

RESULTADOS DE UM ANO DE ATIVIDADE DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL GERAL

Results of the first year of a Palliative Care Unit in a general hospital

Fernando Cesar Iwamoto Marcucci^a , Alessandra Aparecida de Jesus Moreira^b ,
Ivone Aparecida Soares Mendes^a , Jeanina Scalon Cotello^a , Júlio César Trannin de Oliveira^a ,
Kellen Litchteneker Hossette^a , Leila Marins da Silva Casú^a 

RESUMO

INTRODUÇÃO: Este estudo teve o objetivo de apresentar os resultados do primeiro ano de atendimento da Unidade de Cuidados Paliativos de um hospital geral de média complexidade. **MÉTODO:** Foram coletados dados demográficos, clínicos, *status* funcional e o número de mortes ocorridas no hospital dos pacientes internados no primeiro ano da unidade, os quais foram analisados por estatística descritiva. **RESULTADOS:** Foram atendidos 129 pacientes (140 internações e 11 reinternações), com idade média de 80 anos, e 57% eram mulheres. Em 67% das internações na unidade, os pacientes morreram, e em 32%, receberam alta. O tempo médio de internação foi de 11,1 dias e o tempo médio na Unidade de Cuidados Paliativos foi de 5,5 dias. A maioria dos pacientes tinha doenças neurológicas, como sequelas de doenças cerebrovasculares e síndromes demenciais, e baixo escore de funcionalidade. Dos óbitos ocorridos na instituição no período analisado, 59% foram na Unidade de Cuidados Paliativos, com maior proporção nas faixas etárias mais elevadas. **CONCLUSÃO:** A unidade atendeu uma demanda existente relacionada ao aumento das doenças crônicas e ao envelhecimento populacional, que necessitam de cuidados paliativos. É necessário expandir o acesso aos cuidados paliativos para pacientes internados em hospitais.

PALAVRAS-CHAVE: cuidados paliativos; hospital; unidades hospitalares; humanização da assistência.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This study aimed to report the results of a Palliative Care Unit's first year of operation in a general hospital of medium-complexity care. **METHOD:** Data on demographic and clinical characteristics, functional status, and number of in-hospital deaths were collected regarding patients admitted to the unit during its first year of operation. Descriptive statistics were used to analyze the data. **RESULTS:** In total, 129 patients were treated (140 admissions and 11 readmissions). Their mean age was 80 years, and 57% were female. Patients died in 67% of unit admissions, while in 32% they were discharged. The mean length of hospital stay was 11.1 days, and the mean length of Palliative Care Unit stay was 5.5 days. Most patients had neurological conditions, such as sequelae of cerebrovascular diseases and dementia syndromes, and low functional scores. Of all in-hospital deaths recorded in the period, 59% occurred in the Palliative Care Unit, with a higher proportion in older ages. **CONCLUSION:** The unit met an existing demand related to increased prevalence of chronic diseases and population aging, requiring palliative care services. Expanding access to palliative care is needed for patients admitted to hospitals.

KEYWORDS: palliative care; hospital; hospital units; humanization of assistance.

^aHospital Dr. Anísio Figueiredo, Secretaria de Saúde do Paraná – Londrina (PR), Brasil.

^bConsórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) – Londrina (PR), Brasil.

Dados para correspondência:

Fernando Cesar Iwamoto Marcucci – Rua Odilon Braga, 199, Conjunto Sebastião de Melo César – CEP: 86084-600 – Londrina (PR), Brasil – E-mail: fcim@msn.com

Recebido em: 28/07/2018. Aceito em: 26/10/2018

DOI: 10.5327/Z2447-211520191800045

INTRODUÇÃO

A assistência das doenças crônicas ou de condições que ameaçam a vida frequentemente necessita de suporte hospitalar, principalmente nas crises de sintomas e nas fases mais avançadas das doenças. Conseqüentemente, o hospital é o local mais frequente de ocorrência do óbito, e deve oferecer suporte adequado para os pacientes e seus familiares.¹ No entanto, apesar de recomendado, o acesso a cuidados paliativos (CP) ainda é limitado no Brasil, em particular nos serviços hospitalares.¹⁻³

