

Implantação de uma Unidade de Cuidados Paliativos num hospital de média complexidade de Londrina - PR: relato de experiência

Implementing a Palliative Care Unit in an intermediate-complexity hospital in the city of Londrina - Paraná: an experience report

Fernando Cesar Iwamoto Marcucci¹, Ivone Aparecida Soares Mendes², Clarcia Aparecida Manaia Dias³, Leonel Alves do Nascimento⁴, Wânia Lavinia Nantes Pedri⁵

1. Doutor em Saúde Coletiva. Fisioterapeuta do Hospital Dr. Anísio Figueiredo. Secretaria de Saúde do Paraná.
2. Enfermeira. Supervisora de Enfermagem do Hospital Dr. Anísio Figueiredo. Secretaria de Saúde do Paraná.
3. Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família. Fisioterapeuta do Hospital Dr. Anísio Figueiredo. Secretaria de Saúde do Paraná.
4. Mestre em Enfermagem. Enfermeiro do Hospital Dr. Anísio Figueiredo. Secretaria de Saúde do Paraná.
5. Enfermeira. Supervisora de Enfermagem do Hospital Dr. Anísio Figueiredo. Secretaria de Saúde do Paraná.

CONTATO: Fernando C. I. Marcucci | Rua Odilon Braga, 199 | Cj. Sebastião de Melo | CEP 86084-600 – Londrina/PR | E-mail: fcim@msn.com

Resumo A ocorrência de óbitos nos hospitais é frequente e exige destes serviços de saúde preparo para oferecer um cuidado integral até o fim da vida. O acesso aos Cuidados Paliativos (CP) é fundamental para o suporte nesta fase, mas ainda é limitado no Brasil. Assim, descreve-se a experiência de implantar uma unidade de CP num hospital de média complexidade. Inicialmente, foi formada uma comissão institucional, composta por profissionais do hospital, para planejar a implantação do atendimento em CP. Elaborou-se um protocolo institucional para organizar o fluxo de atendimento dos pacientes em fase avançada, definiram-se alterações

na rotina do atendimento, na estrutura da unidade e realizou-se capacitação dos profissionais. A iniciativa é inovadora ao aplicar CP num hospital geral, com resultados iniciais satisfatórios. Por fim, apresenta-se uma discussão sobre este modelo de aplicação dos CP nas políticas públicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Planejamento Hospitalar. Política de Saúde. Humanização da Assistência.

Abstract The occurrence of deaths in hospitals is frequent, and requires preparation for these healthcare facilities to offer an integral care until the end of life. Palliative Care (PC) is essential to support patients in this stage, but is still limited in Brazil. Thus, the experience of implementing a PC unit in an intermediate-complexity hospital is described. Initially, a committee was created with a professional team of the hospital to plan the implementation of the PC unit. An institutional protocol was set to organize the workflow for the PC support of inpatients, to define modifications in the hospital routines, with allocation of a specific room, and professional training was provided. This initiative is innovative, since it applies PC in a general hospital, with satisfactory initial results. Finally, a discussion about this application model to include PC in the public health care policies is provided.

KEYWORDS: Palliative Care. Hospital Planning. Health Policy. Humanization of Assistance.

Introdução

A população brasileira apresenta, progressivamente, um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como câncer, doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardíacas, neurodegenerativas, entre outras. Além desta mudança no perfil epidemiológico, também se verifica um aumento da longevidade e, como consequência, uma ocorrência de óbito nas faixas etárias mais elevadas, e a região sul do Brasil é a que possui a maior proporção populacional de indivíduos idosos^{1,2}.

A assistência nas fases mais avançadas das doenças crônicas é complexa, com necessidade de um tempo prolongado de cuidados com a saúde frequentemente associados à perda da independência e da qualidade de vida. Em geral, o suporte profissional no fim da vida é realizado em

ambiente hospitalar e, frequentemente, os serviços de saúde ainda tratam as internações por doenças crônicas como episódios isolados, com tratamento fragmentado e sem planejamento para o cuidado continuado nas fases avançadas^{2,3}.

