

Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010)

Death in hospital and at home: population and health policy influences in Londrina, State of Paraná, Brazil (1996-2010)

Fernando Cesar Iwamoto Marcucci¹
Marcos Aparecido Sarria Cabrera¹

Abstract An aging population and epidemiological transition involves prolonged terminal illnesses and an increased demand for end-stage support in health services, mainly in hospitals. Changes in health care and government health policies may influence the death locations, making it possible to remain at home or in an institution. The scope of this article is to analyze death locations in the city of Londrina, State of Paraná, from 1996 to 2010, and to verify the influence of population and health policy changes on these statistics. An analysis was conducted into death locations in Londrina in Mortality Information System (SIM) considering the main causes and locations of death. There was an increase of 28% in deaths among the population over 60 years of age. There was an increase of deaths in hospitals, which were responsible for 70% of the occurrences, though death frequencies in others locations did not increase, and deaths in the home remained at about 18%. The locations of death did not change during this period, even with health policies that broadened care in other locations, such as the patient's home. The predominance of hospital deaths was similar to other Brazilian cities, albeit higher than in other countries.

Key words Mortality, Causes of death, Home care, Death location, Palliative care

Resumo O envelhecimento da população e a transição epidemiológica implicam em tempo prolongado de terminalidade e em aumento da demanda por serviços de saúde com suporte para o processo de óbito, o qual ocorre principalmente nos hospitais. Mudanças no suporte oferecido e nas políticas em saúde podem influenciar as características dos óbitos, possibilitando a ocorrência em domicílio ou em instituições. O objetivo do presente artigo é analisar os locais de óbito no município de Londrina (PR), entre 1996 a 2010, e verificar influências das mudanças populacionais e políticas. Realizou-se uma análise das frequências dos óbitos no município, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), considerando as causas e os locais de óbito. Houve um aumento de 28% no número de óbitos da população geral, mas 48% para aquela acima de 60 anos. Aumentou o número de óbitos hospitalares, que corresponderam por 70% das ocorrências, no entanto não houve aumento na frequência de outros locais, e os domicílios mantiveram cerca de 18%. As frequências de locais de óbito não alteraram no período, mesmo com políticas de saúde que ampliaram o suporte em outros locais, como o domicílio. O domínio hospitalar foi semelhante a outros municípios brasileiros, mas maior que o observado em outros países.

Palavras-chave Mortalidade, Causas de morte, Assistência domiciliar, Local de óbito, Cuidados paliativos

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Rod. Celso Garcia Cid Km 380, Campus Universitário. 86057-970 Londrina PR Brasil. fcim@msn.com

Introdução

No século passado, houve uma mudança nos cuidados de agravos à saúde passando do cuidado informal associado a instituições filantrópicas para a concentração dos serviços de clínicas médicas e hospitais. O incremento técnico da área da saúde direcionou o tratamento das diversas doenças para o âmbito especializado e, associado ao desenvolvimento social e econômico, ampliou a possibilidade de mais pessoas receberem os cuidados ao final da vida em ambiente hospitalar. Com isso, ocorreu uma institucionalização do processo de óbito e a morte deixou de ocorrer no domicílio e passou a ser hospitalar¹⁻³.

A Organização Mundial da Saúde estima que até o ano de 2030, as causas de morte mais frequentes serão decorrente de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como as neoplasias, as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, as doenças pulmonares crônicas, entre outras, as quais frequentemente desenvolvem um prolongado período de terminalidade, causando a deterioração da qualidade de vida dos pacientes muito antes da ocorrência do óbito³⁻⁵. A população brasileira, dentro deste contexto social e demográfico, também apresenta um aumento da longevidade e da prevalência de DCNT nas causas de mortalidade, e a região sul do Brasil é a que possui o maior contingente de indivíduos idosos⁶.