Essa condição aumenta o risco de controle inadequado ou fragmentado dos sintomas físicos, sociais, psicológicos, espirituais e familiares no curso da doença, bem como a ocorrência de óbitos sem planejamento. Principalmente nas fases mais avançadas, o suporte geralmente é associado ao uso de recursos intensivos que, se não forem indicados corretamente, podem levar à distanásia, ou morte com sofrimento, pelo uso de procedimentos para prolongamento artificial de vida que não trazem qualidade para a vida do paciente.^{1,4}

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a ampliação do acesso aos CP como um componente essencial da assistência à saúde, em especial na saúde pública, no contexto atual de aumento da incidência de doenças crônicas e envelhecimento populacional, para o suporte adequado no curso de vida de pacientes com doenças que ameaçam a vida, com redução do sofrimento, controle dos sintomas, planejamento dos cuidados à saúde e atenção integral do paciente e sua família.^{4,6}

Assim, como a difusão de CP no Brasil ainda está em desenvolvimento, poucos estudos foram realizados para verificar como a aplicação de CP nos hospitais pode influenciar nesses serviços, conhecer as demandas por esse tipo de abordagem e as características clínicas dos pacientes que necessitam de assistência em CP, em particular no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, esta pesquisa teve o objetivo de apresentar os resultados do primeiro ano de funcionamento de uma Unidade de CP implantada em um hospital de média complexidade, no município de Londrina, Paraná, identificando as características demográficas e clínicas dos pacientes internados na unidade, o *status* funcional deles e a influência da implantação desse serviço na distribuição dos óbitos ocorridos na instituição.

MÉTODO

O Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Zona Norte de Londrina, é um hospital geral, sob administração pública estadual, que oferece atendimento multiprofissional de pronto-socorro, enfermarias clínica, pediátrica e cirúrgica, com

centro cirúrgico para procedimentos eletivos e de urgência de pequeno e médio porte, com o total de 118 leitos.⁷ Londrina é um município de aproximadamente 507 mil habitantes, com gestão plena do sistema de saúde municipal e cidade polo de sua regional de saúde.⁸

Em 2014, essa instituição formou uma Comissão de CP para identificar os casos associados às condições sem possibilidade de cura e com tempo reduzido de sobrevivência. Após capacitar a equipe multiprofissional e promover adequações do serviço, em maio de 2016 foi implantada uma enfermaria de cinco leitos para o atendimento exclusivo de pacientes com indicação de CP. O encaminhamento dos pacientes a essa enfermaria necessita da concordância de dois médicos: o médico assistente, que faz o pedido de consulta quando considera necessária a abordagem paliativa; e o médico da comissão, que recebe o pedido, avalia o paciente e aceita ou recusa o pedido, com suas considerações.⁷

Entre outras alterações do processo de trabalho implementado, estão:

- ampliação do tempo de visita durante todo o dia, além do suporte familiar por meio de orientação técnica, planejamento do cuidado na fase final de vida e decisão compartilhada;
- adaptação de rotinas para favorecer o controle de sintomas (uso ajustado de opioides, realização de hipodermoclise, favorecimento da dieta oral, adequação de frequência de coleta de exames ou realização de procedimentos invasivos ou desconfortáveis etc.);
- sensibilização do corpo profissional para compreensão, indicação e encaminhamento para CP;
- atendimento por profissionais com capacitação em CP.⁶

Para este estudo, realizou-se uma revisão do banco de dados de prontuário eletrônico das internações de pacientes encaminhados e internados no primeiro ano dessa unidade, de maio de 2016 a abril de 2017. Foram coletados dados demográficos (idade, sexo, estado civil), dados clínicos (doença principal limitante de vida, doenças secundárias ou associadas, *status* funcional pela Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos (EDCP) — versão em português da *Palliative Performance Scale* (PPS)), dados da internação (tempo de internação hospitalar, tempo de internação na Unidade de CP) e motivo da saída (alta, óbito ou transferência). Foi analisada a proporção de óbitos de pacientes internados na Unidade de CP em comparação com aqueles ocorridos em outros locais da instituição, com classificação por faixa etária.