Muitas vezes há limitação para oferecer uma abordagem adequada para lidar com os anseios e desejos dos pacientes e familiares, quando uma condição sem possibilidade de cura é identificada. No entanto, a ocorrência da morte é uma progressão inevitável, com o uso ou não de medidas intensivas, e pode ser prevista com antecedência em muitos casos. Por isso, as ações devem promover o planejamento para o fim da vida de forma precoce, em busca de uma morte com menos dor, menos sofrimento e suporte adequado à família. Para atender as diversas necessidades presentes nestes casos, foi desenvolvida uma área de atuação

denominada Cuidados Paliativos (CP), para oferecer suporte adequado no manejo dos sintomas, atenção integral e multidisciplinar, com comunicação ativa e abordagem ampla dos problemas relacionados com as doenças incuráveis, em especial nas fases mais avançadas^{1,3,4}.

Os princípios dos CP e sua abordagem adequada visam, sobretudo, respeitar a dignidade do paciente, estimular a autonomia e influenciar positivamente sua qualidade de vida até o momento da morte. Estes devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes relacionados tanto à evolução da doença quanto com o momento que o paciente está vivendo. Considerando a fragilidade deste período, e a complexidade de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença sem possibilidade de cura em fase avançada, fazem-se necessários um diagnóstico precoce e condutas terapêuticas antecipadas, dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente^{1,4}.

Apesar da atenção nas fases mais avançadas das doenças ainda ser alocada nos ambientes hospitalares, ainda há limitação para o acesso a serviços de CP no sistema público de saúde, em especial nos hospitais gerais de média e alta complexidade. Apesar de ser uma área de atuação relativamente nova no contexto brasileiro, já é aplicada sistematicamente em diversos países, alguns desde a década de 60, e é recomendada pela OMS e por diversas organizações internacionais^{2,3,4}. Assim, este relato de experiência tem o objetivo de descrever a experiência da implantação de um serviço CP num hospital geral público de média complexidade, apresentar as etapas realizadas e as observações iniciais, além de discutir a inserção desta abordagem no contexto da saúde pública.

Análise contextual

Atualmente, a cidade de Londrina (Paraná) é referência regional na assistência à saúde e

conta com uma ampla rede hospitalar utilizada para atender as demandas de saúde da região, inclusive de outros estados. Com a urbanização e o desenvolvimento social do município, a partir da década de 60, o óbito, antes de predomínio domiciliar, passou a ocorrer em ambiente hospitalar, e na década de 80 a proporção de óbitos hospitalares atingiu aproximadamente 70%. Entre 1996 e 2010, esta proporção teve uma média de 73%, e, nesse mesmo período, os óbitos domiciliares no município foram de 17% e nas vias públicas 6% (2).

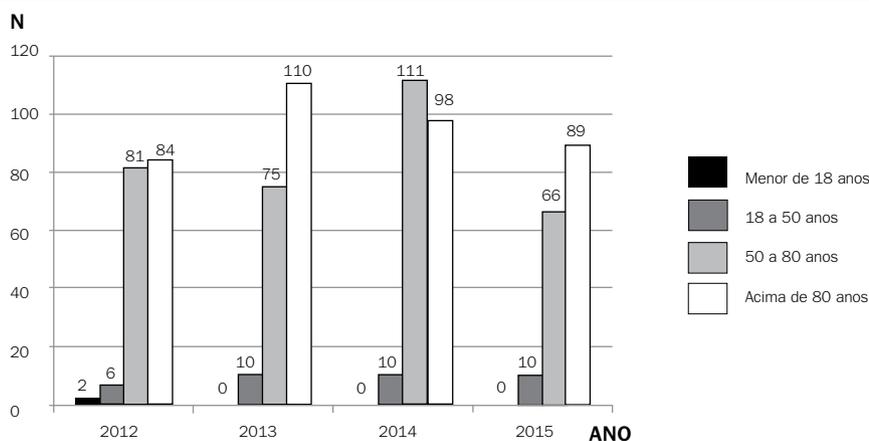
Também se verificou neste município, um crescimento de óbitos nas faixas etárias mais elevadas, acima dos 60 anos, associado ao envelhecimento populacional e à transição epidemiológica. Estudos verificaram que as principais causas de morte em Londrina foram as doenças do aparelho circulatório (31%) e as neoplasias (19%), seguidas das causas externas e doenças respiratórias^{2,5,6}.