O processo de terminalidade prolongado consequente das DCNT leva a um longo enfrentamento, tanto pelo paciente quanto para quem cuida deste, que envolve decisões relativas a mudanças de rotina, manejo de gastos com saúde, bem como escolha relativa aos momentos finais, como a adoção de medidas invasivas e o local de ocorrência. Uma revisão sistemática realizada por Gomes et al.⁵ analisou a preferência por local de óbito de 100.307 pessoas, com a inclusão de 210 estudos de 34 países. Esta pesquisa encontrou uma forte preferência pelo óbito em domicílio, quando há a disponibilidade de suporte adequado às demandas dos pacientes. Em 75% dos estudos incluídos na revisão, mais de 50% dos entrevistados expressaram a preferência pelo domicílio, em um terço das pesquisas a preferência foi maior que 70%. No entanto, nem sempre o local de ocorrência acontece pela preferência, mas pelas possibilidades e limitações das opções oferecidas pelos serviços de saúde.

Atualmente Londrina é referência regional na assistência à saúde, conta com uma ampla rede hospitalar, e foi uma das primeiras cidades do Brasil a estruturar um sistema de internação domiciliar, em 1996, que montou uma equipe com

foco em Cuidados Paliativos, principalmente de pacientes oncológicos⁷. Além disto, algumas políticas públicas, como o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (2002)⁸, a Política Nacional de Atenção Oncológica (2005)⁹ e a Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006, que instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS¹⁰, podem ter influenciado nas características dos óbitos da população, direcionando a ocorrência para o ambiente domiciliar.

Com o objetivo de verificar como as características dos óbitos desta população, principalmente em relação ao local de ocorrência, foram afetadas nos últimos anos buscou-se analisar os dados populacionais deste município e levantar considerações sobre o estado atual e as influências das políticas públicas na terminalidade.

Método

A pesquisa tem caráter epidemiológico descritivo, com uso da base de dados pública do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)¹¹. Realizou-se uma busca anual dos óbitos no município de Londrina, no período de 1996 a 2010, considerando a população residente, as causas de óbitos (definidas pelos capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão – CID-10), e os locais de óbito (hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros e ignorado). Limitou-se a busca até o ano de 2010, último ano disponível no sistema no período de realização deste estudo. A partir destes dados, realizou-se uma comparação das variáveis local de ocorrência, classificando as principais causas de óbitos e, posteriormente, foi analisada a progressão anual destas variáveis.

Além disto, foi realizado uma busca por pesquisas relativas ao tema nesta população nas bases de dados SciELO, Pubmed e Lilacs, com os descritores Causas de Morte, Mortalidade, Mortalidade Hospitalar, Assistência Domiciliar e Local de óbito, buscando comparar as frequências do local de óbito em diferentes populações. O acesso ao SIM e a busca nas bases de dados concentrou-se no período de maio a dezembro de 2013.

Resultados

A partir da busca realizada no banco de dados do SIM, verificou-se que o número de óbitos por ano cresceu progressivamente de 3478 ocorrências, em 1996, para 4467, em 2010, um aumento de 28% e, considerando somente a população acima de 60 anos, o aumento foi de 48% (Figura 1). Do

total de óbitos neste período os indivíduos maiores de 60 anos corresponderam por 60,3%, seguido de 33,2% dos que tinham entre 15 a 59 anos, 2,0% entre 1 a 14 anos e 4,4% menores de 1 ano.

Na análise da progressão anual por local de óbito verifica-se um aumento gradativo e importante no número dos ocorridos em hospitais a partir de 2006, no entanto este aumento não foi aparente naqueles que aconteceram em domicílio e nas vias públicas do município (Figura 2).

Em relação às frequências dos locais de óbitos no município, verifica-se na Tabela 1, que em média, neste período, mais de 70% ocorreram nos hospitais e cerca de 18% nos domicílios.

Considerando as causas de óbitos verificou-se que as principais foram as doenças do aparelho circulatório (31%) e as neoplasias (19%), seguido das causas externas e doenças respiratórias. Na Figura 3 verifica-se a influência destas causas na progressão anual dos óbitos hospitalares e domi-

