

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos 

Valeria Teresa Saraiva Lino 

Ernani Costa Mendes 

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) chama a atenção para o fenômeno do envelhecimento populacional mundial. Apesar de as pessoas estarem vivendo mais, em muitos casos, o avanço da idade está acompanhado de múltiplas cargas de doenças (OPAS, 2020). Tal condição acarreta preocupações quanto ao bem-estar e qualidade de vida das pessoas no Brasil, uma vez que o país ainda não desenvolveu políticas públicas sustentáveis para atender às demandas progressivas por cuidados, especialmente de idosos dependentes (Câmara dos Deputados, 2017).

Segundo uma pesquisa realizada pela *The Economist Intelligence Unit*¹ (2015), entre 80 países do mundo, visando averiguar a qualidade de morte das pessoas, o Brasil ocupou a 42^a colocação. Isso significa dizer também que a qualidade

1 Em 2010, a *The Economist Intelligence Unit* desenvolveu um índice que classificou a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados a pessoas em fim de vida em 40 países. Encomendado pela *Lien Foundation*, organização filantrópica de Singapura, o índice consistia em 24 indicadores em quatro categorias. O estudo desencadeou uma série de debates políticos sobre a prestação de cuidados paliativos e cuidado de fim de vida em todo o mundo. Uma nova versão do índice foi solicitada para observar a evolução global dos cuidados paliativos. Na versão de 2015, algumas mudanças foram consideradas, como o aumento do número de países incluídos, de 40 para 80; pontuações em 20 indicadores quantitativos e qualitativos em cinco categorias. Como as versões são diferentes entre si, não é possível a comparação direta das pontuações entre esses anos (*Economist Intelligence Unit*, 2015, tradução nossa).

e a disponibilidade dos cuidados paliativos brasileiros são baixas e ainda há deficiências de políticas públicas.

Cuidados paliativos são uma abordagem de suma importância no sistema de saúde para amenizar o sofrimento evitável de pessoas com doenças que ameacem a continuidade da vida, sendo um componente fundamental para o atendimento integral de quem dele necessita, visam tanto a qualidade de vida do paciente quanto de seus familiares (Mendes, 2015).

De acordo com a OMS, os cuidados paliativos abrangem as dimensões biopsicossocial e espiritual do paciente e de sua família e, sendo assim, deverão ser atendidos com esta visão integral por um sistema de saúde também integral (WHPCA; WHO, 2020).

Para Mendes, Vasconcellos e Santos (2018, p. 59) o “conceito de cuidados paliativos envolve a integralidade no tratamento do paciente e sua família, principalmente no que diz respeito às várias dimensões e especificidades”.

Em se tratando de uma população que é atingida pela desigualdade social — por meio da pobreza, baixa escolaridade, ausência de saneamento básico, baixa oferta de serviços públicos como, por exemplo, assistência social, educação, saúde, lazer, cultura, entre outros, que intensificam a vulnerabilidade da população das favelas cariocas —, há de se pensar em estratégias que deem conta das necessidades de pessoas que sofrem com doenças crônicas e evolutivas, visando a qualidade de vida e de morte para essa população, tendo como norte que cada pessoa é um todo indivisível com seus diversos graus de complexidade e que o sistema de saúde deve ser capaz de prestar assistência integral.

Cuidados paliativos

O conceito de cuidados paliativos é complementado pelos princípios: alívio da dor e sofrimento; afirmação da vida e da morte como processo natural; respeito ao tempo da morte sem aceleração ou adiamento; integração de aspectos psicoespirituais no cuidado; suporte à vida ativa o quanto possível; suporte para familiares durante a doença e o luto; abordagem multiprofissional inclusive no luto; influência positiva no curso da doença; início o mais precoce possível, devendo ser ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento proveniente de doença grave, especialmente, àqueles que estão no final da vida (WHO, 2002).

Embora os cuidados paliativos sejam reconhecidos como um direito humano à saúde, a OMS estima que no mundo 56,8 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos, sendo que apenas 14% dos pacientes que precisam de cuidados paliativos os recebem (WHPCA; WHO, 2020).

A OMS e a organização não governamental *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA) realizaram um estudo no qual foram apontadas a existência de três barreiras globais que devem ser superadas para atender à necessidade em cuidados paliativos nos países: 1) políticas públicas; 2) educação em cuidados paliativos e 3) acesso aos analgésicos opioides (WHPCA; WHO, 2020).