Entre os hospitais disponíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Londrina, o Hospital Doutor Anísio Figueiredo - Zona Norte de Londrina), após a ampliação finalizada em 2010, disponibiliza uma estrutura composta por pronto-socorro, internação médica, pediátrica e cirúrgica, e um centro cirúrgico, destinado a cirurgias eletivas e de urgência de pequeno e médio porte. O hospital possui, além da equipe médica e de enfermagem, uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas⁷.

Entre os anos de 2012 e 2015, observou-se que a maioria dos óbitos (94,5%) na instituição foi de indivíduos acima de 50 anos, sendo que 50% do total de mortes foi acima dos 80 anos, como visto no gráfico 1.

A partir destas características, observou-se a necessidade de promover o preparo dos profissionais e discutir as formas de ação para atender adequadamente às particularidades dos pacientes com doenças em fase avançada, com previsão ou não de óbito na instituição, por meio do desenvolvimento de um protocolo de CP institucional.

Gráfico 1. Número de óbitos na instituição por faixa etária entre 2012 e 2015.



Fonte: Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Dr. Anísio Figueiredo, 2016⁷.

Relato da experiência

Inicialmente, em 2014, por iniciativa própria dos profissionais do hospital, e com o apoio da direção deste serviço, estabeleceu-se a formação de uma Comissão de CP multiprofissional, e os membros tinham experiências e familiaridade variada sobre o tema. Esta comissão foi definida como uma equipe consultiva e autônoma, formada por profissionais da instituição, mas que, eventualmente, poderia ter membros externos e voluntários para o apoio de suas atividades.

A partir de reuniões e discussões entre os membros da comissão, definiu-se um modelo de protocolo para a implantação de um setor no hospital específico para o atendimento em CP. Os objetivos estabelecidos para as atividades desta comissão foram:

- Oferecer suporte adicional para as questões físicas, psíquicas, sociais e espirituais no cuidado de pacientes em fase avançada e sem possibilidade de cura que forem internados na instituição;

- Sensibilizar, divulgar e informar sobre necessidade e possibilidades da inserção dos CP no atendimento destes pacientes;

- Orientar e intervir no processo de cuidado dos pacientes a fim de oferecer suporte para as questões relacionadas às suas diretrizes de vida e planejamento para a ocorrência do óbito;

- Promover treinamento e capacitação para a equipe de CP e para os demais profissionais da instituição para oferecer CP de qualidade.

Assim, buscou-se ampliar a difusão do conceito de CP e a sua necessidade no contexto hospitalar para os funcionários da instituição por meio de palestras com profissionais com experiência nesta abordagem. Além disso, por meio de uma parceria interinstitucional, com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município, realizou-se uma capacitação para os membros da respectiva comissão para o aprofundamento teórico e prático nos temas relacionados aos CP e à terminalidade.

Para a orientação do fluxo de atendimento dos pacientes com indicação de CP, estabeleceram-se as seguintes etapas:

1. Sobre a indicação e inclusão do paciente:

O paciente deverá ser indicado pelo corpo médico, conforme a necessidade do caso e em formulário próprio;

2. Sobre a avaliação inicial: Após indicações do paciente, será realizada uma consulta pelo médico responsável e por membros da comissão para avaliar a necessidade do caso para, assim, aceitar ou recusar a indicação.

