), ocorrendo óbito em 30% desses casos” e “Estima-se que até 2040 haverá aumento de até 250% desses eventos no país” (BRASIL, 2020).

Como se percebe o prognóstico da saúde brasileira e mundial não é positivo e ele não se restringe, infelizmente, a neoplasias e doenças cardiovasculares. Diversos relatórios são publicados periodicamente sinalizando a necessidade de medidas para conter e avanço de uma população que cada vez mais tem adoecido.

E nesse período de doença, essa população irá necessitar de todo um aporte para o restabelecimento do seu quadro de saúde ou do aumento de sua qualidade de vida. Vale destacar que quando a recuperação e as medidas curativas estão fora de alcance, é nesse momento que as medidas paliativas são necessárias para a manutenção da vida de forma mais qualitativa possível.

Em se tratando da definição mais atual acerca dos cuidados paliativos, e a que mais é usada no mundo, é a da Organização Mundial de Saúde (OMS) que atualizou esse importante conceito em 2002 descrevendo que:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2002).

Assim, a assistência paliativa deveria ser oferecida a qualquer paciente que esteja em situação de ameaça à vida, observa-se que o texto não fala em “terminalidade” ou “fora de possibilidades terapêuticas”.

Outro importante dado contido na definição de cuidados paliativos desse respeitado órgão repousa na necessidade do controle da dor e do alívio do sofrimento. Assim, tais especificidades são comumente encontradas em qualquer paciente que tenham uma afecção, seja ela, aguda ou crônica.

A esse respeito, como conclusão do relatório da ONU e da Aliança Mundial de Cuidados Paliativos, encontra-se que apenas “uma em cada dez pessoas recebe o atendimento adequado” em relação ao tratamento paliativo e que mais de “20 milhões de pessoas precisam desse tipo de tratamento todos os anos, no mundo inteiro” (ONU, 2014).

Como se pode ver, os dados nacionais e internacionais são alarmantes e devem ser utilizados de forma responsável pelos gestores de saúde, pois a necessidades do aumento de uma rede de cuidados paliativos é um fator urgente e deve ser visto como prioritário.

Em se tratando da rede específica em cuidados paliativos, a Academia Nacional de Cuidado Paliativos (ANCP) divulgou em 2019 o Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil e nesse documento encontra-se um panorama sobre essa rede de cuidados. Neste estudo, foram encontrados 191 serviços catalogados com um aumento de 7.9% de expansão da rede em relação a 2018.

Esses 191 serviços encontram-se distribuídos da seguinte forma: sete na Região Norte, 20 no Centro Oeste, 26 no Nordeste, 33 no Sul e 106 no Sudeste. Em relação às cidades, São Paulo concentra 66 unidades de serviços, Minas Gerais 16, Paraná 14, Rio de Janeiro 13, Rio Grande do Sul 13, DF 10, Bahia 10, Espírito Santo oito, Ceará sete, Santa Catarina seis e outros 25 (ANCP, 2019).

Os serviços que o relatório se refere não são de unidades inteiras voltadas a assistência paliativa, muitas vezes são, por exemplo, hospitais que possuem alas

paliativas, ou ainda ambulatoriais. Isso quer dizer que não se trata de uma estrutura criadas exclusivamente para esse tipo de assistência (ANCP, 2019).

Nesse relatório ainda se encontra o número de leitos para cuidados paliativos onde o país inteiro possui apenas 789 leitos. Destes leitos, a maior concentração está na região Sudeste com 458 leitos, seguida no Nordeste com 120, do Sul com 102, do Centro Oeste com 86 e do Norte com 23 (ANCP, 2019).

Na subdivisão dos Estados, ainda na categoria número de leitos, encontramos São Paulo com 284 leitos disponíveis, seguindo do Rio de Janeiro com 103 e de Minas Gerais com 71 leitos. Os estados do Amazonas, Amapá Roraima, Tocantins, Espírito Santo Pernambuco, Rio Grande do Norte, Piauí, Ceara, Mato Grosso Do Sul, Roraima apresentam um quantitativo de zero leitos para cuidados paliativos (ANCP, 2019).

A importância dos leitos específicos, se dá à medida que o paciente paliativo requer uma assistência muito diferente do paciente curativo. A própria estrutura quando criada para esse fim pouco lembra o modelo de um hospital, pois o objetivo é garantir a qualidade de vida não apenas em termos biológicos mais também sociais, afetivos e psicológicos, o que fez com que as alas guardassem uma certa similaridade com os ambientes domiciliares. Assim, é inadmissível que estados não possuem leitos destinados a esses pacientes.