Tais barreiras seguem persistentes no Brasil, embora várias iniciativas tenham sido implementadas ao longo

dos anos em prol de uma Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Mendes (2017) aponta que

[o] Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os cuidados paliativos no âmbito do sistema de saúde do país, por meio de portarias e documentos, emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde. Contudo, existe somente um instrumento legal, Portaria MS/GM Nº 874/2013, que regulamenta os cuidados paliativos no câncer (Mendes, 2017, p. 50).

Em 2018, foi publicada a Resolução nº 41, pactuada durante a 8ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a qual dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS. Embora não tenha força de lei, ela constituiu um grande passo na construção de uma política nacional.

Em 2022, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos realizou um levantamento dos serviços de cuidados paliativos no Brasil, no qual constatou 234 serviços assistenciais em todo o país (Guirro *et al.*, 2023). A figura 1 apresenta um crescimento gradual na oferta dos cuidados paliativos no Brasil.

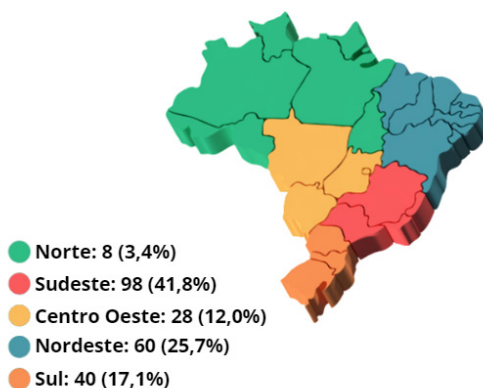
Figura 1 – Aumento de serviços de Cuidados Paliativos no Brasil



Fonte: Guirro *et al.* (2023, p. 14).

Mas, apesar deste aumento dos serviços, a cobertura no território nacional mostra-se ainda incipiente e desigual, concentrando-se majoritariamente nas regiões sul e sudeste.

Figura 2 – Distribuição de serviços por região do país



Guirro *et al.* (2023, p. 16).

Em 2023, um movimento social constituído nacionalmente, Frente PaliAtivistas, articulou-se e desenvolveu diversas ações em prol da criação de uma política pública de cuidados paliativos no Brasil, com financiamento próprio e com o desafio de pensar os cuidados paliativos dentro das necessidades da população, respeitando as diversas perspectivas e peculiaridades da territorialização brasileira. A bandeira da Frente PaliAtivistas surge da motivação

[...] em defesa do acesso aos Cuidados Paliativos em todos os níveis de atenção em saúde, desde o diagnóstico e em toda a evolução de uma doença grave, garantindo o direito à vida com dignidade até o momento da morte e apoio ao enlutado.

Defendemos a inclusão dos Cuidados Paliativos como Política de Estado e com garantia de financiamento, defendemos a desburocratização e disponibilização de medicações essenciais para o controle da dor e outros sintomas. Defendemos Cuidados Paliativos como um DIREITO HUMANO, tendo como princípios inarredáveis a VALORIZAÇÃO DA VIDA E DA DIGNIDADE HUMANA, em acordo com a Declaração de Alma-Ata, onde todas as pessoas importam e não podem ser deixadas para trás (Fripp *et al.*, 2023, p. 3).

Ainda em 2023, cabe ressaltar a atuação da Frente Paliativista na formação da I Conferência Livre Nacional de Cuidados Paliativos (CLN-CP), com o tema *Cuidados Paliativos: um direito humano – políticas públicas já!*, cuja ação contabilizou 20 propostas construídas nos grupos de trabalho e encaminhadas para a Conferência Nacional de Saúde. Na qual foi aprovada a implementação de uma PNCP integrada à RAS e com o componente de cuidado na APS através de ESF, com garantia de financiamento juntamente com todas as propostas das CLN-CP (Fripp *et al.*, 2023).

Após esse marco para os cuidados paliativos brasileiros, em 2024, foi aprovada a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que institui a PNCP no âmbito do SUS.

A PNCP surge como uma luz para a implementação dos cuidados paliativos no Brasil, mas, por ser recente, não há como mensurar seu impacto, de fato, na vida de quem precisa ser assistido pelos cuidados paliativos.

Como demonstrado, existem algumas iniciativas no Brasil para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, no entanto elas são ainda desarticuladas e isoladas, além disso, estão concentradas nos principais centros urbanos, o que dificulta o acesso de grande parte da população brasileira.

Para alcançar as múltiplas dimensões que a abordagem paliativa preconiza, se faz necessária a implementação dos cuidados paliativos em toda a extensão do sistema de saúde, principalmente, fortalecendo a APS, que é a base do sistema.

