Artigo Original

v. 7 n. 4 (2026)
ISSN: 2675-8008
Revista Multidisciplinar em Saúde

ACESSO ABERTO

Data de Recebimento:
13/10/2026

Data de Aceite:
14/10/2026

Data de Publicação:
26/10/2026

Autor correspondente:
Juliane Francine Vaz Abussamra, bacharela em Fisioterapia e graduanda em Medicina. Avenida Paulinista, 1255, Casa 4, Jardim Paulista, Atibaia, SP, CEP 12947-414, Brasil, Telefone (11) 999911-4438, E-mail: juliane_francine@uol.com.br

Citação:
ABUSSAMRA, J.F.V; et al; Perfil epidemiológico da mortalidade por doenças crônicas potencialmente elegíveis para cuidados paliativos no Brasil, 2015–2024, **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 7, n. 4, 2026. https://doiorg/10.51161/integrar/rems/5016

DOI: 10.51161/integrar/rems/5016
Editora Integrar© 2026.
Todos os direitos reservados.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR CONDIÇÕES POTENCIALMENTE ELEGÍVEIS PARA CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL DE 2015 A 2024

Juliane Francine Vaz Abussamra[a], Lilian Yumi de Lucca Myazi[a], Rosângela Villa Marin Mio[a]

[a]Curso de Medicina, Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), Campus Villa-Lobos. Avenida Imperatriz Leopoldina, 550, Vila Leopoldina, São Paulo, SP, CEP 05305-000, Brasil.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional e a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis ampliam a necessidade de cuidados paliativos. Neoplasias, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doença de Alzheimer apresentam evolução progressiva, perda funcional e carga de sintomas, configurando condições elegíveis à abordagem paliativa. A oferta de cuidados paliativos no Brasil permanece desigual, exigindo dados epidemiológicos para orientar o planejamento. Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por neoplasias, insuficiência cardíaca, DPOC e doença de Alzheimer no Brasil, entre 2015 e 2024, segundo características demográficas, temporais e geográficas e suas implicações para os cuidados paliativos. Métodos: Estudo epidemiológico, observacional, ecológico e de série temporal, realizado com dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DataSUS), obtidos pela plataforma TabNet. Analisaram-se os óbitos registrados de 2015 a 2024, segundo sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, região geográfica e local de ocorrência. Resultados: Foram registrados 3.273.050 óbitos por condições potencialmente elegíveis para cuidados paliativos. As neoplasias corresponderam a 71,5%, seguidas por DPOC (12,3%), insuficiência cardíaca (8,9%) e doença de Alzheimer (7,3%). Houve aumento de óbitos por neoplasias e Alzheimer, concentração em idades avançadas, baixa escolaridade e raça/cor branca. Sudeste e Nordeste concentraram maior número de óbitos, com predomínio hospitalar. Conclusão: A mortalidade por condições potencialmente elegíveis para cuidados paliativos evidencia demanda assistencial no Brasil. Diferenças demográficas e regionais reforçam a necessidade de planejamento baseado em evidências. O monitoramento epidemiológico contribui para dimensionar necessidades, direcionar recursos e fortalecer a organização equitativa dos cuidados paliativos para doenças

oncológicas e não oncológicas.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Mortalidade; Doenças crônicas não transmissíveis; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Population aging and the prevalence of chronic noncommunicable diseases increase the need for palliative care. Neoplasms, heart failure, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and Alzheimer's disease show progressive courses, functional decline, and a substantial symptom burden, making them relevant conditions for this approach. The provision of palliative care in Brazil remains unequal, requiring data to support planning. Objective: To analyze the epidemiological profile of mortality due to neoplasms, heart failure, COPD, and Alzheimer's disease in Brazil from 2015 to 2024, according to demographic, temporal, and geographic characteristics, and to discuss its implications for palliative care planning. Methods: This was an epidemiological, observational, ecological, and time-series study using secondary data from the Mortality Information System (SIM/DataSUS), obtained through the TabNet platform. Deaths occurring between 2015 and 2024 were analyzed according to sex, age group, race/skin color, educational level, marital status, geographic region, and place of occurrence. Results: A total of 3,273,050 deaths from conditions potentially eligible for palliative care were recorded. Neoplasms accounted for 71.5% of cases, followed by COPD (12.3%), heart failure (8.9%), and Alzheimer's disease (7.3%). An increase in deaths from neoplasms and Alzheimer's disease was observed, along with concentration in older age groups, lower educational attainment, and White race/skin color. The Southeast and Northeast regions accounted for most deaths, with a predominance of hospital deaths. Conclusion: The high mortality from conditions potentially eligible for palliative care demonstrates a significant demand for health services in Brazil. Demographic and regional differences reinforce the need for evidence-based planning. Epidemiological surveillance may help estimate needs, guide resource allocation, and strengthen the equitable organization of palliative care for both oncological and non-oncological diseases.