Em caso de recusa, serão citados os motivos para o não aceite do caso;

3. Após o aceite de inclusão do paciente, a comissão abordará a família ou cuidadores responsáveis para esclarecer as finalidades do serviço, as dúvidas sobre a doença do paciente, orientar sobre as diretrizes de vida e da necessidade de indicação de um ou mais cuidadores responsáveis pelo cuidado direto. Com a aceitação pelo paciente ou responsáveis diretos, estes deverão assinar um documento de aceitação para abordagem em CP. Este documento deverá ser anexado ao prontuário, com cópia para os usuários;
4. Sobre o atendimento: Com a admissão, o paciente será acompanhado pelo médico da comissão e terá prescrição realizada por este, bem como a avaliação dos outros profissionais de saúde da instituição, conforme a necessidade.
5. Sobre o acompanhamento do paciente: O paciente será acompanhado pela comissão para oferecer o melhor suporte possível para as questões relacionadas ao cuidado no fim da vida, incluindo o acompanhamento no óbito institucional. E, em caso de alta hospitalar, favorecer o retorno ao mesmo serviço com identificação da condição clínica obtida previamente para evitar a repetição de exames ou intervenções obstinadas.
6. Quando possível, favorecer o encaminhamento para a casa, incluindo orientação sobre a possibilidade de óbito no domicílio com suporte pela Unidade Básica de Saúde (UBS) ou pelo SAD.

Também foram realizadas adaptações na rotina hospitalar, para viabilizar a implantação do serviço em CP, com alterações nas rotinas administrativas e do cuidado, como: a reserva de uma enfermaria específica de cinco leitos para os atendimentos em CP; flexibilização no horário de visita de familiares, conforme a possibilidade do serviço; orientações para a abordagem dos pacientes e familiares por todos os funcionários envolvidos no cuidado, incluindo profissionais da copa e limpeza; reforço na prevenção de complicações e avaliação de sintomas

dolorosos e psicossociais; ampliação do tempo de conversa com o médico do setor; disponibilidade para atender requisições particulares para o conforto do paciente; organização de um suporte para a espiritualidade com a participação de profissionais de capelania e voluntários; e favorecer a comunicação, incluindo os aspectos de preparo para um possível óbito, em curto ou médio prazo.

Ainda que a iniciativa esteja em fase inicial, observou-se aceitação desta forma de abordagem pelos familiares, considerando que a maioria dos pacientes apresentava síndromes demenciais ou redução do nível de consciência. A implantação do serviço tem o potencial de reduzir os conflitos associados às ocorrências de óbito na instituição, por oferecer um maior tempo disponível para a comunicação ativa com os pacientes e cuidadores, incentivar a tomada de decisão compartilhada (entre profissional e usuários) sobre as condutas adotadas e, assim, favorecer na avaliação positiva da qualidade do serviço oferecido a estes pacientes. No entanto, estas considerações devem ser investigadas futuramente para identificar estas e outras associações associadas ao serviço.

Nos casos atendidos neste serviço, mesmo com a evolução para o óbito busca-se priorizar o conforto físico, com atenção aos sintomas de dor, falta de ar, entre outros, sem adoção de medidas invasivas ou de prolongamento artificial da vida, e favorecendo uma morte natural. Estas condutas são tomadas em concordância com o consentimento familiar e com princípios legais e éticos recomendados, como a ortotanásia^{9,10}.

Os acompanhamentos são realizados pelos próprios funcionários e utilizou-se a estrutura disponível na instituição, ou seja, não demandou altos custos para a implantação, mas principalmente dedicação e treinamento. Como consequência, estes casos, mesmo que complexos, não geram a demanda por regulação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo ou de outros serviços terciários, que são ações custosas para o sistema de saúde. O único custo associado à implantação do serviço foi a adição de horas trabalhadas pelos médicos, destinados especificamente para o setor. Estudos futuros devem ser realizados para detalhar

as características clínicas, os benefícios e limitações da inclusão de unidades de CP em hospitais gerais.

IMPLICAÇÕES PARA A INCLUSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Acredita-se que as taxas de hospitalização são determinadas, além das demandas epidemiológicas, pelas políticas públicas de saúde, pela disponibilidade de leitos hospitalares e outros serviços de saúde, pelo suporte domiciliar e pelas ações da atenção primária. No contexto brasileiro, para o cuidado no fim da vida, verifica-se uma limitação de possibilidades, centrada no óbito hospitalar, com uma mínima porção de óbitos domiciliares, o que leva conseqüentemente à superlotação das unidades hospitalares, que têm que atender às demandas dos casos agudos e o prolongamento dos casos crônicos. E, ainda no setor público, é mínima a disponibilidade de outras opções de suporte destas condições, como instituições de longa permanência ou serviços estruturados de CP^{2,8}.