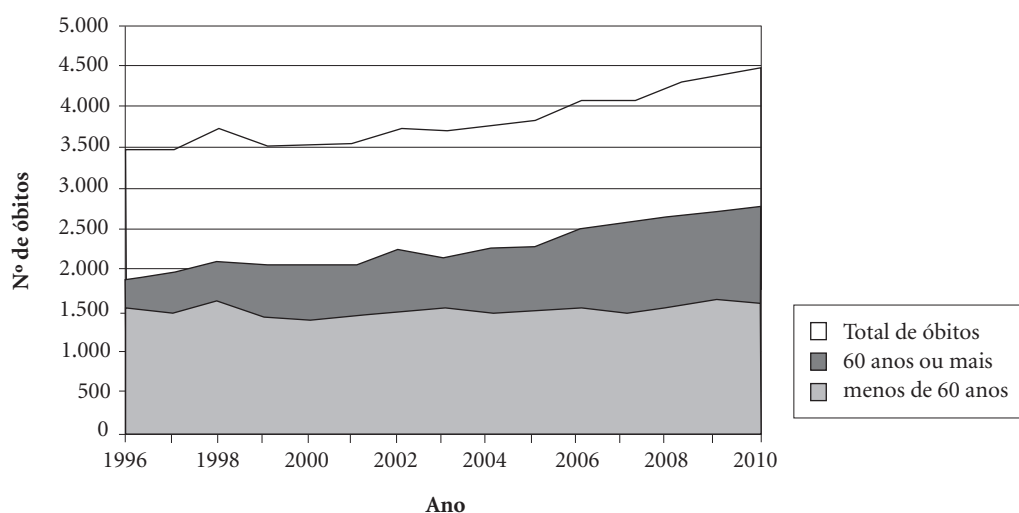


Figura 1. Progressão dos óbitos da população acima e abaixo de 60 anos no município de Londrina-PR (1996-2010).

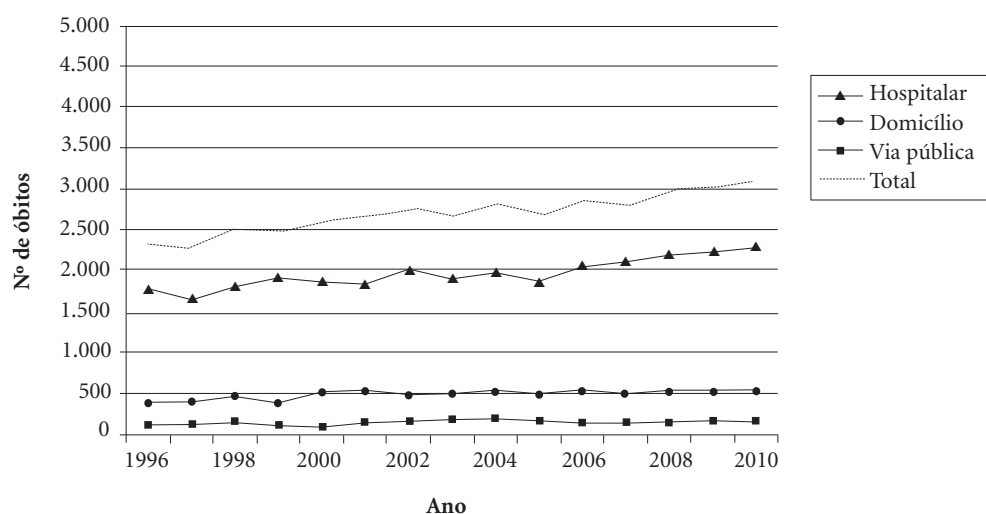


Figura 2. Progressão dos óbitos ocorridos no município de Londrina-PR, classificados por local de ocorrência (período de 1996 a 2010).

ciliares, na qual se observa que houve uma maior contribuição para o crescimento de óbitos hospitalares nos últimos 5 anos de casos decorrentes de neoplasias, enquanto que aqueles de causa circulatória permaneceram relativamente estáveis.

Em relação ao local de óbito, nas doenças circulatórias as ocorrências em hospitais corresponderam, em média, a 72,56% (Desvio Padrão [DP] = 3,50), e as domiciliares 23,07% (DP = 3,78) do total de óbito por esta causa. Para os óbitos por neoplasias, os casos hospitalares corresponderam, em média, a 82,08% (DP = 4,07), com um aumento de

aproximadamente 200 casos/ano entre os anos iniciais e finais, enquanto as ocorrências domiciliares permaneceram estáveis com média de 16,66% (DP = 3,24) do total de óbitos relacionados.