Quando se trata da população que mora em favelas, sabe-se que o acesso ao sistema de saúde, por vezes, é insuficiente ou inexistente. Segundo Dantas e Micheli (2021),

[a]s situações de pobreza e vulnerabilidades vivenciadas por grande parte da população mundial, em especial pelos moradores das favelas nas periferias de grandes centros urbanos, são desafios complexos que precisam ser analisados e superados conforme a realidade de cada território, de cada povo e de cada tempo, tendo em vista que o tamanho da cidade é diretamente proporcional à exposição de suas mazelas, ou seja, quanto maior e mais populosa, mais visíveis se tornam suas carências (Dantas; Micheli, 2021, p. 2770).

Segundo pesquisa divulgada em maio de 2023 do Instituto Data Favela, 68% dos moradores de favelas brasileiras não conseguem acessar serviços de saúde. Além disso, os entrevistados apontaram entraves com os serviços de saúde, como: atendimento precário; demora para fazer exames; falta de médicos e equipamentos, bem como dificuldades para chegar às UBS (Freire, 2023).

Dantas e Micheli (2021) referem que, mesmo com dificuldade de acesso a bens básicos, a favela é espaço fecundo, onde há um sentimento de pertencimento, solidariedade e resistência em seus moradores. De posse disso, a Comu-

nidade Compassiva é um campo fértil para atender aos princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

Comunidade Compassiva

Faz-se necessário, no entanto, expandir os cuidados paliativos para além dos serviços de internação, ambulatorio, assistência domiciliar, instituições de longa permanência com a finalidade de alcançar as pessoas que deles necessitam. Segundo Mesquita *et al.* (2023, p. 2) “[...] às características das diferentes condições ameaçadoras da vida, por vezes, as pessoas nem sempre requerem cuidados que exigem hospitalização, mas necessitam que certos cuidados sejam oferecidos por profissionais de saúde capacitados em seus domicílios.”

Diante dessa necessidade, emerge o desenvolvimento comunitário, no qual a própria comunidade se organiza com o objetivo de auxiliar as pessoas de sua localidade que vivem com doenças que ameaçam a vida, incluindo a dos familiares e a dos cuidadores no centro do cuidado.

A Comunidade Compassiva tem foco no fortalecimento das relações de ajuda mútua, na capacidade dos cidadãos de participarem ativamente no desenvolvimento de suas comunidades e na criação de conexões sociais. Trata-se de uma proposta que mobiliza vários atores, como pacientes, familiares, vizinhos e cidadãos, indo além do sistema profissional de saúde — serviços locais de educação; organizações comunitárias, grupos espirituais, entre outros —, incentivando ainda a criação de parcerias para apoiar o

desenvolvimento de capacidades comunitárias e a resiliência em questões relacionadas ao adoecimento, à morte e ao luto, muitas vezes, com foco nas desigualdades na saúde, na diversidade e na inclusão social (Kellehear, 2013).

O termo Comunidade Compassiva, cunhado por Allan Kellehear, sociólogo e médico de Saúde Pública, deriva do conceito de *ciudades saudáveis* ou *comunidades saudáveis* estabelecido pela OMS, ancorado no trabalho da Carta de Ottawa, porém com uma nova proposta de entender a Saúde Pública que transcende a ausência de doença e que coloca a participação social como um dos seus pilares. Nesse sentido, a proposta de Comunidade Compassiva coaduna perfeitamente com os princípios dos cuidados paliativos (Kellehear, 2013).

Como ações fundamentais nas Comunidades Compassivas, Kellehear (2013) propõe a informação e a elaboração de políticas para a saúde, incluindo aspectos sobre o morrer e a morte, bem como a efetivação das diretrizes estabelecidas pela Carta de Ottawa: 1) defesa da saúde; 2) capacitação; 3) mediação; 4) políticas públicas saudáveis; 5) ambientes favoráveis; 6) ações comunitárias; 7) desenvolvimento de habilidades pessoais; 8) reorientação dos serviços de saúde.

As principais contribuições das Comunidades Compassivas são normalizar a morte, o morrer e o luto por meio da alfabetização sobre a morte, ao mesmo tempo em que constroem capacidade de cuidado sustentável e baseada em rede (desenvolvimento comunitário) para

promover a equidade no acesso aos cuidados de fim de vida (Mills, 2024, p. 104, tradução nossa).

