

# Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal

## *Palliative Care: A Proposal for Portugal*

**Manuel Luís Vila Capelas\***

Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa.

### Resumo

Os cuidados paliativos consideram-se, hoje em dia, um direito humano. Neste ponto de vista a implementação dos mesmos deve obedecer a uma estratégia e não a uma desordenada pulverização de recursos. Qualquer estratégia tem como ponto de partida uma avaliação das necessidades, que quando não se consegue fazer de forma real, se poderá estimar.

Aplicando os métodos de Gómez-Batiste et al, Ferris et al, Herrera et al e Franks e tal, com a utilização dos dados demográficos portugueses relativos ao ano de 2007, divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística, calculámos que nesse ano cerca de 62000 doentes tiveram necessidade de cuidados paliativos. Serão necessárias 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários, constituídas por 266 médicos e 465 enfermeiros, 102 equipas de suporte intra-hospitalar que incluem 204 médicos e 357 enfermeiros, 1062 camas distribuídas por diferentes tipologias de recursos, 319 (28 unidades) em instituições de agudos, 531 (46 unidades) em instituições de crónicos, para as quais se necessita de cerca de 200 médicos e 490 enfermeiros/dia. As restantes necessidades de camas poderão ser resolvidas em lares.

Esta estimativa constitui-se como um primeiro passo para o desenvolvimento de um plano integrado, com intervenções a curto, médio e longo prazo, de forma a responder globalmente e equitativamente às necessidades dos doentes paliativos em todas as regiões do país.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; avaliação de necessidades. ◀◀

### Introdução

Ao longo dos tempos, o cuidar dos doentes em fim de vida foi sobretudo uma preocupação individual, comunitária. Cicely Saunders, na década de 60 do século XX, defendeu que se tratava de um direito humano e como tal deveria ser uma obrigação social (1).

### Abstract

*The palliative care is considered, nowadays, a human right. In this point of view the implementation of the same ones should respect a strategy and not to a disorderly distribution of resources*

*Any strategy has as a starting point an assessment of needs, we can estimate when we can't get the real information*

*Using the Portuguese demographic data relative to the year of 2007, published by Statistics National Institute, we obtained that on that year about 62000 patients they had need of palliative care, they will be necessary 133 teams of palliative care home, constituted by 266 doctors and 465 nurses; 102 teams of hospital support that include 204 doctors and 357 nurses; 1062 beds distributed by different typologies of resources, 319 (28 units) in institutions of acute patients, 531 (46 units) in for chronic patients, for which it needs around 200 doctors and 490 nurses / day. The remaining needs of beds can be resolved in nursing-homes.*

*We are far from the goal, but this estimate is as a first step towards developing an integrated plan with interventions in the short, medium and long term in order to respond broadly and equitably to the needs of palliative patients in all regions the country.*

**Keywords:** Palliative care; needs assessment. ◀◀

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde lançou a primeira definição de cuidados paliativos, e colocou na ordem do dia a necessidade de se implementarem programas de cuidados paliativos (2,3). A esta análise, junta-se a recomendação do Conselho da Europa em 2003 (4).

Analisando-se a ideia chave da definição de cuidados paliativos da OMS, entretanto reformulada em

\* luis.capelas@ics.lisboa.ucp.pt

2002 (5), pode dizer-se que estes procuram o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida, tanto para o doente em fim de vida como para os seus familiares, não apenas nos últimos momentos (dias, semanas) de vida (6). Este conceito alarga o universo de sujeitos alvo dos cuidados a prestar aos cuidadores e familiares próximos do doente (cerca de 1-3 em média).

No processo de planeamento de um programa nacional, ou mesmo loco-regional, de cuidados paliativos, a identificação/estimativa do número de doentes é importante mas não diz tudo. Além do número e da patologia, é fundamental identificar os níveis de complexidade de cada doente, ou dos possíveis doentes alvos deste tipo de cuidados.