Mesmo acompanhando as tendências demográficas de envelhecimento e o aumento da prevalência das doenças crônicas, a assistência à saúde ainda é orientada ao imediatismo, com ênfase no tratamento agudo e não na prevenção e nos cuidados continuados, e os serviços de saúde ainda tratam as doenças crônicas como episódios isolados. No entanto, nestes casos a ocorrência de óbito pode ser prevista com antecedência e as ações devem promover a busca por uma morte com menos dor, menos sofrimento e suporte adequado à família^{1,4,7,8}.

Diante deste cenário, cabe aos hospitais estarem preparados para oferecer um suporte que vai além do processo curativo, e incluir o acesso aos CP adequados e orientação do óbito. Em relação às políticas públicas brasileiras voltadas para oferecer acesso aos CP, cita-se a Portaria Nº 19/2002, que instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, a Portaria Nº 2.439/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, e, mais recentemente, a Portaria Nº 874/2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde

das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, mas que são voltadas especificamente para pacientes com câncer^{11,12,13}. Para as outras doenças não oncológicas, não há diretrizes específicas de acesso aos CP nos hospitais gerais. Somente nas definições do programa de Atenção Domiciliar, orientado pelas Portarias Nº 2.529/2006, Nº 963/2013 e Nº 1.208/2013, que regulamentam o sistema de atenção domiciliar no âmbito do SUS, que incluíram o suporte em CP para esta população. Mas o número reduzido de equipes e a falta de capacitação profissional impedem o acesso amplo a este serviço^{14,15,16}.

Com a proximidade da terminalidade, é frequente a adoção de medidas intensiva e intervenções para o prolongamento artificial da vida. A abordagem em CP diverge da atenção hospitalar padrão ao ampliar a autonomia dos pacientes e familiares e discutir a obstinação terapêutica realizadas no serviço. Mas também necessita de maior disponibilidade para comunicação e decisão terapêutica compartilhada com o paciente e os cuidadores, bem como não deixar os pacientes desassistidos quando não há tratamentos curativos disponíveis, o que traz diversos desafios para os profissionais de saúde^{1,4,7}.

Para a profissionalização da área, somente em 2011, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu a Medicina Paliativa como área de atuação médica¹⁷. Assim, ainda há necessidade de expandir o treinamento na área e disseminar os conceitos de CP para os profissionais, médicos e não médicos, que ainda não têm apropriação do tema. Diversos pesquisadores também identificaram a necessidade de ampliar a inclusão do tema nos cursos de graduação em saúde².

Assim, verifica-se que o Brasil ainda precisa implementar políticas públicas específicas para o cuidado no fim da vida, estimular a profissionalização da área e melhorar a qualidade da assistência oferecida aos pacientes com doenças crônicas sem possibilidade de cura ou condições em fase avançada, bem como o suporte oferecido aos familiares. Em especial, para a assistência hospitalar de média e alta complexidade, é necessário estabelecer a necessidade de comissões de CP para ampliar o acesso. Esta ação, além de ter custo reduzido para

a aplicação, tem o potencial de reduzir a demanda de intervenções intensivas, que demandam maiores investimentos¹⁸.

Considerando este aspecto, a ampliação do acesso aos CP no sistema de saúde pode favorecer a otimização dos gastos em saúde, ao: I) evitar a hospitalização nas fases mais avançadas, incluindo a possibilidade de óbito domiciliar com assistência adequada; II) promover o uso equilibrado de medidas intensivas (como a necessidade de UTIs), evitando o uso de procedimentos desconfortáveis ou que visem somente prolongar o tempo de sobrevivência (geralmente em poucos dias ou semanas) sem uma qualidade de vida satisfatória, ou mesmo indesejável pelos pacientes e familiares, se tiverem a possibilidade de optar de forma consciente e com antecedência. Assim, paradoxalmente, esta redução de medidas intensivas tem sido associada à melhor qualidade de vida nas fases mais avançadas, menos conflitos com os pacientes e familiares, melhor controle de sintomas desconfortantes e menor sofrimento psíquico, social e espiritual.