Keywords: Palliative care; Mortality; Chronic noncommunicable diseases; Epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, o aumento da expectativa de vida e a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm modificado o perfil de morbimortalidade das populações. Um número crescente de pessoas convive por períodos prolongados com doenças progressivas, incuráveis e potencialmente ameaçadoras à vida, frequentemente associadas a sofrimento físico, psicossocial e espiritual. Nesse contexto, os cuidados paliativos constituem componente essencial da assistência integral à saúde e da cobertura universal em saúde (Connor; Bermedo, 2020; Knaul et al., 2018; World Health Assembly, 2014; World Health Organization, 2020).

A Organização Mundial da Saúde define os cuidados paliativos como uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce e do tratamento adequado da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Essa assistência deve ser centrada na pessoa, respeitar

valores e preferências individuais e ser integrada precocemente ao tratamento modificador da doença, não se restringindo aos estágios finais de vida (Radbruch et al., 2020; World Health Organization, 2020).

Embora historicamente vinculados ao câncer avançado, os cuidados paliativos são indicados também para pessoas com insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença de Alzheimer e outras demências, doenças renais, hepáticas e neurológicas progressivas. A integração precoce dessa abordagem pode favorecer o controle de sintomas, a qualidade de vida, o planejamento antecipado dos cuidados e o uso mais adequado dos recursos em saúde (Ferrell et al., 2017; Knaul et al., 2018; Murray et al., 2005; Radbruch et al., 2020). Estima-se que milhões de pessoas necessitem anualmente dessa modalidade assistencial, sobretudo em países de baixa e média renda, onde persistem importantes desigualdades no acesso a serviços, profissionais capacitados e medicamentos essenciais (Connor; Bermedo, 2020; World Health Assembly, 2014; World Health Organization, 2020).

No Brasil, a transição demográfica ocorreu de forma acelerada e contribuiu para o aumento da população idosa e da prevalência de doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e doenças neurodegenerativas. Essas condições podem evoluir com perda funcional, múltiplas hospitalizações, dependência progressiva e elevada carga de sintomas, evidenciando a necessidade de uma assistência multiprofissional orientada à qualidade de vida. Entretanto, a oferta de cuidados paliativos ainda é insuficiente e desigual entre as regiões do país, com maior concentração de serviços especializados nos grandes centros urbanos (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020; Castro et al., 2019).

Nesse cenário, estudos epidemiológicos baseados em sistemas nacionais de informação podem subsidiar o planejamento das políticas públicas e dos serviços de saúde. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DataSUS) permite analisar óbitos segundo causas básicas, características demográficas, distribuição geográfica e tendências temporais. Apesar da relevância desse instrumento, ainda são escassos os estudos nacionais de base populacional que avaliam, de forma integrada, a mortalidade por condições potencialmente elegíveis para cuidados paliativos (Brasil, [s.d.]; Santos et al., 2019).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por neoplasias, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença de Alzheimer no Brasil, entre 2015 e 2024, segundo características demográficas, temporais e geográficas, discutindo suas implicações para o planejamento da assistência em cuidados paliativos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento e local do estudo

Trata-se de estudo epidemiológico, observacional, ecológico, descritivo e de série temporal, realizado no Brasil. Foram utilizados dados secundários, públicos e agregados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), referentes ao período de 1º de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2024.

Fonte de dados e população do estudo

Os dados foram obtidos por meio da plataforma TabNet do Ministério da Saúde. A população do estudo foi constituída por todos os óbitos registrados no Brasil cuja causa básica de morte estivesse classificada, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), entre as condições crônicas potencialmente elegíveis para cuidados paliativos selecionadas para este estudo.

Foram incluídos os óbitos com as seguintes causas básicas:

- Neoplasias: Capítulo II da CID-10 (códigos C00–D48);
- Insuficiência cardíaca: código I50;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica: código J44;
- Doença de Alzheimer: código G30.

Foram incluídos todos os óbitos ocorridos no período estudado que apresentavam uma das causas básicas previamente definidas. Não foram excluídos registros com informações ignoradas ou em branco nas variáveis sociodemográficas; esses dados foram mantidos e apresentados como categoria específica na análise descritiva.