Em relação a iniciativa privada, há um predomínio do atendimento público de 96 serviços (50%) e 69 (36%) de iniciativa privada e 26 (14%) oferecem atendimento pelo SUS quanto de forma particular (ANCP, 2019).

Esse dado em relação à iniciativa privada é, sem dúvida, inexpressível em um país onde a rede de atendimento particular é ampla. Porém, esse dado se justifica pela assistência a pacientes paliativos serem relativamente menos custosas se compararmos a pacientes cirúrgicos ou que necessitam de tratamento intensivo e, como não existe uma obrigatoriedade em relação a reserva de leitos para esta modalidade de assistência, a rede privada oferece o que convém a ela.

## **CONCLUSÃO**

O SUS é um sistema que foi criado para garantir a saúde como um direito, um exercício de dignidade e cidadania. Dessa forma, o usuário necessita que o atendimento seja realizado de forma universal e integral resguardando todas as suas necessidades.

Em termos de evolução histórica na saúde, o Brasil esteve predominantemente por anos em um modelo de assistência que visava apenas garantir uma mão de obra saudável para fim mercadológico. Assim, foram criados diversos institutos como a CAPS, IAPS, INAMPS, INPS e AIS que garantiam a assistência à saúde apenas a trabalhadores com registro formal e o restante da população ficava sob os cuidados das Santas Casas, médicos de família e curandeiros.

Com o tempo, em 1990 e com a criação do SUS, a saúde se tornou realidade para todos, mas a estrutura ainda carece de aprimoramento. Serviços como as ações em cuidados paliativos não são priorizadas e assim a rede se desenvolve no país de forma muito lenificada.

Cabe ressaltar que, cuidados paliativos visam fornecer qualidade de vida a todo o indivíduo que se encontra em risco de morrer, assim uma rede que oferece apenas 191 serviços em um país com dimensões continentais como o Brasil e, dentro desses serviços apenas possui 789 leitos, reflete certo descaso do poder executivo e legislativo em relação a medidas e leis mais eficientes para garantir acesso a uma população que se encontra em sofrimento, pois não possui formas de garantir uma melhor qualidade de vida.

A evolução dessa rede tem ocorrido de forma insignificante para o quantitativo populacional que o país apresenta e para as estimativas recentes de doenças crônicas e oncológicas que podem levar a quadros de pacientes que necessitam de cuidados paliativos.

Por fim, conclui-se que as evidências apontam para o crescente envelhecimento populacional, assim como, o aumento de doenças das mais diferentes classes as quais vem de muitos anos atrás e as medidas tomadas até o momento são claramente insuficientes e não garantem a qualidade de vida de indivíduos que necessitam da assistência paliativa que é extremamente específica.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. Academia brasileira, 1. ed. -- São Paulo: ANCP, 2020. Disponível em: [https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS\\_2019\\_final\\_compressed.pdf](https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf). Acesso em: 20 dez. 2020.

ALCP & IAHP. **Atlas de cuidados paliativos na América Latina**. 2012. 1 edição. Houston: ALCP & IAHP. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/1/Atlas%20Portugues.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Resolução nº 41**, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-5152071](https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-5152071). Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. **Use o coração para vencer as doenças cardiovasculares: 29/9 - Dia Mundial do Coração**. Ministério da saúde, 2020. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3305-use-o-coracao-para-vencer-as-doencas-cardiovasculares-29-9-dia-mundial-do-coracao>. Acesso em: 20 dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População brasileira envelhece em ritmo acelerado**. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=1&idnoticia=1272&busca=1&t=ibge-populacao-brasileira-envelhece-ritmo-acelerado> Acesso em: 20 dez. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estatísticas de câncer**. Instituto nacional de oncologia, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 20 dez. 2020.

LIMA, Oliveira. **Dom João VI no Brasil**. 3.ed., Topbooks: [sine loco], 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>. Acesso em: 30 Jan. 2021.

THE LANCET. **Global Burden of Disease Study**. 2010. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32131-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32131-0/fulltext). Acesso em: 20 dez. 2020.

ONU. **First ever global atlas identifies unmet need for palliative care**. Organização mundial de saúde, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/en/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

*Recebido em: 2022*

*Aprovado em: 2022*

*Publicado em: 2022*