Discussão

O município de Londrina está localizado na região norte do estado do Paraná e possuía, segundo o Censo populacional de 2010, 506.701 habitantes¹². É o segundo município mais populoso

Tabela 1. Porcentagem da distribuição de óbitos no domicílio no município de Londrina (1996 – 2010).

Ano	% Hospitalar	% Domicílio	% Via pública	% Outros
1996	76,07	16,05	5,41	2,47
1997	73,45	17,64	5,92	2,98
1998	72,27	18,51	5,88	3,34
1999	77,23	15,86	4,26	2,65
2000	71,29	19,92	4,85	3,59
2001	70,41	20,07	5,03	4,49
2002	73,41	17,36	6,57	2,65
2003	71,31	18,80	6,74	3,15
2004	70,62	18,61	7,13	3,64
2005	69,42	18,35	6,19	6,04
2006	72,84	18,66	5,43	3,07
2007	75,20	17,15	5,16	2,49
2008	74,05	17,46	5,56	2,93
2009	74,24	16,99	5,68	3,09
2010	74,06	17,31	5,58	3,06
Média	73,06	17,92	5,69	3,31
Desvio Padrão	2,20	1,23	0,75	0,92

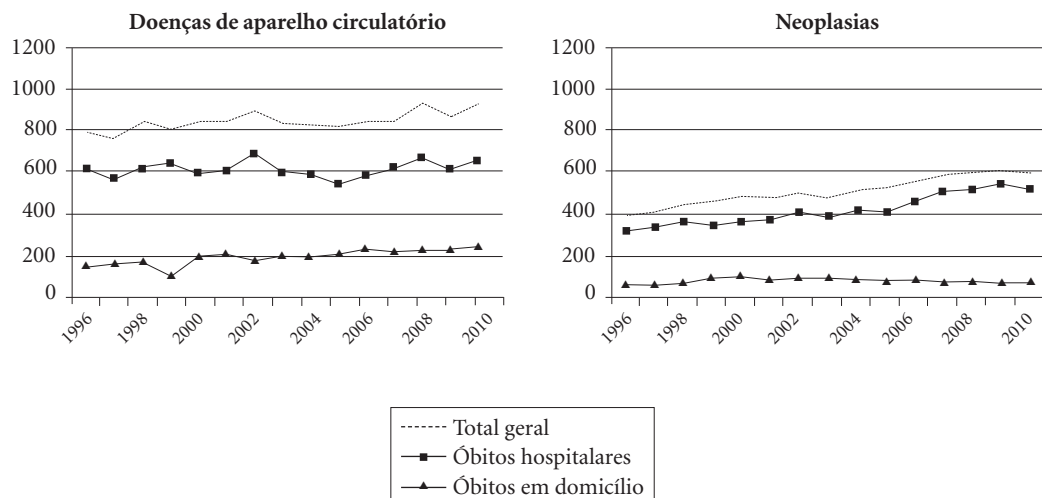


Figura 3. Progressão anual das mortes por doenças do aparelho circulatório e por neoplasias em Londrina (1996-2010).

do Estado do Paraná e sua estrutura de serviços de saúde é referência para os demais municípios da região. O município, fundado no ano de 1934, apresentou um desenvolvimento urbano recente, principalmente a partir da década de 60, e o crescimento populacional associado à necessidade de assistência à saúde demandou a estruturação da rede hospitalar. A forma como o desenvolvimento local afetou as características dos óbitos no município pode ser observada no estudo de Laprega e Manço, que avaliou as mortes ocorridas entre 1936 e 1982, com intervalo de 2 em 2 anos. Ao realizar uma sobreposição de gráficos obtidos deste estudo, a partir da população residente, verifica-se a transição dos locais de ocorrência do óbito, bem como o aprimoramento do sistema de coleta de informações¹ (Figura 4).

Observa-se que em Londrina houve uma inversão no local do óbito, antes de predomínio domiciliar, para hospitalar no meio da década de 60, e na década de 80 a proporção de óbitos hospitalares atingiu aproximadamente 70%. Como verificado neste estudo, esta proporção manteve-se estável neste período de 15 anos.