Variáveis analisadas

Foram analisadas as seguintes variáveis disponíveis no SIM/DataSUS: ano do óbito, sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, região geográfica e local de ocorrência do óbito. As variáveis foram analisadas conforme as categorias disponibilizadas na plataforma TabNet.

Aspectos éticos

Por utilizar exclusivamente dados secundários, públicos, agregados e sem identificação individual, o estudo foi dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Essa dispensa está em conformidade com o artigo 1º, parágrafo único, incisos II, III e V, da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece que pesquisas com informações de acesso público, de domínio público ou provenientes de bancos de dados agregados, sem possibilidade de identificação dos participantes, não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP (Brasil, 2016).

Organização e análise dos dados

Os dados foram extraídos da plataforma TabNet, organizados em planilhas do Microsoft Excel® e submetidos à análise estatística descritiva. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. A distribuição dos óbitos segundo ano, grupo de doença e características sociodemográficas foi apresentada em tabelas e gráficos, possibilitando a descrição da evolução temporal dos óbitos no período estudado.

Não foram realizadas análises inferenciais ou testes estatísticos formais de tendência temporal. Dessa forma, os resultados referentes à série temporal foram interpretados de maneira descritiva, considerando a variação do número de óbitos ao longo dos anos analisados.

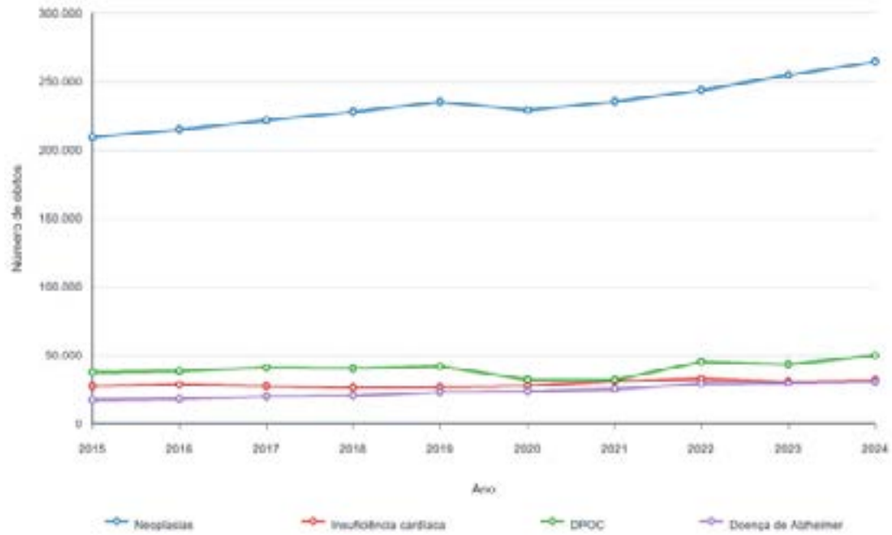
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2015 a 2024, foram registrados 3.273.050 óbitos por condições potencialmente elegíveis para cuidados paliativos no Brasil. As neoplasias corresponderam à principal causa de morte, com 2.339.035 óbitos (71,5%), seguidas pela doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), com 402.629 óbitos (12,3%), insuficiência cardíaca, com 292.385 óbitos (8,9%), e doença de Alzheimer, com 239.001 óbitos (7,3%).

Observou-se aumento do número de óbitos por neoplasias ao longo da série histórica, de 209.780 registros, em 2015, para 264.845, em 2024, correspondendo a aumento de 26,2%. A doença de Alzheimer

também apresentou crescimento progressivo no período. Em contrapartida, DPOC e insuficiência cardíaca apresentaram redução no número de óbitos em 2020 e 2021, seguida de recuperação nos anos subsequentes. Como não foram realizados testes formais de tendência, essas variações devem ser interpretadas de maneira descritiva.

Figura 1. Evolução anual dos óbitos por condições potencialmente elegíveis para cuidados paliativos no Brasil, 2015–2024.



Houve predomínio do sexo masculino entre os óbitos por neoplasias e DPOC, enquanto insuficiência cardíaca e doença de Alzheimer apresentaram maior frequência de óbitos no sexo feminino. Em relação à idade, verificou-se concentração dos óbitos em faixas etárias mais avançadas. A doença de Alzheimer apresentou maior proporção de óbitos em pessoas com 80 anos ou mais (76,8%), seguida por insuficiência cardíaca (46,3%) e DPOC (42,7%). Entre as neoplasias, as maiores proporções concentraram-se nas faixas de 60 a 69 anos (25,3%) e de 70 a 79 anos (25,0%).