Os dados foram analisados por estatística descritiva, com medidas de tendência central, medidas de dispersão e percentuais. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE nº 79540017.7.0000.8056) e autorizado pela direção da instituição.

Tabela 1 Dados de pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos, no período de maio 2016 a abril de 2017.

Sexo	n	%
Mulheres	73	56,6
Homens	56	43,4
Faixa etária (anos)		
Menor de 65	10	7,1
Entre 65 e 79	47	33,6
Maior de 80	83	59,3
Motivo de saída		
Óbito	94	67,1
Alta	45	32,2
Transferência	1	0,7
Tempo de internação na Unidade de CP (dias)		
Menos de 3	62	44,3
Entre 3 e 7	44	31,4
Maior que 7	34	24,3

CP: cuidados paliativos.

RESULTADOS

No primeiro ano de funcionamento dessa Unidade de CP, houve 140 internações, das quais 11 foram reinternações (129 pacientes). Destes, 73 (57%) eram mulheres e 56 (43%) homens. A média de idade foi de 80 anos, com desvio padrão (DP) 9,9 (média de 82 anos para mulheres e 78 para homens). Somente 10 pacientes tinham menos de 65 anos no momento de entrada no serviço.

Nessa unidade, no período analisado, os pacientes evoluíram para o óbito em 67% das internações, e 32% receberam alta hospitalar. A média do tempo total de internação foi de 11,1 dias (DP = 9,9), e o tempo médio de estadia na Unidade de CP, de 5,5 dias (DP = 5,0), sendo o maior tempo total de internação de 64 dias, e na Unidade de CP, de 25 dias. Entre os pacientes que faleceram na unidade, 47% ficaram menos de 3 dias e 31%, entre 3 e 7 dias. Outras informações estão na Tabela 1.

Em relação à doença principal limitante de vida, a maioria (54%) é decorrente de disfunções neurológicas, como sequelas de acidente vascular encefálico (AVE), doença de Alzheimer e outras síndromes demenciais. Pacientes com doenças oncológicas corresponderam a cerca de 15% dos casos, seguido de outras insuficiências de órgãos (cardiopatia, pulmonar, hepática, renal etc.). Também se verificou a ocorrência de quadros infecciosos como doença principal quando não foram identificadas outras doenças crônicas ou em fase avançada, com risco relevante para esses indivíduos idosos (Figura 1). Entre as doenças secundárias mais comuns, ou