Estes níveis são influenciados pelos antecedentes do doente, presença de dor e ou outros sintomas (tipo, intensidade e prevalência), situações clínicas de maior complexidade (agonia, oclusão intestinal, entre outros), síndromas específicas (metastização óssea, compressão medular, carcinomatose, entre outros). São também influenciados pela presença e intensidade de sintomas psicológicos, grau de adaptação emocional e perturbações adaptativas, transtornos do comportamento e da relação social, prognóstico, crises na evolução da doença, presença ou ausência de cuidador principal, capacidade para o auto cuidado, luto patológico antecipado, presença de conflitos relacionais, novas fórmulas de família, necessidade de intervenção de outras equipas, dilemas éticos e de valores, atitudes e crenças (7).

### **Planos estratégicos de cuidados paliativos**

Para se concretizar o objectivo de oferecer a todos os que necessitem, cuidados paliativos de qualidade, é necessário uma estratégia pública que disponibilize a melhor abordagem com base no mais elevado conhecimento científico e perícias suportadas em cuidados de saúde baseados na evidência, com um elevado grau de efectividade (8). Esta eficiência exige uma adequada articulação entre o sector público de saúde e a oferta disponibilizada por entidades privadas ou outras (comunitárias, etc.) sendo que com este envolvimento da comunidade/sociedade a efectividade será, sem dúvida, maior (8).

A efectiva implementação de um programa nacional de cuidados paliativos, de forma a obter ganhos na qualidade de vida dos doentes e suas famílias, deverá assentar em quatro pilares fundamentais: adequação, disponibilização de fármacos, formação

dos profissionais e da população e, implementação diversificada e equitativa dos recursos. (8)

Estas linhas orientadoras terão que ter sempre em conta, questões de índole cultural, demografia social, económica assim como estudos epidemiológicos (8).

Estes pilares constituirão, ou melhor, alicerçarão, aquilo que se designa por um programa público OMS de cuidados paliativos. (7)

Neste contexto, a prioridade deverá ser dada à criação de uma rede de cuidados paliativos domiciliários que apoiará depois a rede hospitalar ou de camas de internamento propriamente, sendo que em ambas as estruturas devam incluir profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, etc.) devidamente treinados e vocacionados para desempenharem a sua função

### **Metodologia**

Vários autores têm-se debruçado sobre a estimação das necessidades de recursos de cuidados paliativos. (7,8,9,10,11,12)

Optando-se pela estratégia estimadora de Gómez-Batiste et al (7) que se baseia no número total da população e dos doentes falecidos, estimou-se as necessidades para o país, no global, e utilizando-se a divisão regional (Unidades Territoriais Estatísticas do Instituto Nacional de Estatística) calculou-se as necessidades prováveis para cada uma das regiões.

Deste modo, considerou-se Portugal Continental, e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. Dividiu-se Portugal Continental em 5 grandes Regiões, a saber Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve.

A região Norte integra as regiões de Minho-Lima, Cávado, Ave, Grande Porto, Tâmega, Entre Douro e Vouga, Douro e Alto Trás-os-Montes. A do Centro integra a do Baixo Vouga e Baixo Mondego, Pinhal Litoral, Pinhal Interior Norte, Dão-Lafões, Pinhal Interior Sul, Serra da Estrela, Beira Interior Norte e Interior Sul, Cova da Beira, Oeste e Médio Tejo. A Grande Lisboa e a Península de Setúbal constituem a região de Lisboa, enquanto o Alentejo é formado pela do Alentejo Litoral, Alto Alentejo, Alentejo Central, Baixo Alentejo e Lezíria do Tejo.

As fórmulas estimadoras preconizadas por Gómez-Batiste et al (7), Herrera et al (13) e Ferris et al (14), apontam para 60% dos doentes falecidos necessitarem de cuidados paliativos, sendo que se repartirão equitativamente pelos diferentes níveis de complexidade (complexos, não complexos, intermédios).

No que respeita a recursos materiais, o alicerce e a prioridade de todo o sistema passa pelas equipas

de cuidados paliativos domiciliários, sendo que deverão existir num rácio de 1-1,5 equipas por 100 mil habitantes, constituídas por 2 médicos e 3-4 enfermeiros (7,13,15,16,17).