Também é possível observar o crescimento de óbitos nas faixas de etárias mais elevadas, devido ao envelhecimento populacional local associado à transição epidemiológica, com predomínio das doenças não transmissíveis como principais causas de morte. A hospitalização no óbito é uma condição predominante na sociedade atual. Entre das possíveis causas para esta realidade estão os requerimentos técnicos e científicos aplicados para os casos em que o paciente se encontra no

limiar da vida. Este fato, acrescido ao aumento da longevidade humana e da transição epidemiológica, com predomínio das doenças não infecciosas, requer um aumento constante de leitos hospitalares, unidades de tratamento intensivo e de profissionais para atender esta demanda^{5,6}.

Em 1996, Londrina estruturou um sistema de internação domiciliar, com uma equipe voltada para o suporte em Cuidados Paliativos, principalmente de pacientes oncológicos⁷. A disponibilidade de suporte de Cuidados Paliativos domiciliares tem sido fortemente associada à possibilidade de ocorrência de óbitos domiciliares¹³ e permitindo uma maior autonomia de escolha para os pacientes e cuidadores, com foco na qualidade de vida durante os períodos prévios ao óbito. No entanto, diversos fatores limitam a possibilidade do óbito domiciliar, como a necessidade de visitas médicas frequentes, a disponibilidade de equipe de suporte, a limitação ou menor aceitação pelos familiares e as condições clínicas (como dor e sintomas de difícil controle)¹³. Na falta de suporte adequado, a ocorrência do óbito em contexto familiar pode ser estressante ou mesmo traumática para os envolvidos.

Assim, apesar das iniciativas locais e das políticas nacionais ampliarem a possibilidade do óbito domiciliar, não ocorreram mudanças na frequência do óbito hospitalar. Pelo contrário, o aumento do número de óbitos foi direcionado em grande maioria para o hospital.

O local de óbito em diferentes contextos

Apesar do predomínio do óbito hospitalar, diversos países têm buscado reduzir esta proporção por meio de políticas públicas específicas, tanto pela questão da qualidade do óbito quanto pelo custo envolvido. A partir da década de 80, principalmente os países mais desenvolvidos economicamente, apresentaram uma redução dos óbitos hospitalares, tanto para pacientes oncológicos (que são mais frequentemente encaminhados para receberem Cuidados Paliativos) quanto para os não oncológicos. Estes óbitos não foram balanceados com o aumento de óbitos domiciliares, mas sim com a ampliação de leitos em instituições de longa permanência (ILP) especializadas, como *hospices* ou casas de cuidado¹⁴.

Um estudo conduzido por Gao et al.¹⁵ analisou os locais de óbito decorrentes de câncer na Inglaterra, no período de 1993 a 2010, e verificou que a proporção de óbitos hospitalares caiu de 49% para 44,9% neste período, e os domiciliares mantiveram-se estáveis variando de 22,4 a 26,2%. Outro local comum de ocorrência de

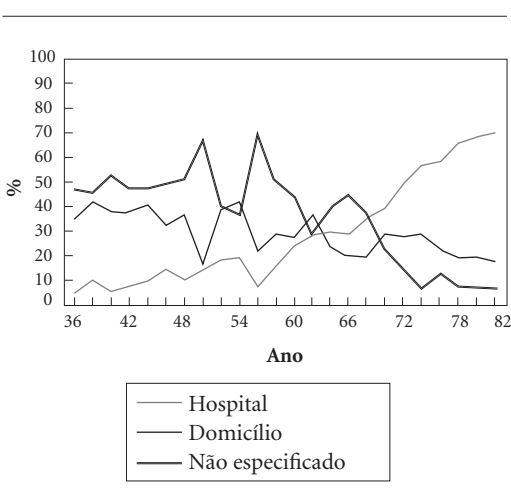


Figura 4. Porcentagem de óbito hospitalares e domiciliares de indivíduos residentes de Londrina-PR (1936-1982) (sobreposição dos gráficos de Laprega e Manço, 1999¹).

óbitos neste país são os *hospices*, que cresceram em participação de 13,6 para 17,4% entre 1993 a 2010. Este estudo relaciona a queda parcial na frequência de óbitos hospitalares a um programa nacional de cuidado ao fim da vida, realizando na Inglaterra a partir de 2004, que busca conciliar o óbito ao local escolhido pelas pessoas, associado a cuidados específicos para estes pacientes.