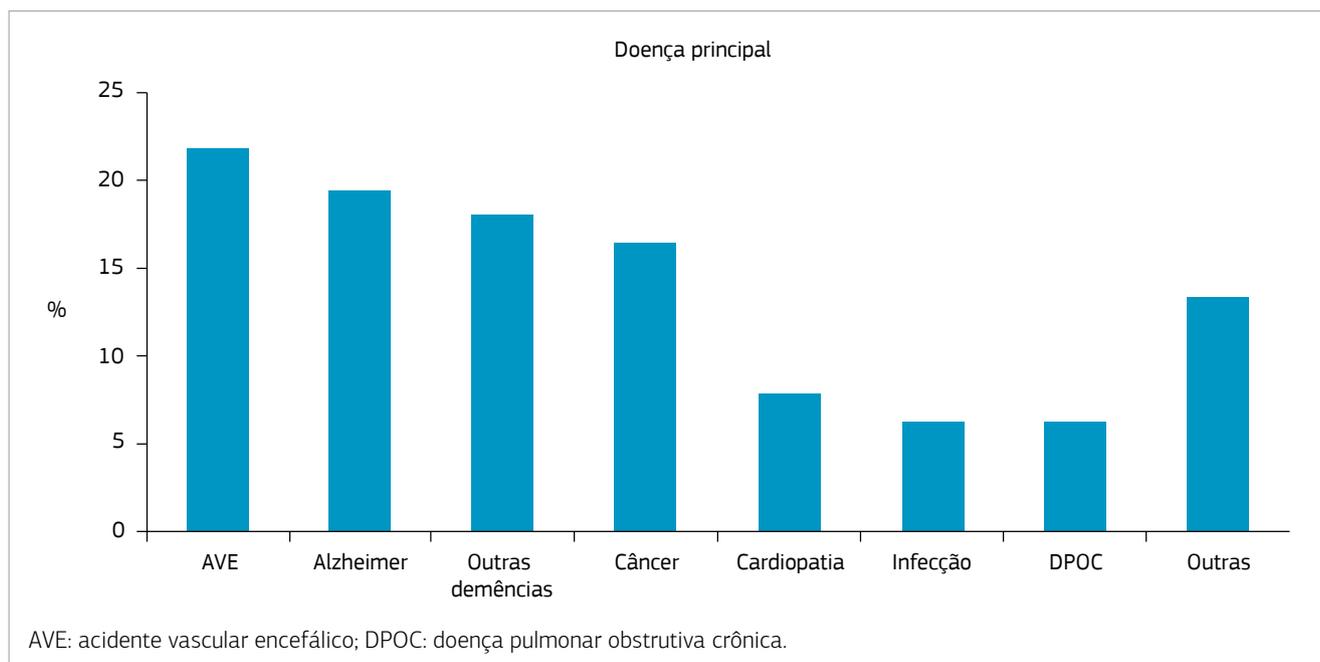


Figura 1 Distribuição das doenças principais limitantes de vida de pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos de um hospital geral.

seja, condições clínicas associadas ou oportunistas posteriores às doenças principais, foram identificadas a pneumonia, a infecção do trato urinário e as feridas.

A avaliação do *status* funcional no momento de internação na Unidade de CP, pela EDCP/PPS, indicou que todos tiveram escore igual ou abaixo de 50 pontos (maior parte do dia sentado ou deitado, sinais de doença extensa, necessidade de assistência considerável, ingesta normal ou reduzida, e nível de consciência normal ou reduzido/alterado). A maioria dos pacientes (77%) teve escore igual ou menor que 30 pontos, ou seja, totalmente acamado, com dependência completa, ingesta normal ou reduzida e possíveis alterações do nível de consciência (Figura 2).

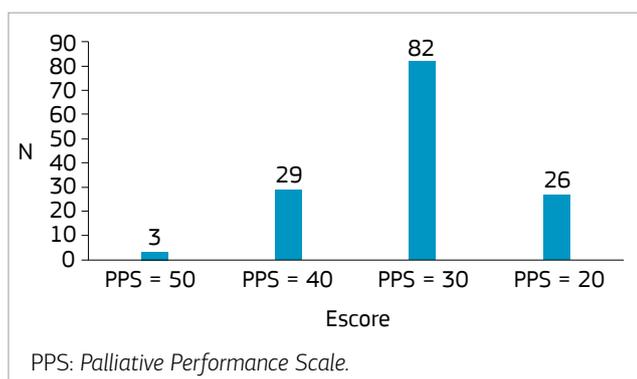


Figura 2 Distribuição do *status* funcional de pacientes internados na Unidade de Cuidados Paliativos, classificados pelo escore da Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos/Palliative Performance Scale.

No período analisado, ocorreram 160 óbitos na instituição. Comparando o número de ocorrências na Unidade de CP e em outros setores do hospital, verifica-se que 94 (59%) ocorreram na Unidade de CP e 66 (41%) em outros setores. Verificou-se também que houve maior proporção dos óbitos na Unidade de CP nas faixas etárias com idades mais elevadas, sendo que 84% destes ocorreram com pacientes com idade acima de 65 anos (Figura 3).

DISCUSSÃO

Observou-se que, no contexto de um hospital geral de média complexidade, houve demanda de atendimento em CP, particularmente para indivíduos com idade mais avançada e doenças crônicas, de maneira especial de origem neurológica. Essas condições demandam cuidados contínuos e reinternações frequentes, até o final da vida desses pacientes, e, portanto, requer preparo da instituição para lidar com as necessidades existentes nessa fase da vida dos pacientes internados e seus familiares.^{3-5,9,10} Do total de internações na unidade, 67% evoluíram com a morte do paciente e 32% dos pacientes receberam alta hospitalar, e houve 11 reinternações.