As equipas de suporte intra-hospitalares deverão existir em todas as instituições hospitalares com ratios de recursos humanos, em tudo iguais às de cuidados paliativos comunitários (7,13,17,18).

Dirigindo-nos agora, para tipologias de equipas/serviços com camas adstritas, o primeiro pensamento vai para a dimensão, em número de camas. Por razões de ordem económica, administrativa e de eficiência uma unidade de internamento em cuidados paliativos não deverá ter menos de 10 nem mais de 15 camas (7,13,15,17).

Estima-se que sejam necessárias 80-100 camas por milhão de habitantes (7,13,15,17), sendo que a sua localização deverá ser de 20-40% em hospitais de agudos, com estas a serem unidades de referência, 40-60% em instituições de média-longa duração ou para doentes crónicos, e as restantes 10-30% em lares ou residências medicalizadas (7,13,16,17).

Relativamente aos recursos humanos para estas tipologias de unidades, aponta-se que sejam necessários por cada unidade de internamento em hospitais de agudos 3 a 4 médicos com formação específica, sendo que dois deverão estar a tempo integral e um rácio de enfermeiros de 0,5-1 enfermeiro por doente ao longo do dia, o que perfaz uma média de 13-18 enfermeiros por 10 camas (7,13,15). Nas unidades radicadas em instituições de média/longa duração seriam necessários, por unidade, 2 médicos e 0,3-0,5 enfermeiros por doente ao longo do dia (7,13,15), ambos com formação específica.

## Resultados

Utilizando os dados demográficos do INE (tabela 1), quanto ao número de óbitos, em relação ao ano de 2007 (19), temos que faleceram no país 103 512 pessoas, pelo se estima que 62 107 falecidos/pessoas tiveram necessidade de cuidados paliativos.

No que respeita às diferentes tipologias de unidades/equipas, e impreterivelmente quantos aos recursos humanos, começaremos pela tipologia básica que suporta todo o sistema.

Assim teremos necessidade de uma média de 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários, e para as constituírem necessitamos, também em média, de 266 médicos e 465 enfermeiros com formação e dedicação específica. (tabela 2)

Preconiza-se também a necessidade de 102 equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (uma em cada instituição hospitalar), para as quais se necessitam de 204 médicos e uma média de 357 enfermeiros, com formação e dedicação específica, mais uma vez (tabela 3).

Tabela 1 – População residente e falecida em Portugal, ano 2007

Regiões	População Total	Falecidos
<i>Portugal</i>	10 617 575	103 512
Continente	10 126 880	98 668
Norte	3 745 236	31 618
Centro	2 385 911	26 896
Lisboa	2 808 414	25 261
Alentejo	760 933	10 225
Algarve	426 386	4 668
Açores	244 006	2 250
Madeira	246 689	2 562

Fonte: INE (2007)

Tabela 2 – Estimativa da necessidade de Equipas Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (recursos humanos e materiais) em Portugal, ano 2007

Regiões	Equipas			Médicos			Enfermeiros		
	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média
<i>Portugal</i>	106	159	133	212	319	265	319	637	465
Continente	101	152	127	203	304	253	304	608	443
Norte	37	56	47	75	112	94	112	225	164
Centro	24	36	30	48	72	60	72	143	104
Lisboa	28	42	35	56	84	70	84	169	123
Alentejo	8	11	10	15	23	19	23	46	33
Algarve	4	6	5	9	13	11	13	26	19
Açores	2	4	3	5	7	6	7	15	11
Madeira	2	4	3	5	7	6	7	15	11

Apontando agora para o número de camas, estima-se uma necessidade, de 1062 camas, sendo que 319, aproximadamente, deverão existir em instituições de agudos, 531 em instituições vocacionadas para doentes crónicos e as restantes disponibilizadas em

Tabela 3 – Estimativa da necessidade de Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (recursos humanos e materiais) em Portugal, ano 2007

