

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A DEMANDA POR CUIDADOS PALIATIVOS

Population aging and the demand for Palliative Care

Márcio Niemeyer-Guimarães¹

¹Docente do Curso de Graduação em Medicina do Unifeso – Teresópolis – RJ – BR, Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva ENSP-Fiocruz. Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Resumo

As doenças graves com risco de vida são um desafio expressivo para as sociedades e os sistemas de saúde, em especial pelo avanço que a biomedicina proporcionou no último século, modificando e estendendo a expectativa de vida, a chamada *revolução da longevidade*. Refletir sobre tais questões com perspectivas futuras é essencial para a promoção de políticas com foco no alívio do sofrimento relacionado às condições crônicas de saúde, na promoção da abordagem em cuidados paliativos e na prevenção da sobrecarga dos sistemas de saúde. O objetivo é ressaltar a carga global dos problemas relacionados à saúde nessas condições de doenças graves e incuráveis, a demanda não atendida por cuidados paliativos atual e para o futuro próximo, especialmente nos idosos com condições crônicas e multimorbidade.

Palavras-chave: Envelhecimento; Doenças crônicas; Cuidados paliativos.

Abstract

Serious life-threatening illnesses are a significant challenge for society and health systems, in particular as biomedicine has advanced over the last century, changing and extending life expectancy, the so-called *longevity revolution*. Reflecting on these issues with future perspectives is essential for the promotion of policies focusing on the alleviation of suffering related to chronic health conditions, the promotion of the palliative care approach and the prevention of health system overload. The objective is to highlight the global burden of health-related problems in these conditions of serious and incurable diseases, the unmet demand on palliative care for current and in the near future, especially in the elderly with chronic conditions and multimorbidity.

Keywords: Aging; Chronic diseases; Palliative care.

INTRODUÇÃO

A medicina moderna mantém sua busca incansável pela extensão da vida, sem ponderar as consequências do sucesso ou a melhor maneira de perseguí-lo. Dessa forma, o foco atual da maior parte da medicina moderna concentra-se nas doenças crônicas fatais relacionadas à idade, da mesma forma que as doenças infecciosas foram enfrentadas há mais de um século. Embora tenha havido alguns sucessos, uma maior extensão da vida em um mundo num processo de envelhecimento exporá a população salva a um risco elevado para todas as outras doenças relacionadas ao envelhecimento. Quando a saúde coletiva surgiu, no final do século XIX, o que incluiu o saneamento básico, a mortalidade precoce declinou dramaticamente pela rápida mudança na distribuição da morte de pessoas mais jovens para as mais velhas (primeira metade do século XX). Desde então, o declínio das taxas de mortalidade nas idades média e avançada levou à sobrevivência a idades cada vez mais velhas. Como resultado, cerca de 96% das crianças nascidas hoje em países desenvolvidos terão 50 anos ou mais, mais de 84% sobreviverão aos 65 anos ou mais, e 75% a 77% de todas as mortes ocorrerão previsivelmente entre 65 e 95 anos (HUMAN MORTALITY DATABASE, 2018). Com isso, estamos diante da primeira *revolução da longevidade*: o aumento de 30 anos na expectativa de vida ao nascer nos últimos 100 anos como uma das maiores conquistas da humanidade (OLSHANSKY, 2018).

O acesso aos cuidados paliativos é um desafio emergente e uma prioridade para a saúde coletiva, crucial para a saúde global. Pacientes com doenças graves, além de sofrerem uma carga significativa com relação à qualidade de sua vida, há ainda uma sobrecarga de cuidados por cuidadores *informais*, geralmente familiares, com elevada prevalência de distúrbios psiquiátricos, como ansiedade e depressão, e, além, com elevados custos associados à sociedade. Um componente essencial de qualquer sistema de saúde de qualidade, com potencial para gerar benefícios econômicos, será melhorar a saúde, evitando doenças na população geral, apesar de não poder ser totalmente possível a qualquer plano ou sistema de saúde no mundo. Por outro lado, tem-se aumentado a evidência, tanto em países de alta, como de média e baixa renda, de que o investimento em serviços de *cuidados paliativos* pode aliviar o sofrimento de pacientes e familiares e economizar dinheiro para os sistemas de saúde e a sociedade como um todo. Isto se deve ao fato de que os cuidados paliativos podem ser prestados a um custo menor do que outras alternativas, e com resultados mais favoráveis relatados pelos pacientes/familiares. Várias intervenções de baixa complexidade podem melhorar a qualidade do cuidado e a satisfação dos familiares com o processo de adoecimento e nas condições de multimorbidade. Por exemplo, permitir que os membros da família tenham orientação, participem e ajudem a fornecer cuidados físicos diretos ao paciente – estudos qualitativos mostraram que os membros da família apreciaram essa oportunidade de cuidar de seus filhos, e os membros da família também ficaram mais satisfeitos quando receberam apoio espiritual (CHALKIDOU, 2014; SULLIVAN, 2019; GANZ, 2019).