De todos os pacientes internados, 57% eram mulheres, provavelmente pela maior expectativa de vida desse grupo, e as doenças limitantes de vida mais frequentes foram as neurológicas, como sequelas de AVE, síndromes demenciais e câncer. Esse perfil foi semelhante a uma pesquisa populacional

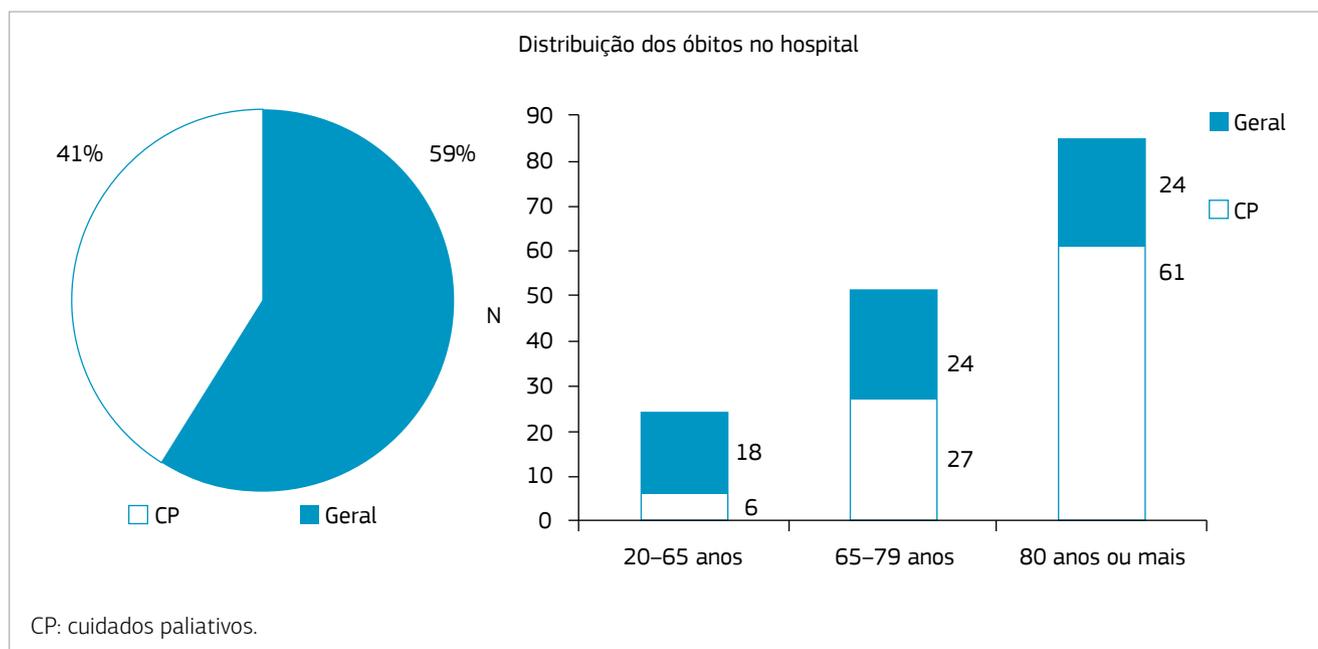


Figura 3 Distribuição da porcentagem e número de óbitos ocorridos no hospital, comparando a Unidade de Cuidados Paliativos e outros setores, e classificação por faixa etária (n = 160).

realizada na Espanha¹¹ e a um estudo brasileiro realizado em instituição de longa permanência.¹²

Poucos estudos foram encontrados no Brasil, com identificação do perfil dos pacientes em CP em hospitais gerais. Roncarati et al.,¹³ em um estudo realizado em um hospital universitário terciário, analisaram 39 pacientes com indicação de CP e verificaram média de idade de 64 anos, ou seja, uma média menor em comparação com a desta pesquisa, e uma proporção equivalente de mulheres e homens. Em relação às principais doenças limitantes de vida, houve maior frequência de pacientes com neoplasias, seguidos daqueles com sequelas de AVE e de traumatismo cranioencefálico. Essas diferenças no perfil de pacientes, em comparação com a presente pesquisa, podem ser decorrentes da inclusão de setores específicos, como as Unidades de Terapias Intensivas (UTI), presentes no hospital terciário.