As Comunidades Compassivas são uma realidade em vários países (Dumont *et al.*, 2022). No Brasil, a iniciativa da Comunidade Compassiva surge em 2019, impulsionada pelo enfermeiro e professor da Universidade Federal de São João del-Rei, em Minas Gerais, Alexandre Ernesto Silva, inicialmente nas favelas da Rocinha e Vidigal, ambas no Rio de Janeiro (Mesquita *et al.*, 2023).

No Brasil, até dezembro de 2024, essa estratégia foi implementada ou estava em fase de implementação nos seguintes estados: Rio de Janeiro (Favelas Compassivas da Rocinha — a primeira Comunidade Compassiva do Brasil —, Vidigal, Morro dos Macacos — em fase de implementação), de MG (Cabana Compassiva e Betim Compassiva), Goiás (Goiânia Compassiva); São Paulo (Heliópolis Compassiva); Rio Grande do Norte (Barrocas Compassiva); Fortaleza (Fortaleza Compassiva); Distrito Federal (Sol Nascente); Salvador/BA (Candeal) e, futuramente, será implantada mais uma na favela de Manguinhos no Rio de Janeiro.

Uma questão que se destaca nesse contexto é que as favelas, ao longo de sua história, já desenvolvem ações de ajuda mútua, assim, as ações desencadeadas pela Comunidade Compassiva ampliam o olhar da saúde, impulsionando redes de apoio para assistir pessoas com doenças crônicas progressivas.

A despeito de todo histórico de estigmas, estereótipos e de muitas políticas públicas configuradas num formato clientelístico e/ou tutelador, os moradores das favelas cariocas têm demonstrado, diante dos cenários de supressão de direitos, uma capacidade organizacional importante. A resiliência, tal como apregoada por organismos internacionais, há tempos se configura como fenômeno presente nesses territórios, manifestada em ações de solidariedade, reivindicação e organização sócio-política, além de um vasto cabedal de ações de geração de renda (Fernandes; Lima, 2020).

Em um país altamente desigual como o Brasil, tanto em dimensões socioeconômicas quanto em questões raciais interseccionalizadas, atravessando classe, gênero, sexualidade, território, entre outros marcadores sociais, torna-se premente a necessidade de uma rede de apoio que auxilie a população no acesso aos serviços de saúde, sem eximir do Estado sua responsabilidade de garantir o direito fundamental à saúde. Sendo assim, as Comunidades Compassivas podem ser um elo importante entre o sistema de saúde, a sociedade e a rede de suporte para pessoas com doenças ameaçadoras da vida e seus familiares (Mills, 2024). Auxiliando “as pessoas do território a se enxergarem como pessoas que fazem parte da sociedade, dignas de usufruírem de tudo o que o Sistema tem a ofe-

recer como direito e não como favor” (Avila; Silva, 2023, p. 26-27).

Em uma visão ampliada de saúde, a PNCP inseriu no seu bojo o incentivo e apoio ao desenvolvimento de Comunidades Compassivas, o que fortalece o papel das comunidades como articuladoras no território, promovendo uma rede de cuidado e suporte que transcende os serviços de saúde tradicionais e se integra ao tecido social de maneira orgânica (Brasil, 2024).

Considerações finais

Não se pode ignorar o quanto a violência implica a garantia do direito à saúde, pois, além de serem vítimas da criminalidade com maior frequência, os moradores de favelas sofrem também com o impedimento de acesso a serviços.

Embora o SUS em seus princípios fundamentais englobe o acesso universal, integral e equitativo, muitas pessoas têm dificuldade de acessar o sistema ou acessam tardiamente.

Ao analisar o princípio da integralidade no SUS, que considera as pessoas de forma holística, como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, é indispensável a integração de ações, desde a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. A integralidade requer uma colaboração entre diferentes setores para melhorar a saúde e o bem-estar da população, reconhecendo que a saúde é influenciada por diversos fatores sociais, econômicos e ambientais, e portanto, requer uma abordagem holística (Brasil, 2024; MS, [s. d.]). Percebe-se que tanto

o conceito de cuidados paliativos quanto o de Comunidade Compassiva coadunam com o princípio da integralidade.

As Comunidades Compassivas podem ser uma estratégia de resiliência para o sistema de saúde que sofre constantemente com o desmonte.

Referências

AVILA, C.; SILVA, H. (org.). **Cartilha Saúde na Favela numa Perspectiva Antirracista**. Rio de Janeiro: Movimento Negro Unificado, Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://fiocruz.br/documento/2023/12/cartilha-saude-na-favela-numa-perspectiva-antirracista>. Acesso em: 05 fev. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS N° 3.681, de 7 de maio de 2024. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 98, p. 215, 7 mai. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Brasil 2050**: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: Coordenação Edições Câmara, 2017. (Edições Câmara).