O artigo propõe-se a ressaltar a carga global dos problemas relacionados à saúde nas condições de doenças graves e incuráveis, associada à demanda não atendida por *cuidados paliativos* atual e para o futuro próximo, especialmente nos idosos com condições crônicas e multimorbidade.

Envelhecimento populacional

O envelhecimento é um fator de risco importante para várias doenças crônicas, incluindo câncer, condições cardiovasculares e neurodegenerativas, como as doenças de Alzheimer e Parkinson, que requerem cuidados prolongados a longo prazo – as maiores causas de óbito. Muitos países têm enfrentado gastos crescentes com a assistência médica, com as deficiências da força de trabalho de assistência a idosos [despreparo e informalidade] e necessidades de assistência associadas ao envelhecimento, incapacidade e com várias condições coexistentes [especificidades no cuidado]. As análises de adaptação da sociedade ao envelhecimento em vários domínios – como produtividade, bem-estar, segurança econômica e equidade – indicam que poucos países de alta renda estão preparados para enfrentar os desafios do envelhecimento da população. E, no caso dos países de baixa renda, com as mesmas tendências demográficas, estes são ainda menos preparados. A *Organização das Nações Unidas*, a *Organização Mundial da Saúde*, o *Fórum Econômico Mundial* e a *Global Age Watch* identificaram a **preparação financeira, social e científica** para o **envelhecimento da população** como um imperativo global (CHEN, 2018).

A perspectiva do aumento considerável na proporção da população mundial com idade superior a 65 anos tem levado ao crescimento do número de idosos que vão morrer com a idade avançada. Muitos dessa população vão viver com fragilidade – ou *gerastenia*, síndrome clínica definida e fenótipo que expressa a falta de capacidade adaptativa do organismo prevalentes entre indivíduos com 70 anos ou mais (SONG, 2010; STRANDBERG, 2019), e/ou em condições com comprometimento cognitivo, como a demência, além de muitas outras doenças oncológicas e/ou outras diversas condições crônicas, como as insuficiências ou falências orgânicas. A necessidade por cuidados paliativos especializados será uma demanda exponencial para esses idosos, e, como mencionado, com as devidas implicações clínicas, sociais e econômico-financeiras envolvidas em todo o processo, mais dramáticas para os países cuja economia se caracteriza por baixo a médio rendimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Paradoxalmente, a partir da segunda metade do século XX, a morte que ocorria nos domicílios deixa de acontecer junto dos familiares, e passa a ser um evento só, entre estranhos nos hospitais, muitas vezes alegando-se razões de insalubridade, mas o que de fato representa a falta de condições psicológicas que permita vivenciar esta situação (GONÇALVES, 2017). Nos EUA e na Europa, os pacientes que se encontram no fim de suas vidas gastam quantias elevadas de dinheiro pelos seus cuidados à saúde, e que provavelmente não escolheram e decidiram por eles mesmos, e

também que o sistema de saúde desses países não poderia pagar por eles. Oitenta por cento dos americanos prefeririam cuidados de fim de vida menos agressivos, evitando-se, em especial, o ciclo terminal da hospitalização, e também gostariam de morrer em suas casas, evitando a admissão em UTI (THE DARTMOUTH ATLAS OF HEALTH CARE, 2015). Porém, mesmo tendo manifestado vontade em falecer em casa, 55% dos pacientes tiveram a autonomia destituída e morreram no hospital (THE DARTMOUTH ATLAS OF HEALTH CARE, 2018).