Em um estudo realizado em um hospital geral de Minas Gerais, com uso de ferramenta de triagem de pacientes com indicação de CP, verificou-se que, de 231 internações, 41% (96 pacientes) tiveram indicação de necessidade de CP e houve predomínio de doenças cardíacas (32%), neurológicas (27%), respiratórias (25%) e síndromes demenciais (18%). É ao contrário da presente pesquisa, constatou-se predomínio de homens (60%) e média de idade menor (62 anos).¹⁴ Em outro estudo semelhante, realizado em um hospital universitário, de 211 pacientes internados, 27% (58 pacientes) tiveram indicação de necessidade de CP, com média de idade de 61 anos, predomínio do sexo masculino e, como doenças mais frequentes, doenças hepáticas crônicas, seguidas de doenças osteomusculares e circulatórias.¹⁵

Uma pesquisa realizada em uma Unidade de Cuidados Prolongados e Paliativos de um hospital de grande porte analisou 50 pacientes e verificou que 66% tinham mais de 61 anos, 52% eram homens e as condições clínicas limitantes de vida mais frequentes eram doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus*, doenças cerebrovasculares e outras doenças degenerativas. Nesse serviço, observou-se um tempo prolongado de internação, em comparação com a presente pesquisa, provavelmente pela característica do serviço voltado a doenças crônicas variadas e foco reabilitativo.¹⁶

Nesses estudos citados, assim como na presente pesquisa, vê-se variabilidade na distribuição das doenças mais frequentes que limitam a vida dos pacientes e que demandam suporte de CP. Nesse contexto, o acesso a serviços de CP ainda é frequentemente associado aos cuidados de pacientes com câncer, assim como é a características da maioria dos serviços atualmente disponíveis no país.^{2,3,17}

O *status* funcional é um importante indicador de sobrevida dos pacientes com indicação de CP.³ Em estudo com

pacientes internados em enfermarias de clínica médica com indicação de CP, o *status* funcional avaliado pela EDCP/PPS teve média de 50 pontos, ou seja, os pacientes tinham maior independência nas atividades de vida diária em comparação com a presente pesquisa.¹⁵ Um estudo realizado em Portugal, em um hospital universitário geral, verificou que, de 670 internações, 15% (102 pacientes) tinham necessidade de CP, dos quais a média de idade foi de 70,9 anos, com distribuição equitativa entre os sexos, 53% tinham doenças oncológicas e 47% condições não oncológicas, das quais as principais foram sequela de AVE e doenças neurodegenerativas, e 78% apresentaram escore na EDCP/PPS menor que 40 pontos.¹⁸

Na presente pesquisa, os dados sugerem que os pacientes internados na Unidade de CP foram encaminhados tardiamente para esse tipo de atenção, tendo em vista o baixo *status* funcional deles, dos quais 77% tinham escore de 30 pontos ou menos na EDCP/PPS, e cerca de 78% que morreram na Unidade de CP ficaram menos de 7 dias, ou seja, foram indicados para CP em uma fase muito avançada ou próximos da terminalidade.

Considerando essas condições, é necessária maior sensibilização dos profissionais, em particular a equipe médica, em incluir CP em fases mais precoces das doenças. A literatura científica recomenda que um escore de 50 pontos na EDCP/PPS já teria indicação de receber CP.^{3,4} Além disso, entre os princípios dos CP, destaca-se a necessidade de oferecer suporte integral para controlar os sintomas físicos, psicossociais e espirituais de forma adequada e promover o planejamento do fim de vida do paciente com sua família, para lidar com um possível processo de morte, e que não pode ser aplicado de forma ampla se o paciente for apresentado tardiamente aos CP.^{3,5}

Apesar de o suporte oferecido nas fases mais avançadas das doenças ser, predominantemente, alocado nos serviços hospitalares, ainda há limitação para a aplicação de CP no sistema público de saúde, em especial nos hospitais gerais de média e alta complexidade. A abordagem dos CP já é aplicada sistematicamente em diversos países e é recomendada pela OMS e por diversas organizações internacionais, mas ainda é uma área em desenvolvimento no Brasil.^{2,3,5,6}