Para os gestores dos serviços de saúde, a disponibilidade de CP pode ser viável ao considerar os aspectos econômicos. Uma revisão de 46 estudos, por Smith e colaboradores, comparou os gastos em serviços de CP com outros serviços de saúde padrão e verificaram que aqueles tiveram um custo relativo menor estatisticamente significativo¹⁸. Destaca-se que, obviamente, a adoção desta abordagem não pode ser motivada somente por este aspecto, bem como não devem excluir as intervenções clínicas e intensivas para os casos com potencial curativo

Considerações finais

A implantação de uma unidade de CP na instituição relatada buscou atender uma demanda recorrente dos hospitais gerais, que é a ocorrência de morte e adoção frequente de medidas de prolongamento artificial com reduzida qualidade de vida ou sem possibilidade de sobrevivência. A iniciativa permite oferecer uma melhor qualidade de assistência para as doenças em fase avançada e que a eventualidade do óbito na instituição ocorra com menos sofrimento possível, de acordo com os

princípios éticos e em consonância com as escolhas do paciente e familiares.

A inclusão de CP nas políticas de saúde, especialmente com a criação de comissão de CP nos serviços hospitalares, é importante para oferecer um suporte adequado ao número crescente de casos com necessidades de cuidados contínuos, permitir a presença ampliada da família, a adoção de decisão compartilhada nas questões de vida do paciente, além de reduzir a requisição de leitos de UTI. Assim, os gestores de saúde devem se atentar na potencial economia de recursos que estas iniciativas podem ter, observando-se a cautela para incluir as condições realmente sem possibilidade de cura. Assim, espera-se que esta iniciativa seja expandida e explorada por outros serviços, em especial no setor público, para aumentar o acesso aos CP para a população.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio da diretoria e dos membros da Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Dr. Anísio Figueiredo (Londrina – PR) pelo suporte na instalação do serviço; ao médico Dr. Francisco Pires de Oliveira, à enfermeira e professora Dra. Inês Gimenes Rodrigues e à fisioterapeuta Silvana Salla Krusch pela orientação profissional oferecida.

Referências bibliográficas

1. ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado. 2ª edição. Org.: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. 2012.
2. Marcucci FCI, Cabrera MAS. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Ciênc Saude Colet*, 2015; 20(3):833-840.
3. World Health Organization (WHO). Palliative Care For Older People: Better Practices. 2011. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf>. Acesso em: 30 Jun 2016.
4. CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo). Cuidado Paliativo. Coord.: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. São Paulo: CREMESP, 2008.
5. Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão da Saúde 2015. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2015.pdf>. Acesso em: 01 Jul 2016.

6. Brasil. Ministério da Saúde. TABNET - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 Jun de 2016.
7. Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Dr. Anísio Figueiredo. Protocolo de Cuidados Paliativos do Hospital Dr. Anísio Figueiredo/HZN Londrina. Org.: MARCUCCI, Fernando C. I.; MENDES, Ivone A. Londrina, 2016.
8. Telarolli Júnior R, Loffredo LCM. Mortalidade de idosos em município do Sudeste Brasileiro de 2006 a 2011. Ciên Saúde Colet 2014; 19(3):975-984.
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 1.805/2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Brasília: Diário Oficial da União, 28 Nov. 2006, l:169.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 1931 de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Diário Oficial da União, 24 Set. 2009, l: 90. Retificação: Diário Oficial da União de 13 de outubro de 2009, l:173.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 19/GM de 3 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: Diário Oficial da União, 8 Jan. 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Diário Oficial da União, 9 Dez. 2005, 1:80-81.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 874. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 16 Mai. 2013, 94:129-132.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 20 Out. 2006.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 28 Maio 2013: 30-32.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.208 de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Diário Oficial da União, 19 de Jun. 2013:37.
17. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 1.973 de 01 de agosto de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Brasília: Diário Oficial da União, 01 Ago. 2011, l:144-147.
18. Smith S. et al. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. Palliative Medicine. 2014, 28 (2):130-150.

DATA DE SUBMISSÃO: 14/03/2017

DATA DE ACEITE: 21/05/2017