Atualmente, 617 milhões de pessoas têm 65 anos ou mais, e até 2050, o número provavelmente atingirá 1,6 bilhão. Ou seja, uma proporção correspondente a aproximadamente 20% da população mundial, sendo que a população dos “idosos mais velhos” ou ‘muito idosos’, com idade superior a 80 anos, mais que triplicará, passando de 126 para 447 milhões (HE, 2016). Assim, considerando questões relacionadas à saúde coletiva, pode-se considerar que o desenvolvimento socioeconômico, a educação e os cuidados com a saúde impulsionaram tais resultados dramáticos. Por outro lado, esse triunfo apresentará alguns desafios, que poderão ser vistos também como oportunidades. Este crescimento rápido da população idosa vem criando sociedades ‘*envelhecidas*’, onde os idosos superam os jovens. As principais instituições sociais, incluindo educação, assistência médica, trabalho e aposentadoria, economia geral, não foram projetadas para apoiar populações com essa distribuição etária antecipada. À medida que os adultos mais velhos deixam a força de trabalho e proporcionalmente menos pessoas jovens se alinham para substituí-las, as economias perdem seu equilíbrio. Os sistemas de saúde se esforçam para atender às crescentes demandas de tratamento, prestação de cuidados em casa, hospitalização (nos seus diversos níveis). As comunidades deverão se esforçar por atender às necessidades básicas de moradia, de serviços sociais e de transporte, todos adaptados para realidade desta sociedade ‘*envelhecida*’. Como resultado, o bem-estar das pessoas mais velhas vem sendo afetado. O envelhecimento populacional compromete a todos, países de alta e baixa renda, embora os desafios específicos de cada país dependerão de seus recursos econômicos, bem como da estrutura e função de seus sistemas de assistência médica, seguro social e aposentadoria e fatores culturais, incluindo a gravidade do envelhecimento. Estas mudanças mais profundas têm ocorrido em países como Japão, entre outros especificamente na Europa e na América do Norte – países que se preocuparam em se preparar para todo este processo ao longo do último século. Em 2050, a *Organização das Nações Unidas* estima que a proporção dos idosos será representada em mais de um terço da população da Europa; aproximadamente um quarto na América do Norte, América Latina, Caribe, Ásia e Oceania; e 9% na África (HE, 2016).

Demanda por Cuidados Paliativos

O termo *pallium*, de origem do latim, significa manto ou casaco, usado à época pelos antigos gregos e romanos para enfrentar e se proteger do frio, associa-se à ideia de proteção e de cuidado. O termo *palliare*, também originário do latim, significa acolher, aliviar, atenuar e confortar; confunde-se historicamente com o termo *hospice* (abrigo ou hospedaria destinada a receber e cuidar de peregrinos e viajantes) da era cristã, quando tais instituições fizeram parte da disseminação do cristianismo desde o século V pela Europa (CORTES, 1988).

Em 1967, os cuidados paliativos surgiram oficialmente como área distinta da saúde no Reino Unido, com a fundação do primeiro *Hospice St. Christopher*, cujo objetivo era oferecer atenção ao paciente com doenças terminais. Fundado por *Dame Cicely Saunders* (enfermeira, assistente social e médica), pioneira do moderno movimento *hospice*, foi quem desenvolveu o conceito de dor total ao se dedicar ao cuidado compassivo, que incluía as dimensões física, social, emocional e espiritual da dor, além do controle de outros sintomas, dando o caráter reivindicatório de assistência global ou holística. Os cuidados paliativos surgiram da sua percepção de que os cuidados oferecidos aos pacientes que estavam morrendo nos hospitais eram inadequados e insuficientes, pelo simples fato de que são mais do que apenas pacientes com sintomas a serem controlados (CICELY SAUNDERS INTERNATIONAL, 2018; FLORIANI & SCHRAMM, 2010). A partir daí, expandiram em programas de *hospice* em países de língua inglesa e no hemisfério norte e, desde então, em diversos países, variando na sua estruturação e de acordo com suas políticas de saúde. Em 1987, o Reino Unido é o primeiro país a reconhecer os cuidados paliativos como especialidade médica, seguido de outros países na Europa,