Ao analisar os óbitos ocorridos na instituição no período analisado, observa-se maior predomínio na faixa etária acima dos 80 anos. Verificou-se também que, nas faixas etárias mais elevadas, aumenta a proporção de ocorrências na Unidade de CP, provavelmente pela maior frequência de pacientes com doenças crônicas em fase avançada ou com condições limitantes de vida associadas ao envelhecimento. Apesar de o óbito ser frequente no ambiente hospitalar, e ainda mais em Unidades

de CP, reforça-se que, entre os princípios fundamentais dos CP, está a afirmação da busca pela vida com qualidade e autonomia, e considerar a morte como um processo normal, sem acelerar ou adiar sua ocorrência, quando esta não é evitável.^{3,5}

O suporte assistencial no final da vida é considerado o período de maior uso de recursos terapêuticos e, conseqüentemente, de maior custo para os sistemas de saúde. Nos Estados Unidos, estima-se que 25% dos gastos com saúde são relacionados aos pacientes no último ano de vida. No Reino Unido, estima-se que cerca de 20% dos leitos hospitalares são ocupados por pacientes em cuidados no fim da vida.¹⁹ A implantação de suporte em CP nos hospitais pode favorecer o uso adequado dos recursos terapêuticos, com redução da demanda por leitos de UTI, e evitar o uso de procedimentos fúteis. Tais ações podem reduzir o custo das internações ao mesmo tempo em que atua positivamente na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares.^{1,19-21}

No Brasil, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em setembro de 2018, havia 179 serviços de CP cadastrados no país, dos quais 12 eram no Paraná, sendo 2 no município de realização da presente pesquisa (um em hospital especializado em oncologia e outro na unidade pesquisada).¹⁷ Como comparação, nos Estados Unidos, em 2015, 67% dos hospitais com mais de 50 leitos tinham programas de CP, e em 17 estados norte-americanos, mais de 80% desses hospitais tinham essas equipes.²²

Considerando a limitação de acesso aos serviços de CP, há necessidade de definir políticas específicas para ampliar a oferta desse tipo de suporte no Brasil. Em 2014, a OMS aprovou a Resolução nº 67/19: “Fortalecimento dos cuidados paliativos com um componente do tratamento integrado pelo curso de vida”. Essa resolução define a necessidade de integração dos serviços de CP na estrutura e no financiamento do sistema de saúde, capacitação e expansão de profissionais nessa área, acesso a medicamentos para o controle de sintomas, bem como a realização de pesquisas para identificar necessidades e formas de atuação em CP viáveis para cada realidade.^{6,9}

Assim, acredita-se que a iniciativa de implantar Unidades de CP em hospitais públicos ainda é uma inovação e que precisa de análise e disseminação no sistema de saúde. Entre as limitações deste estudo, está o número limitado de dados coletados ou que estavam disponíveis no prontuário para análise de todos os pacientes. Estudos posteriores devem ampliar o olhar sobre aspectos qualitativos do suporte em CP, satisfação dos pacientes e familiares com o atendimento, oferecer análise econômica e sobre o uso de recursos nas unidades de internação.

CONCLUSÕES

A implantação de uma Unidade de CP em um hospital geral de média complexidade buscou atender à demanda relacionada ao aumento da prevalência de doenças crônicas, ao aumento da expectativa de vida da população e ao predomínio da ocorrência de óbitos nos hospitais. Na Unidade de CP pesquisada, verificou-se que pacientes com faixa etária mais elevada e doenças neurológicas foram os mais frequentes no serviço.