Para a população belga, Houttekier et al.¹⁴ verificaram que, entre o período de 1998 a 2007, a proporção de óbitos hospitalares caíram de 55,1% para 51,7%, enquanto as mortes ocorridas em casas de cuidado (*care homes*) aumentaram de 18,3% para 22,6%. Os óbitos domiciliares mantiveram-se relativamente estáveis no período, variando de 22,4% a 23,0%. Segundo os autores, a redução de óbitos hospitalares foi devido à substituição dos leitos domiciliares pelos das casas de cuidado. Neste estudo, ao considerar a progressão das tendências observadas, os autores estimam que os óbitos em casas de cuidados podem se aproximar ou mesmo ultrapassar a proporção dos hospitalares até o ano de 2040.

Considerando o contexto brasileiro, o alto índice de óbitos hospitalares também foi observado em outras regiões, como no estudo de Telarolli Júnior e Loffredo⁶, realizado em Araraquara (estado de São Paulo) considerando o período de 2006 a 2011, e, somente para os indivíduos acima de 60 anos, constatou-se uma porcentagem de 76% de óbitos hospitalares e 20% domiciliares. Os óbitos em asilos e casas de repouso cresceram mas ainda são pouco expressivos na distribuição geral (menor que 4%). As principais causas de óbitos foram muito semelhantes às encontradas no presente estudo, com predomínio de doenças não transmissíveis. A maior frequência de óbitos domiciliares foi creditada a maior predisposição de considerar o óbito em domicílio como opção

para os indivíduos mais idosos, com o objetivo de humanizar o evento.

Um estudo realizado em Recife, considerando o período entre 2004 a 2006, e somente com indivíduos acima de 60 anos, verificou um índice de óbitos hospitalares de 75,5 a 82,2%, domiciliares de 16,1 a 19,5% e em ILP menor que 2%. Os autores observaram um maior risco do óbito hospitalar nos estratos com menores condições de vida, sugerindo que a população mais carente de recursos tem dificuldade para ter acesso nas fases iniciais da doença e, assim, são conduzidos ao hospital mais tardiamente, o que limita sua assistência nas fases mais avançadas¹⁶.

Uma comparação relacionada às frequências dos locais de óbitos em diferentes populações pode ser observada na Tabela 2.

Políticas Brasileiras e sua relação com o local de óbito

Acredita-se que as taxas de hospitalização são determinadas pelas políticas públicas de saúde e pela disponibilidade de leitos hospitalares e o suporte domiciliar¹³. No contexto brasileiro do cuidado no fim da vida verifica-se uma limitação de possibilidades, centrada no óbito hospitalar, com uma mínima porção de casos domiciliares, o que leva conseqüentemente à superlotação das unidades hospitalares^{17,18}.

Atualmente, não há no contexto brasileiro, em especial no setor público, outras opções disponíveis à população, como ILP especializadas para o cuidado de pacientes em fase avançada (como os *hospices*) ou serviços estruturados de Cuidados Paliativos. Uma resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) N° 283, de 26 de setembro de 2005, estabeleceu os parâmetros aceitáveis dos

Tabela 2. Proporção de óbitos segundo o local de ocorrência em diferentes países e cidades brasileiras, e comparação com o presente estudo.

País	Período	Óbitos hospitalares	Óbitos domiciliares	Óbitos em ILP	Autores, ano
Inglaterra	1993 a 2010	49 – 44,9%	22,4 – 26,2%	13,6 – 17,4%	Gao et al., 2013 ¹⁵
Bélgica	1998 a 2007	55,1 – 51,7%	22,4 – 23,0%	18,3 – 22,6%	Houttekier et al., 2012 ¹⁴
Alemanha	1994 a 2009	44 – 50%	29 – 38%	13 – 21%	Simon et al., 2012 ¹⁹
Canadá	1994 a 2004	77,7 – 60,6%	19,3 – 29,5%	3,0 – 9,9%	Wilson et al., 2009 ¹³
Estados Unidos	1980 a 1998	54 – 41%	17 – 22%	16 – 22%	Flory et al., 2004 ²⁰
Brasil (Cidades)					
Londrina	1996 a 2010	76,79 – 82,66%	10,93 – 17,01%	0,24 – 0,7% ^β	*
Araraquara ^α	2006 a 2011	76%	20%	>4%	Telarolli Júnior e Loffredo, 2013 ⁶
Recife ^α	2004 a 2006	75,5-82,2 %	16,1 – 19,5%	>2%	Magalhães et al., 2011 ¹⁶