América do Norte e Austrália (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). A necessidade por cuidados paliativos nunca foi tão grande no mundo e, no Brasil, também está crescendo em passos rápidos por conta do envelhecimento populacional, do aumento do câncer e de outras doenças não-comunicantes (IBGE, 2018). Mas, apesar da necessidade, os cuidados paliativos continuam atrasados no seu desenvolvimento na maior parte do mundo, assim como o seu acesso com qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde recomenda os cuidados paliativos como parte integrante do cuidado ao paciente com câncer e define seus conceitos e princípios. Estes foram revistos e expandidos em 2002, incluindo a necessidade de estender os cuidados paliativos para outras condições crônicas e doenças degenerativas, como as doenças associadas ao vírus da imunodeficiência humana adquirida, as insuficiências orgânicas como a doença pulmonar obstrutiva crônica, a insuficiência hepática, cardíaca ou renal, as doenças neurodegenerativas, como as demências, Parkinson, entre outras. Diante de um cenário de doenças incuráveis e que ameacem a vida, os cuidados paliativos promovem uma abordagem da assistência para a prevenção e o alívio impecável do sofrimento, aprimorando a qualidade de vida dos pacientes, adultos, crianças e de suas famílias, por meio de identificação precoce dos sintomas, avaliação correta e tratamento adequado da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Cuidar requer uma atitude de abrangência, além de um momento de atenção, zelo ou desvelo: deve ser uma atitude de conquista, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Desta forma, o cuidado surge da importância da existência de outra pessoa para quem cuida, para quem se dedica a essa pessoa e participa de sua vida, nos sucessos e nos sofrimentos (BOFF, 2012). Qualquer pessoa com doença grave deveria ser examinada quanto a necessidades não atendidas, sejam determinados aspectos práticos do atendimento holístico, sejam os problemas físicos com sintomas graves, os problemas sociais e/ou psicológicos, como também as questões espirituais (existenciais). Se isso condiciona a formação de uma equipe interdisciplinar, nem sempre é certo. Por outro lado, algumas pessoas com doenças graves podem estar sendo atendidas em suas necessidades, e seu médico de atenção primária (generalista) ou especialista para um tratamento específico pode ser capaz de coordenar isso com certa facilidade. Eles estão fornecendo as competências dos cuidados paliativos, mas podem nem perceber isso. Porém, outros médicos e profissionais de saúde que atendem tais doentes com condições graves vão precisar de uma estrutura mais formal para capturar esses diferentes aspectos (ABBASI, 2019).

Latanya Sweeney et al. (2007) descreveram que os pacientes que estão sob cuidados paliativos frequentam 30% menos os serviços de emergência, da mesma forma que são menos admitidos no hospital (28%), podendo ter um aumento na expectativa de vida em até dois anos. Neste modelo de cuidados paliativos, os gastos por paciente/mês foram menores que US\$ 18.000,00, em comparação com um modelo de cuidado curativo (SWEENEY, 2007). Em outro estudo, pacientes que receberam cuidados paliativos em comparação com um modelo de cuidado regular apresentaram menos depressão (58%), receberam cuidados de fim de vida menos agressivos (39%) e ainda tiveram média de sobrevivência maior em vários meses (TEMEL, 2010). O artigo de *Sprung* et al. (2019) demonstra uma visão evolutiva sobre a prestação de cuidados no final da vida a pacientes críticos durante um período de 15 anos: um estudo observacional (*Ethicus-2*), realizado em 2015-2016 em 22 UTIs médicas e cirúrgicas de 14 países europeus que participaram de um estudo semelhante realizado em 1999-2000 (*Ethicus-1*). Para as mudanças na prestação de cuidados que poderiam ter influenciado as alterações observadas ao longo do tempo, os autores solicitaram aos representantes seniores da UTI que fornecessem informações sobre a estrutura organizacional de sua UTI, bem como a presença de 12 “práticas éticas” diferentes. A maioria (87,3%) dos falecidos possuía limitações de tratamento, ou seja, necessidade de decisões médicas complexas no final da vida, o que se tornou mais amplamente aceita. Em 2015, as UTIs participantes tiveram maior probabilidade de ter *elementos fundamentais de cuidados paliativos e de final de vida* descritos pelos autores como “práticas éticas”: reuniões familiares mais frequentes, deliberação diária sobre a adequação dos cuidados, discussões regulares sobre o fim da vida, disponibilidade dos especialistas em cuidados paliativos e consultas sobre ética e treinamento em

comunicação e bioética para os médicos da UTI. Embora nem todas as tendências tenham sido estatisticamente significativas, os aumentos nesses fatores potencialmente explicativos foram consistentes nas UTIs em todas as regiões. Assim, nessas 22 UTIs, as práticas de cuidados em fim de vida parecem ter melhorado nos últimos 15 anos (SPRUNG, 2019).