Regiões	Equipas	Médicos	Enfermeiros		
			Min	Máx	Média
Portugal	102	204	306	408	357
Continente	98	196	294	392	343
Norte	33	66	99	132	116
Centro	32	64	96	128	112
Lisboa	23	46	69	92	81
Alentejo	7	14	21	28	25
Algarve	3	6	9	12	11
Açores	3	6	9	12	11
Madeira	1	2	3	4	4

lares, onde os doentes seriam acompanhados pelas equipas domiciliárias de cuidados paliativos. (tabela 4)

Estes valores apontam para a necessidade de, em média, 28 unidades de internamento em hospitais de agudos e 46 em unidades vocacionadas para doentes crónicos. (tabela 5)

Neste caso, aponta-se que sejam necessários para as unidades de internamento em hospitais de agudos 106 médicos (em média) e 266/dia enfermeiros, também em média. (tabela 6). Para as situadas em instituições para doente crónicos serão necessários 92 médicos e 223 enfermeiros/dia. (tabela 7).

## Discussão

Os dados que se obtiveram por esta estimativa revelam-nos que em Portugal, estamos muito aquém do que seria aconselhável, de acordo com os peritos internacionais em organização de serviços de cuidados paliativos (7), sendo que com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Tabela 4 – Estimativa da necessidade de camas dedicadas a doentes paliativos, em Portugal, ano 2007

Regiões	Global	Inst. Agudos			Inst. Crónicos			Lares		
		Min	Máx	Média	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média
Portugal	1 062	212	425	319	425	637	531	106	319	213
Continente	1 013	203	405	304	405	608	507	101	304	203
Norte	375	75	150	113	150	225	188	37	112	75
Centro	239	48	95	72	95	143	119	24	72	48
Lisboa	281	56	112	84	112	169	141	28	84	56
Alentejo	76	15	30	23	30	46	38	8	23	16
Algarve	43	9	17	13	17	26	22	4	13	9
Açores	24	5	10	8	10	15	13	2	7	5
Madeira	25	5	10	8	10	15	13	2	7	5

Tabela 5 – Estimativa da necessidade de unidades de internamento para doentes paliativos, em Portugal, ano 2007

Regiões	Global			Inst. Agudos			Inst. Crónicos		
	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média
Portugal	71	106	89	14	42	28	28	64	46
Continente	68	101	85	14	41	28	27	41	34
Norte	25	37	31	5	15	10	10	22	16
Centro	16	24	20	3	10	7	6	14	10
Lisboa	19	28	24	4	11	8	7	17	12
Alentejo	5	8	7	1	3	2	2	5	4
Algarve	3	4	4	1	2	2	1	3	2
Açores	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Madeira	2	2	2	1	1	1	1	1	1

Tabela 6 – Estimativa da necessidade de Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos em Instituições de Agudos (recursos humanos e materiais) em Portugal, ano 2007

Regiões	Unidades			Médicos			Enfermeiros/dia		
	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média
<i>Portugal</i>	14	42	28	42	170	106	106	425	266
Continente	14	41	28	41	162	102	101	405	253
Norte	5	15	10	15	60	38	37	150	94
Centro	3	10	7	10	38	24	24	95	60
Lisboa	4	11	8	11	45	28	28	112	70
Alentejo	1	3	2	3	12	8	8	30	19
Algarve	1	2	2	2	7	5	6	17	12
Açores	1	1	1	1	4	3	6	10	8
Madeira	1	1	1	1	4	3	6	10	8

Tabela 7 – Estimativa da necessidade de Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos em Instituições de Média e Longa Duração (doentes crónicos) (recursos humanos e materiais) em Portugal, ano 2007

Regiões	Unidades			Médicos			Enfermeiros/dia		
	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média	Min	Máx	Média
<i>Portugal</i>	28	64	46	56	128	92	127	319	223
Continente	27	41	34	54	82	68	122	304	213
Norte	10	22	16	20	44	32	45	112	79
Centro	6	14	10	12	28	20	29	72	51
Lisboa	7	17	12	14	34	24	34	84	59
Alentejo	2	5	4	4	10	7	9	23	16
Algarve	1	3	2	2	6	4	5	13	9
Açores	1	1	1	2	2	2	5	7	6
Madeira	1	1	1	2	2	2	5	7	6

(Dec. Lei 101/2006), onde se pretende desenvolver a implementação de recursos de cuidados paliativos, se está a tentar alcançar uma cobertura geográfica equitativa das necessidades populacionais em termos destes cuidados. Tal não tem sido conseguido até ao momento, por diversas razões, mas onde poderá ser nuclear a ausência de uma adequada avaliação das necessidades, no mínimo por estimativa, e por uma efectiva participação dos serviços públicos nestas respostas .