^β Dados disponíveis somente a partir do ano 2000. * Dados do presente estudo. ^α Dados relativos somente para indivíduos acima de 60 anos.

cuidados, estrutura física e operacional de recursos humanos para as ILP para idosos, mas não estabelece condições para o atendimento de pessoas com doenças em fase avançada, o acesso para indivíduos não idosos mas dependentes ou com necessidade de Cuidados Paliativos²¹.

Nos últimos anos, a alternativa à hospitalização promovida pelo setor público é o atendimento domiciliar. No Sistema Único de Saúde (SUS), este formato de atenção foi instituído pela Lei Nº 10.424, de 15 de abril de 2002, a qual definiu o atendimento domiciliar, inclusive internação, para atuar na medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora²². No entanto, somente pela Portaria Nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, foram definidas as formas de atuação, a formação da equipe de cuidados, a definição dos recursos financeiros e as condições de credenciamento, e colocaram como prioridade de eleição os idosos, os portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, os portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos e os portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente¹⁰. Mais recentemente, as formas de assistência domiciliar foram redefinidas pela Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013²³, que estabelece o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no SUS, definindo a formação da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), incluindo em suas prerrogativas os Cuidados Paliativos e a assistência ao óbito, e, posteriormente, complementada pela Portaria Nº 1.208, de 18 de junho de 2013, que integrou o Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergência²⁴.

Em relação aos cuidados específicos, cita-se a Portaria nº 19, de 3 de janeiro de 2002, que instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, no entanto sem definir as formas de implementação⁸. Enquanto na Portaria Nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Oncológica, que indicou a necessidade de integrar os diversos níveis de atenção no atendimento dos pacientes oncológicos, incluindo os Cuidados Paliativos. Esta portaria estipula para a atenção básica a possibilidade de realizar, além das ações preventivas e terapêuticas, atendimento em Cuidados Paliativos para estes pacientes⁹. Além disso, há políticas voltadas especificamente ao direito do idoso, como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, mas sua efetivação depende da participação dos agentes envolvidos (usuários, profissionais e gestores) para possibilitar um amplo suporte à saúde da população idosa que será cada vez maior²⁵.

Mesmo acompanhando as tendências demográficas e o aumento da prevalência das doenças crônicas, muitos sistemas de saúde ainda são orientados ao imediatismo, com ênfase no cuidado agudo e não na prevenção e no cuidado crônico, e os serviços de saúde ainda tratam as doenças crônicas como episódios isolados²⁶. Nestes casos, a ocorrência de óbito pode ser prevista com antecedência e as ações devem promover a busca por uma “boa morte”: com acesso a Cuidados Paliativos, mais opções de escolha para o local de ocorrência e suporte técnico aos familiares, mesmo em ambiente domiciliar.

Considerações finais

Neste estudo observou-se um predomínio de ocorrência de óbitos em hospitais, semelhante ao observado em outros municípios brasileiros, porém mais elevados em comparação com outros países. Também é possível verificar o aumento da influência do envelhecimento populacional e das doenças não transmissíveis nos óbitos, e que estes foram direcionados para o cuidado hospitalar nas fases mais avançadas. É preciso considerar que, em relação aos cuidados prestados nos momentos finais, não é somente o evento morte que importa, mas todo o processo de morrer²⁷. Assim, mais do que o local, é a qualidade da atenção oferecida e do acolhimento prestado que afetam como se dará o processo de fim da vida para aqueles que enfrentam uma doença potencialmente fatal, e marcará, positiva ou negativamente, a lembrança daqueles que ficam.