DANTAS, J. G. T.; MICHELI, D. de. A favela onde moro: o território sob a perspectiva dos jovens. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2769–2782, jul. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021267.07552021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/k9LtzBmFfsBYZ6LJn3qBSmF/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 22 mai. 2025.

DUMONT, K.; MARCOUX, I.; WARREN, É.; ALEM, F.; ALVAR, B.; BALLU, G.; BOSTOCK, A.; COHEN, S. R.; DANEAULT, S.; DUBÉ, V.; HOULE, J.; MINYAOU, A.; ROULY, G.; WEIL, D.; KELLEHEAR, A.; BOIVIN, A. How compassionate communities are implemented and evaluated in practice: a scoping review. **BMC Palliative Care**, v. 21, n. 1, p. 131, dez. 2022. DOI: 10.1186/s12904-022-

01021-3 . Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-01021-3>. Acesso em: 12 mai. 2023.

FERNANDES, T.; LIMA, A. Covid-19 em favelas: vulnerabilidades sociais e auto-organização em Manguinhos. **Agência Fiocruz de Notícias**, [S. l.], Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/covid-19-em-favelas-vulnerabilidades-sociais-e-auto-organizacao-em-manguinhos>. Acesso em: 17 ago. 2023.

FREIRE, L. Plano Integrado de Saúde nas Favelas RJ inclui ações sociais para promoção da qualidade de vida. **IG Saúde**, [S. l.], 7 set. 2023. Disponível em: <https://saude.ig.com.br/2023-09-07/saude-favela-rio-de-janeiro.html>. Acesso em: 07 set. 2023.

FRIPP, J.; SALMAN, S.; SALMAN, A.; SALMAN, M. **Paliativista Frente de Cuidados Paliativos pelo Brasil** – relatório consolidado 2023. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: <https://linktr.ee/FrentePaliATIVISTAS>. Acesso em: 02 fev. 2024.

GUIRRO, Ú. B. do P.; CASTILHO, R. K.; CRISPIM, D.; LUCENA, N. C. de. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2023. Disponível em: <https://paliativo.org.br/academia-nacional-de-cuidados-paliativos-lanca-dados-ineditos-sobre-os-cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 19 dez. 2023.

KELLEHEAR, A. Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. **QJM**, v. 106, n. 12, p. 1071–1075, 1 dez. 2013. DOI: 10.1093/qjmed/hct200. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24082152/>. Acesso em: 12 mai. 2023.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. D. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 39, n. 106, p. 881–892, set. 2015.

MENDES, E. C. **Cuidados Paliativos e Câncer**: Uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania. 2017. 266 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio

de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24828/ve_Ernani_Mendes_ENSP_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 15 fev 2020.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C.; SANTOS, A. P. M. B. Cuidados paliativos no Brasil – discutindo o conceito. **Cad. Saúde**, v. 10, n. 2, p. 55–64, 2018. DOI: 10.34632/cadernosdesaude.2018.6777. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/6777>. Acesso em: 02 jun. 2018.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

MESQUITA, M. G. R.; SILVA, A. E.; COELHO, L. P.; MARTINS, M. R.; SOUZA, M. T.; TROTTE, L, A, C. Comunidade compassiva de favela: ampliando o acesso aos cuidados paliativos no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 57, p. e20220432, 2023. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0432pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Vq6km5zqRKNFK4JSCzzW3Jh/?lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MILLS, J.; ABEL, J.; KELLEHEAR, A.; NOONAN, K.; BOLLIG, G.; GRINDOD, A.; HAMZAH, E.; HABERECHEIT, J. The role and contribution of compassionate communities. **Lancet Public Health**, v. 404, July 13, 2024. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2823%2902269-9>. Acesso em: 26 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 24 jul. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 06 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>. Acesso em: 18 set. 2022.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (EIU). **The 2015 Quality of Death Index: ranking palliative care across the world.** Lien Foundation, Singaporean Philanthropic Organisation, 2015. Disponível em: https://maisonstraphael.org/wp-content/uploads/2016/02/The_Economist_Quality_of_Death_Index_October_2015_Part1.pdf. Acesso em: 06 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (org.). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WHPCA); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas of Palliative Care.** 2020. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3). Acesso em: 06 mar. 2023.