Em termos de camas, poderemos estar já próximos dos 10% das necessidades, colmatadas pelas Unidades do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto e Coimbra, pelo Serviço de Medicina Paliativa do Hospital do Fundão, pela Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento de Menni da Casa de Saúde da Idanha, pela Unidade do Hospital da Luz e do Hospital do Mar, assim como pela do Hospital do Litoral Alentejano e da Santa Casa da Misericórdia de Azeitão. O mesmo não acontece com o número de

equipas de outras tipologias, que como constatado, está muito abaixo desse valor, nomeadamente no alicerce de todo o sistema, que são os cuidados paliativos domiciliários.

As unidades de internamento, sendo importantes são uma das diversas tipologias de respostas, que não deverão ser a primordial prioridade, pois estão dirigidas a específicas tipologias de doentes, nomeadamente quando exista exaustão de cuidadores e descontrolo sintomático que não consiga ser restabelecido no domicílio ou pelas equipas de suporte intra-hospitalar.

Nesta área, os dados encontrados apontam para a necessidade de 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários o que contrasta, em muito, com as actuais 4 equipas existentes (Centro de Saúde de Odivelas, Instituto Português de Oncologia de Lisboa e Porto, Hospital Central do Algarve) sendo que nenhuma garante apoio 24/24 horas e 7 dias por semana. Esta tipologia de recursos de prestação

de cuidados deverá ser o prioritário em termos de implementação, pois são o suporte de toda a rede, sem o qual o doente não deixará de estar institucionalizado e, por sua vez, não se conseguirá demonstrar redução de custos na abordagem destes doentes e conseqüentemente critérios de efectividade e eficiência, assim como a redução da mortalidade institucional destes doentes.

Semelhantes resultados encontramos em relação às equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, em que na realidade temos neste momento, em Portugal, 7 equipas em tantos outros hospitais, sendo que como constatámos serão necessárias 102 equipas. A implementação destas equipas, é também de vital e primordial importância para uma eficiente rede de cuidados paliativos, pois estas equipas, são conotadas, pelos diversos peritos, como equipas com elevada eficiência e efectividade. Deverão ser, numa primeira fase, em paralelo com as equipas domiciliárias, objectivos prioritários dos organismos tutelares responsáveis pelo desenvolvimento da rede de cuidados paliativos.

Tanto o número de médicos como de enfermeiros, fica também muito aquém das necessidades, não apenas porque não exista suficiente oferta formativa, mas pela inexistência de condições que estimule os profissionais para a formação e para enveredar por uma carreira nesta área do cuidar, nomeadamente a inexistência de especialidade ou no mínimo competência em cuidados paliativos. A inexistência de um programa sistematizado de desenvolvimento de uma rede de serviços de cuidados paliativos, leva a que muitos destes profissionais, com formação avançada não coloque em prática o saber adquirido.

A necessidade de uma forte articulação entre sector público de saúde e privado, ressalta desta estimativa, pois para se alcançar esta cobertura a nível nacional, não será possível só com o sector público.

Uma forma de dar resposta às necessidades passa pelo desenvolvimento de um plano faseado com implementação de respostas a curto (até 2 anos), médio (2-5 anos) e longo (5 ou mais anos), sendo deveras prioritário um grande empenhamento no desenvolvimento das equipas de cuidados domiciliários.

## Conclusão

Um plano racional, efectivo e eficiente de cuidados paliativos necessita de ser suportado por uma adequada avaliação das necessidades. Neste campo

em que muito há a fazer as estimativas são uma ferramenta importante.