Tabela 1. Distribuição dos óbitos segundo sexo e faixa etária, por grupo de doença, Brasil, 2015–2024.

Variável	Categoria	Neoplasias n (%)	Insuficiência cardíaca n (%)	DPOC n (%)	Alzheimer n (%)
Sexo	Masculino	1.218.867 (52,1)	140.371 (48,0)	216.216 (53,7)	83.282 (34,8)
	Feminino	1.120.030 (47,9)	151.989 (52,0)	186.384 (46,3)	155.700 (65,1)
	Ignorado	138 (0,0)	25 (0,0)	29 (0,0)	19 (0,0)
Faixa etária	<40 anos	123.483 (5,3)	5.658 (1,9)	1.922 (0,5)	12 (0,0)
	40–49 anos	170.872 (7,3)	8.849 (3,0)	5.326 (1,3)	150 (0,1)

Variável	Categoria	Neoplasias n (%)	Insuficiência cardíaca n (%)	DPOC n (%)	Alzheimer n (%)
	50 – 59 anos	379.481 (16,2)	22.880 (7,8)	25.317 (6,3)	904 (0,4)
	60 – 69 anos	592.449 (25,3)	46.457 (15,9)	75.326 (18,7)	8.489 (3,6)
	70 – 79 anos	584.453 (25,0)	73.128 (25,0)	122.553 (30,4)	45.932 (19,2)
	≥80 anos	488.049 (20,9)	135.329 (46,3)	172.121 (42,7)	183.505 (76,8)
	Ignorada	248 (0,0)	84 (0,0)	64 (0,0)	9 (0,0)

Nota: Percentuais calculados em relação ao total de óbitos de cada grupo de doença.

A raça/cor branca foi a mais frequente em todos os grupos de doenças, seguida da raça/cor parda. Quanto à escolaridade, as categorias de um a três anos e de quatro a sete anos de estudo concentraram as maiores frequências; entretanto, a proporção de escolaridade ignorada variou de 15,2% a 16,9%, o que recomenda cautela na interpretação desse achado. Em relação ao estado civil, predominaram indivíduos casados entre os óbitos por neoplasias e DPOC, enquanto a viuvez foi mais frequente entre os óbitos por insuficiência cardíaca e doença de Alzheimer.

Tabela 2. Distribuição dos óbitos segundo raça/cor, escolaridade e estado civil, por grupo de doença, Brasil, 2015–2024.

Variável	Categoria	Neoplasias n (%)	Insuficiência cardíaca n (%)	DPOC n (%)	Alzheimer n (%)
Raça/cor	Branca	1.313.835 (56,2)	154.593 (52,9)	234.313 (58,2)	169.584 (71,0)
	Preta	179.452 (7,7)	27.644 (9,5)	26.763 (6,6)	11.605 (4,9)
	Amarela	15.719 (0,7)	1.610 (0,6)	2.157 (0,5)	1.949 (0,8)
	Parda	768.244 (32,8)	100.604 (34,4)	128.018 (31,8)	50.638 (21,2)
	Indígena	4.250 (0,2)	688 (0,2)	879 (0,2)	169 (0,1)
	Ignorada	57.535 (2,5)	7.246 (2,5)	10.499 (2,6)	5.056 (2,1)

Variável	Categoria	Neoplasias n (%)	Insuficiência cardíaca n (%)	DPOC n (%)	Alzheimer n (%)
Escolaridade	Nenhuma	277.168 (11,8)	63.007 (21,5)	87.398 (21,7)	44.294 (18,5)
	1–3 anos	499.161 (21,3)	71.721 (24,5)	96.208 (23,9)	60.562 (25,3)
	4–7 anos	518.298 (22,2)	63.753 (21,8)	88.207 (21,9)	51.281 (21,5)
	8–11 anos	472.040 (20,2)	34.560 (11,8)	47.058 (11,7)	30.472 (12,7)
	≥12 anos	217.030 (9,3)	10.444 (3,6)	15.817 (3,9)	14.373 (6,0)
	Ignorada	355.338 (15,2)	48.900 (16,7)	67.941 (16,9)	38.019 (15,9)
Estado civil	Solteiro	489.723 (20,9)	50.701 (17,3)	68.786 (17,1)	25.827 (10,8)
	Casado	977.236 (41,8)	94.193 (32,2)	133.440 (33,1)	65.314 (27,3)
	Viúvo	458.539 (19,6)	102.149 (34,9)	131.491 (32,7)	120.241 (50,3)
	Separado judicialmente	195.771 (8,4)	16.960 (5,8)	29.723 (7,4)	11.703 (4,9)
	Outro	82.352 (3,5)	7.291 (2,5)	9.745 (2,4)	2.176 (0,9)
	Ignorado	135.414 (5,8)	21.091 (7,2)	29.444 (7,3)	13.740 (5,7)