Com isso, a proposta dos cuidados paliativos geriátricos é desafiadora diante deste cenário de revolução da longevidade. O paciente idoso tem as suas especificidades pelas alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, as apresentações atípicas das doenças, a dependência de uma variedade de profissionais da área de saúde, em um *continuum* nos vários níveis de atenção à saúde. O cuidado a esses pacientes depende de um esforço complexo, com questões médicas, sociais e psicológicas específicas, que poderão ser respondidas adequadamente por uma abordagem interdisciplinar com foco no paciente e centralizada nos seus valores e interesses legítimos (CHAI, 2014). Idosos com múltiplas condições crônicas variam em seus objetivos de resultados de saúde e suas preferências de cuidados, principalmente quando confrontados com os tipos de compensações que terão, ou não. O efeito cumulativo de se prevenir ou tratar cada doença, os fatores de risco envolvidos e as queixas específicas de saúde/doença geralmente resultam em sobrecarga do tratamento. Assim, a tomada de decisão para indivíduos com tais múltiplas condições crônicas deve envolver a consideração explícita de uma variedade de opções de cuidados, de acordo com as vantagens e as desvantagens entre as escolhas determinadas para os objetivos específicos dos resultados esperados para o estado de saúde dos idosos e, em especial, pelas suas preferências de cuidados à saúde (BOYD, 2019).

CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos geriátricos são uma oportunidade de oferecer, em todo este *continuum* de doença, a melhor qualidade de vida, no empenho de facilitar o exercício da autonomia do paciente, preservando seus desejos e valores e ampliando o acesso à informação e as suas escolhas. O pilar será sempre uma avaliação multidimensional, com identificação precoce dos problemas físicos, cognitivos ou psicossociais, que permitirá planejar, de forma oportuna e apropriada, as intervenções para manter e aprimorar o estado funcional, tratar e aliviar os sintomas como a dor ou a depressão, prevenindo as complicações. Sem dúvida, o desenvolvimento de políticas que promovam a abordagem em cuidados paliativos favorece a redução dos riscos associados às doenças crônicas, como a dependência funcional e as hospitalizações desnecessárias, benefícios claros para os sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

ABBASI, J. New Guidelines Aim to Expand Palliative Care Beyond Specialists. *JAMA* v. 322, n. 3, p. 193-195, 2019.

BOFF, L. *Saber cuidar, ética do humano*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.

BOYD, C. SMITH, C.D. MASOUDI, F.A. BLAUM, C.S. DODSON, J.A. GREEN, A.R. KELLEY, A. MATLOCK, D. OUELLET, J. RICH, M.W. SCHOENBORN, N.L. TINETTI, M.E. Decision making for older adults with multiple chronic conditions: executive summary for the American Geriatrics Society guiding principles on the care of older adults with multimorbidity. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 67, n. 4, p. 665–673, 2019.

CHAI, E. MEIER, D. MORRIS, J. GOLDBIRSH, S. *Geriatric Palliative Care – a practical guide for clinicians*. New York: Oxford University Press; 2014.

CHALKIDOU, K. MARQUEZ, P. DHILLON, P.K. TEERAWATANANON, Y. ANOTHAISINTAWEE, T. GADELHA, C.A. SULLIVAN, R. Evidence-informed frameworks for cost-effective cancer care and prevention in low, middle, and high income countries. *The Lancet Oncology*, v. 15, n. 3, p. e119–131, 2014.

CHEN, C. GOLDMAN D.P. ZISSIMOPOULOS, J. ROWE, J.W. and Research Network on an Aging Society. Multidimensional comparison of countries' adaptation to societal aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States*, v. 115, n. 37, p. 9169–9174, 2018.

CICELY SAUNDERS INTERNATIONAL. *Dame Cicely Saunders Biography*. Disponível em: <https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders/st-christophers-hospice>. Acesso em 10 setembro 2019.