A maioria dos pacientes tinha baixo escore de funcionalidade, ou seja, era muito ou totalmente dependente para os cuidados diários, e permaneceu menos de sete dias internado. Sessenta e sete por cento das internações na unidade evoluíram com a morte do paciente. Espera-se que, com a ampliação de acesso a CP nos hospitais, os pacientes com doenças em fase avançada ou condições que limitam a vida sejam melhores assistidos, com controle adequado dos sintomas desconfortantes, ampliação do suporte para familiares, além de favorecer o fluxo de pacientes dentro do sistema de saúde, com menor demanda para regulação de leitos de UTI e uso equilibrado dos recursos terapêuticos no fim da vida.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Marcucci FCI, Cabrera MAS, Rosenberg JP, Yates P. Tendências nos locais de óbito no Brasil e análise dos fatores associados em idosos de 2002 a 2013. *Geriatr Gerontol Aging*. 2017;11(1):10-7. <http://doi.org/10.5327/Z2447-211520171600068>
- Pastrana T, Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J. *Atlas of Palliative Care in Latin America*. Houston: IAHP Press; 2012.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. 320 p.
- Gómez-Batiste X, Stephen C. *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Catalonia: Liberdúplex; 2017.
- World Health Organization. *Palliative Care For Older People: Better Practices* [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2011 [acessado em 30 set. 2017]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
- World Health Organization. 67ª World Health Assembly Resolution 67.19 - Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course. Genebra: World Health Organization; 2014.

7. Marcucci FCI, Mendes IAS, Dias CAM, Do Nascimento LA, Pedri WLN. Implantação de uma Unidade de Cuidados Paliativos num hospital de média complexidade de Londrina - PR: relato de experiência. Espaço para a Saúde. Rev Saúde Pública Paraná. 2017;18(1):196-203. <http://doi.org/10.22421/1517-7130.2017v18n1p>
8. Londrina. Prefeitura de Londrina. Autarquia Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão da Saúde [Internet]. Londrina: Prefeitura de Londrina; 2017 [acessado em 16 jun. 2018]. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/Relatorio_Anual_de_Gestao_2017.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. 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). Diário Oficial da União. 2018;225(1):276.
10. Sasahara T, Kizawa Y, Morita T, Iwamitsu Y, Otaki J, Okamura H, et al. Development of a Standard for Hospital-Based Palliative Care Consultation Teams Using a Modified Delphi Method. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2009 [acessado em 10 jan. 2018];38(4):496-504. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392409007039> <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.01.007>
11. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Palliat Med [Internet]. 2014 [acessado em 1º fev. 2018];28(4):302-11. Disponível em: <http://pmj.sagepub.com/content/28/4/302> <https://doi.org/10.1177/0269216313518266>
12. Lucchetti G, Badan Neto AM, Ramos SAC, Faria LFC, Granero AL, Pires SL, et al. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. Geriatr Gerontol Aging. 2009;3(3):104-8.
13. Roncarati R, de Camargo RMP, Rossetto EG, Matsuo T. Cuidados Paliativos num Hospital Universitário de Assistência Terciária: uma necessidade? Semina Ciênc Biol Saúde. 2003;24(1):37-48. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2003v24n1p37>
14. de Faria JAM, Ferreira LG, Vieira MAB, Cosenza NN, Alvarenga PP, Figueiredo PL. Perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos internados no Hospital Júlia Kubistchek – FHEMIG. Rev Med Minas Gerais. 2015;25(1):25-9. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150006>
15. Vieira RC, de Moraes MTM, Sarmiento LMC, Ferreira ADC, Muñoz RLS. Demanda por cuidados paliativos em enfermarias clínicas gerais. Rev Ciênc Estudos Acadêmicos Med. 2017;8:20-40.
16. Souza ICP, Silva AG, Quirino ACS, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. REME Rev Min Enferm. 2014;18(1):164-72. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140013>
17. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Onde existem cuidados paliativos [Internet]. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2018 [acessado em 10 ago. 2018]. Disponível em: <http://paliativo.org.br/ancp/onde-existem/>
18. Da Silva MJFN. Cuidados paliativos: Caracterização assistencial e Identificação de necessidades num serviço de Medicina interna [dissertação] [Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa; 2012 [acessado em 5 set. 2018]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/6327>
19. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. Palliat Med. 2014;28(2):130-50. <https://doi.org/10.1177/0269216313493466>
20. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S. Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2007 [acessado em 20 fev. 2018];55(7):993-1000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01234.x>
21. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. Palliat Med [Internet]. 2014 [acessado em 21 fev. 2018];28(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313493466>
22. Dumanovsky T, Augustin R, Rogers M, Lettang K, Meier DE, Morrison RS. The Growth of Palliative Care in U.S. Hospitals: A Status Report. J Palliat Med [Internet]. 2016 [acessado em 1º mar. 2018];19(1):8-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0351>