Nota: Percentuais calculados em relação ao total de óbitos de cada grupo de doença.

O Sudeste concentrou o maior número de óbitos em todas as condições analisadas. O Nordeste ocupou a segunda posição para neoplasias, insuficiência cardíaca e doença de Alzheimer, enquanto o Sul apresentou o segundo maior número de óbitos por DPOC. O predomínio do Sudeste deve ser interpretado considerando sua maior concentração populacional; como não foram calculadas taxas de mortalidade, os dados não permitem comparar o risco de morte entre as regiões.

Os hospitais foram o principal local de ocorrência de óbitos para todas as doenças estudadas, variando de 55,1% para Alzheimer a 79,0% para neoplasias. O domicílio representou a segunda categoria

mais frequente, com maior proporção entre os óbitos por Alzheimer (33,7%).

Tabela 3. Distribuição dos óbitos segundo região geográfica e local de ocorrência, por grupo de doença, Brasil, 2015–2024.

Variável	Categoria	Neoplasias n (%)	Insuficiência cardíaca n (%)	DPOC n (%)	Alzheimer n (%)
Região	Norte	122.022 (5,2)	16.390 (5,6)	21.352 (5,3)	6.997 (2,9)
	Nordeste	522.693 (22,3)	69.901 (23,9)	78.707 (19,5)	46.260 (19,4)
	CentroOeste	155.058 (6,6)	16.636 (5,7)	35.722 (8,9)	14.967 (6,3)
	Sudeste	1.096.017 (46,9)	142.523 (48,7)	176.082 (43,7)	121.570 (50,9)
	Sul	443.245 (18,9)	46.935 (16,1)	90.766 (22,5)	49.207 (20,6)
Local de ocorrência	Hospital	1.848.803 (79,0)	209.321 (71,6)	309.128 (76,8)	131.795 (55,1)
	Outro estabelecimento de saúde	98.413 (4,2)	24.081 (8,2)	26.669 (6,6)	16.082 (6,7)
	Domicílio	369.619 (15,8)	53.361 (18,3)	61.418 (15,3)	80.516 (33,7)
	Via pública	2.938 (0,1)	1.249 (0,4)	981 (0,2)	330 (0,1)
	Outros	18.794 (0,8)	4.272 (1,5)	4.339 (1,1)	10.200 (4,3)
	Ignorado	468 (0,0)	101 (0,0)	94 (0,0)	78 (0,0)

Nota: Percentuais calculados em relação ao total de óbitos de cada grupo de doença.

A predominância das neoplasias reforça a relevância das doenças oncológicas para a organização dos cuidados paliativos. Contudo, a participação conjunta de insuficiência cardíaca, DPOC e doença de Alzheimer evidencia que as necessidades paliativas não se restringem ao câncer. A Organização Mundial da Saúde reconhece as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e demências entre as principais condições associadas à necessidade de cuidados paliativos (World Health Organization, 2020).

O aumento dos óbitos por doença de Alzheimer, sobretudo entre mulheres e pessoas com 80 anos ou mais, é compatível com estudo nacional que identificou tendência crescente da mortalidade por Alzheimer

em todas as macrorregiões brasileiras, especialmente nas faixas etárias mais avançadas (Paschalidis et al., 2023). Esse cenário reforça a necessidade de ampliar a capacidade da atenção primária, da atenção domiciliar e das redes de cuidados paliativos para o acompanhamento longitudinal de pessoas com demência e de seus familiares.

A predominância de mortes hospitalares, especialmente entre pessoas com neoplasias, também é compatível com pesquisas brasileiras que identificaram maior ocorrência de óbitos por câncer em hospitais (da Silva et al., 2024). Esse resultado não permite inferir preferência dos pacientes ou qualidade da assistência recebida, mas sugere a necessidade de fortalecer estratégias de planejamento antecipado de cuidados, integração precoce de cuidados paliativos e suporte domiciliar, respeitando preferências, necessidades clínicas e condições sociais de cada pessoa.