CORTES, C.C. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. In MARCOS, G.S. (org.) *Cuidados paliativos y intervención psicosocial en enfermos de cancer* [p. 17–21]. Las Palmas : ICEPS, 1988.

FLORIANI, C. SCHRAMM, F.R. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos *hospices* modernos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, supl. 1, p. 165–180, 2010.

GANZ, F.D. Improving family intensive care unit experiences at the end of life: barriers and facilitators. *Critical Care Nurse*, v. 39, n. 3, p. 52–58, 2019.

GONÇALVES, A.M. *Reanimar? – Histórias de Bioética em Cuidados Intensivos*. Porto: Modo de Ler – Centro Literário Marinho, Lda., 2017.

HE, W. GOODKIND, D. KOWAL, P. *United States Census Bureau International Population Reports – An Aging World: 2015*. Report no. P95/16-1. Washington, DC: Government Publishing Office, 2016. Disponível em:

<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>

Acesso em 10 novembro 2019.

HUMAN MORTALITY DATABASE. Disponível em: <https://www.mortality.org>. Acesso em 04 novembro 2019.

IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. *Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 8 novembro 2019.

OLSHANSKY, S.J. From lifespan to healthspan. *JAMA*, v. 320, n. 13, p. 1323–1324, 2018.

SPRUNG, C.L. RICOU, B. HARTOG, C.S. MAIA, P. MENTZELOPOULOS, S.D. WEISS, M. LEVIN, P.D. GALARZA, L. DE LA GUARDIA, V. SCHEFOLD, J.C. BARAS, M. JOYNT, G.M. BÜLOW, H-H. NAKOS, G. CERNY, V. MARSCH, S. GIRBES, A.R. INGELS, C. MISKOLCI, O. LEDOUX, D. MULLICK, S. BOCCI, M.G. GIEDSTED, A.R. ESTÉBANEZ, B. NATES, J.L. LESIEUR, O. SREEDHARAN, R. GIANNINI, A.M. FUCIÑOS, L.C. DANBURY, C.M. MICHALSEN, A. SOLIMAN, I.W. ESTELLA, A. AVIDAN, A. Changes in end-of-life practices in European intensive care units from 1999 to 2016. *JAMA*, v. 322, n. 17, p. 1692–1704, 2019.

SONG, X. MITNISKI, A. ROCKWOOD, K. Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 58, n. 4, p. 681–687, 2010.

STRANDBERG, T.E. CEDERHOLM, T. EKDAHL, A. From frailty to gerastenia. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 67, n. 10, p. 2209–2210, 2019.

SULLIVAN, D.R. CHAN, B. LAPIDUS, J.A. GANZINI, L. HANSEN, L. CARNEY, P.A. FROMME, E.K. MARINO, M. GOLDEN, S.E. VRANAS, K.C. SLATORE, C.G. Association of early palliative care use

with survival and place of death among patients with advanced lung cancer receiving care in the Veterans Health Administration. *JAMA Oncology*. Publicado online em 19 setembro 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.3105> . Acesso em 1 novembro 2019.

SWEENEY, L. HALPERT, A. WARANOFF, J. Patient-centered management of complex patients can reduce costs without shortening life. *American Journal of Managed Care*, v. 13, n. 2, p. 84–92, 2007.

TEMEL, J.S. GREER, J.A. MUZIKANSKY, A. GALLAGHER, E.R. ADMANE, S. JACKSON, V.A. DAHLIN, C.M. BLINDERMAN, C.D. JACOBSEN, J. PIRL, W.F. BILLINGS, J.A. LYNCH T.J. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 8, 733–742, 2010.

THE DARTMOUTH ATLAS of HEALTH CARE. *End of life care: inpatient days per decedent during the last six months of life, by gender and level of care intensity*. 2015. Disponível em: <http://www.dartmouthatlas.org/data/topic/topic.aspx?cat=18>. Acesso em 3 setembro 2019.

THE DARTMOUTH ATLAS of HEALTH CARE. *End of life care*. Disponível em: <http://www.dartmouthatlas.org/keyissues/issue.aspx?con=2944>. Acesso em 3 setembro 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes*. World Health Organization, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer*. World Health Organization, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Acesso em 3 de setembro de 2019.

Contato:

Nome: Márcio Niemeyer-Guimarães

e-mail: marcioguimaraes@unifeso.edu.br