Assim sendo, estimámos que em Portugal, com base nos dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística relativos a 2007, existirão cerca de 62000 doentes com necessidade de cuidados paliativos. Necessitaremos de 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários, 102 equipas de suporte intra-hospitalar em cuidados paliativos, de 28 equipas em hospitais de agudos (319 camas), e 46 equipas (531) em instituições hospitalares vocacionadas para doentes crónicos, com as restantes camas para perfazerem um total de 1062 a serem disponibilizadas em lares.

No que respeita aos recursos humanos teremos necessidade de, em média, 668 médicos, 882 enfermeiros nas equipas de cuidados domiciliários e de suporte intra-hospitalar, além de 489 enfermeiros/dia nas unidades de internamento.

A distribuição dos recursos deverá ser efectuada de forma faseada mas equitativa entre as diversas regiões do país, para que não se assista mais uma vez a uma maior concentração nas áreas litorais, como actualmente acontece, à excepção da região do Fundão e Elvas. Dever-se-á fomentar o desenvolvimento de projectos-piloto integrados com a implementação das diversas valências em simultâneo para potenciar sinergias na aprendizagem e na qualidade dos cuidados.

Finalmente considera-se que todo o sistema deve ser alicerçado num programa de formação específica pré e pós graduada em cuidados paliativos, que leve à individualização e reconhecimento de uma competência ou especialização pelas entidades competentes.

## Bibliografia

1. Brennan F. Palliative Care as an International Human Right. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(5): 494-9
2. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care: report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series n.º 804. Geneva: World Health Organization, 1990
3. Callaway M, Foley KM, De Lima L, Connor SR, Olivia D, Lynch T et al. Funding for Palliative Care Programs in Developing Countries. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(5): 509-13
4. Council of Europe [online]. Recommendation Rec(2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. 2003 Nov 12; [3 páginas]. Disponível em URL: [http://www.coe.int/t/social\\_cohesion/health/recomendations/Rec\(2003\)24.asp](http://www.coe.int/t/social_cohesion/health/recomendations/Rec(2003)24.asp)
5. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. WHO 2002.
6. World Health Organization. Definition of Palliative Care. WHO 2002. [2páginas] Disponível em URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

7. Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjernswärd J. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Madrid: Arán Ediciones; 2005.
8. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris F. The Public Health Strategy for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(5): 486-93
9. McNamara B, Rosenwax LK, Holman DAJ. A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32(1): 5-12
10. Higginson IJ, Hart S, Koffman J, Selman L, Harding R. Needs Assessments in Palliative Care: An Appraisal of Definitions and Approaches Used. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(5): 500-5
11. Bradshaw J. A Taxonomy of Social Needs. *New Soc* 1972; 30:640-3
12. Ferris F, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C et al. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(2): 106-23
13. Herrera E, Rocafort J, De Lima L, Bruera E, García-Pena F, Fernández-Vara G. Regional Palliative Care Program in Extremadura: An Effective Public Health Care Model in Sparsely Populated Region. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(5): 591-8
14. Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Kite S, Naysmith A et al. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliat Med* 2000; 14: 93-104
15. International Association for Hospice & Palliative Care. Getting Starter: Guidelines and suggestions for those considering starting a Hospice/ Palliative Care Service [online]. [acedido em 8/12/2008] Disponível em URL: <http://www.hospicecare.com/gs/index.htm>
16. Canadian Hospice Palliative Care Association. Model to Guide Hospice and Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice. [online]. 2002 (acedido em 20/5/2008). Disponível em URL: [http://www.chpca.net/marketplace/national\\_norms/A+Model+to+Guide+Hospice+Palliative+Care+2002-URLUpdate-August2005.pdf](http://www.chpca.net/marketplace/national_norms/A+Model+to+Guide+Hospice+Palliative+Care+2002-URLUpdate-August2005.pdf)
17. Servicio Extremeño de Salud. Programa MARCO – Cuidados Paliativos. Junta de Extremadura – Consejería de Sanidad y Consumo
18. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 2004
19. Instituto Nacional de Estatística. Número de Óbitos por local de residência, sexo e idade [online]. Disponível em URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=62&tipoSeleccao=1&Contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=62&tipoSeleccao=1&Contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true)