Este estudo apresenta limitações. O uso de dados secundários está sujeito a sub-registro, preenchimento incompleto das declarações de óbito e classificação inadequada da causa básica de morte. A elevada proporção de dados ignorados para escolaridade também limita a interpretação dessa variável. Além disso, foram analisados números absolutos de óbitos, sem cálculo de taxas padronizadas por idade ou sexo, o que impede comparações de risco entre regiões e grupos populacionais. Apesar dessas limitações, a abrangência nacional e o período de dez anos analisado contribuem para dimensionar a demanda potencial por cuidados paliativos e subsidiar o planejamento de serviços voltados às condições oncológicas e não oncológicas.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou elevada mortalidade por condições potencialmente elegíveis para cuidados paliativos no Brasil, com registro de 3.273.050 óbitos entre 2015 e 2024. As neoplasias constituíram a principal causa de morte, seguidas por DPOC, insuficiência cardíaca e doença de Alzheimer. Observou-se aumento dos óbitos por neoplasias e Alzheimer, concentração dos óbitos em pessoas idosas, predominância de ocorrência hospitalar e importantes diferenças demográficas e regionais.

Os achados reforçam que a demanda por cuidados paliativos no país envolve tanto doenças oncológicas quanto não oncológicas. A predominância de mortes em hospitais aponta para a necessidade de ampliar a integração precoce dos cuidados paliativos na rede de atenção à saúde, incluindo atenção primária, atenção domiciliar e serviços especializados, com planejamento centrado nas necessidades e preferências dos pacientes e familiares.

Como contribuição, o estudo apresenta um panorama nacional da mortalidade por quatro condições relevantes para os cuidados paliativos durante dez anos, fornecendo subsídios para o dimensionamento de necessidades, a organização dos serviços e a distribuição mais equitativa dos recursos assistenciais.

Entre as limitações, destacam-se o uso de dados secundários do SIM, sujeitos a sub-registro, preenchimento incompleto e possível inadequação da causa básica de morte. Além disso, a análise de números absolutos, sem cálculo de taxas padronizadas, limita comparações entre regiões e grupos populacionais. A causa de morte também não permite identificar individualmente a necessidade ou o acesso efetivo aos cuidados paliativos.

Estudos futuros devem analisar taxas de mortalidade ajustadas por idade e sexo, aplicar métodos formais de tendência temporal e investigar a relação entre mortalidade, oferta de serviços, local de óbito e

acesso aos cuidados paliativos nas diferentes regiões brasileiras.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. São Paulo: ANCP, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view. Acesso em: 13 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sim. Acesso em: 13 out. 2026.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The Lancet, [S. l.], v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7.

CONNOR, S. R.; BERMEDO, M. C. S. (ed.). Global atlas of palliative care. 2. ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; Geneva: World Health Organization, 2020.

DA SILVA, J. L. et al. Exploring factors and trends in place of death by cancer: a population-based study in Brazil. The Lancet Regional Health – Americas, [S. l.], v. 34, art. 100764, 2024. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100764.

FERRELL, B. R. et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. Journal of Clinical Oncology, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 96–112, 2017. DOI: 10.1200/JCO.2016.70.1474.

KNAUL, F. M. et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: an imperative of universal health coverage. The Lancet, [S. l.], v. 391, n. 10128, p. 1391–1454, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8.

MURRAY, S. A.; KENDALL, M.; BOYD, K.; SHEIKH, A. Illness trajectories and palliative care. BMJ, [S. l.], v. 330, p. 1007, 2005. DOI: 10.1136/bmj.330.7498.1007.

PASCHALIDIS, M.; KONSTANTYNER, T. C. R. O.; SIMON, S. S.; MARTINS, C. B. Trends in mortality from Alzheimer's disease in Brazil, 2000–2019. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 32, n. 2, e2022886, 2023. DOI: 10.1590/S2237-96222023000200002.

RADBRUCH, L. et al. Redefining palliative care: a new consensus-based definition. Journal of Pain and Symptom Management, [S. l.], v. 60, n. 4, p. 754–764, 2020.

SANTOS, C. E. et al. Palliative care in Brazil: present and future. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 65, n. 6, p. 796–800, 2019.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Resolution WHA67.19. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. Geneva: World Health Organization, 2020.

Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acesso em: 13 out. 2026.