Entre as alternativas à hospitalização, as políticas de saúde pública brasileira buscam ampliar o número de leitos domiciliares e a inserção de ações em Cuidados Paliativos para aqueles com doenças em fase avançada ou sem possibilidade de cura. Alguns países adotaram, como opção, a ampliação de instituições não hospitalares, como *hospices* ou casas de cuidado, adaptados para receber estes pacientes e com um custo operacional reduzido, além de promover um ambiente mais confortável ao paciente e seus familiares. Tal modelo pode ser considerado como uma opção para a estruturação e a ampliação da assistência ao óbito no SUS. Mudanças recentes nas políticas de saúde pública do Brasil podem afetar esta distribuição relacionada aos locais de óbito, as quais devem ser investigadas futuramente, bem como verificar, também, a qualidade do óbito disponível para a população.

Colaboradores

FCI Marcucci e MAS Cabrera participaram do planejamento, realização e redação do estudo.

Referências

- Laprega MR, Manço ARX. Tendência histórica da invasão de óbitos em município da Região Sul do Brasil: período de 1936 a 1982. *Cad Saude Publica* 1999; 15(3):513-519.
- Roncarati RC, Raquel MP, Rossetto EG, Matsuo T. Cuidados Paliativos num Hospital Universitário de Assistência Terciária: uma necessidade? *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* 2003; 24(1):37-48.
- World Health Organization (WHO). Palliative Care For Older People: Better Practices. 2011. [acessado 2013 set 30]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
- World Health Organization (WHO). The global burden of disease: 2004 update. . 2004. [acessado 2013 out 5]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html
- Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC palliative care* 2013; 12(1):7.
- Telarolli Júnior R, Loffredo LCM. Mortalidade de idosos em município do Sudeste Brasileiro de 2006 a 2011. *Cien Saude Colet* 2014; 19(3):975-984.
- Feuerwerker L. A Atenção Domiciliar no município de Londrina Rio de Janeiro: UFRJ. [acessado 2013 out 4]. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos.php>
- 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. *Diário Oficial da União* 2002; 8 jan.
- 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. *Diário Oficial da União* 2005; 9 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). TABNET - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2013. [acessado 2013 ago 1]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades*. 2013. [acessado 2013 ago 1]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>
- Wilson DM, Truman CD, Thomas R, Fainsinger R, Kovacs-Burns K, Froggatt K, Justice C. The rapidly changing location of death in Canada, 1994–2004. *Soc Sci Med* 2009; 68(10):1752-1758.
- Houttekier D, Cohen J, Surkyn J, Deliens L. Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health* 2011; 11:228.
- Gao W, Ho YK, Verne J, Glickman M, Higginson IJ. Changing patterns in place of cancer death in England: a population-based study. *PLoS medicine* 2013; 10(3):e1001410.
- Magalhaes APR, Paiva SC, Ferreira LOC, Aquino TA. A mortalidade de idosos no Recife: quando o morrer revela desigualdades. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2011; 20(2):183-192.
- Simon ST, Gomes B, Koeskeroglu P, Higginson IJ, Bau-sewein C. Population, mortality and place of death in Germany (1950-2050) - implications for end-of-life care in the future. *Public health* 2012; 126(11):937-946.
- Flory J, Young-Xu Y, Gurol I, Levinsky N, Ash A, Emanuel E. Place Of Death: U.S. Trends Since 1980. *Health Affairs* 2004; 23(3):194-200.
- Luporini F. Superlotado, Hospital Universitário restringe atendimento. *Jornal de Londrina* 2008; 18 nov. p. 4.
- Strassacapa H. HU aguarda próximo boletim de lotação para definir rumo do hospital. *Gazeta do Povo* 2010; 22 set. [acessado 2013 ago 1]. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/maringa/conteudo.phtml?id=1049344&tit=HU-aguarda-proximo-boletim-de-lotacao-para-definir-rumo-do-hospital>
- Brasil. Resolução Anvisa/DC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. *Diário Oficial da União* 2005; 27 set.
- Brasil. Lei Nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2002; 16 abr.
- 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). *Diário Oficial da União* 2013; 28 mai.
- 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. *Diário Oficial da União* 2013; 19 jun.
- Andrade LM, Sena ELS, Pinheiro GML, Meira EC, Lira LSSP. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2013; 18(12):3543-3552.
- Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cien Saude Colet* 2008; 13(4):1107-1111.
- Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1755-1760.

Artigo apresentado em 21/04/2014

Aprovado em 02/09/2014

Versão final apresentada em 04/09/2014