



JOANA HELENA ROQUE SAMPAIO

MORRER EM CASA OU NO HOSPITAL

Trabalho de Projecto apresentado para a
obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos, sob a orientação do Mestre Ferraz
Gonçalves.

1º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2011

MORRER EM CASA OU NO HOSPITAL

DEATH AT HOME OR HOSPITAL

JOANA HELENA ROQUE SAMPAIO

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

**LICENCIATURA EM ENFERMAGEM, A EXERCER FUNÇÕES NO CENTRO DE
SAÚDE DE FELGUEIRAS**

RUA LUÍS DE CAMÕES, 4615-653, LIXA

MORRER EM CASA OU NO HOSPITAL

RESUMO

A morte é um fenómeno único, individual e inevitável. Assim como o nascimento, a morte é um processo natural da vida que desperta as mais diferentes reacções emocionais nos seres humanos.

A natureza encarrega-se de mostrar todos os dias que todos os seres vivos têm sempre um princípio e um fim, e entre este princípio e fim está a decorrer a vida. Mas então porquê, apesar de ser algo tão natural e quotidiano, causa tanto receio?

Existem muitos factores que intervêm para que isto aconteça e cada caso é particular e único. Todos têm formas diferentes de enfrentar a morte. Existem factores culturais, religiosos, económicos e pessoais que têm que ver com a experiência passada da relação com a morte de cada um. Ao vivenciar a morte de um familiar ou ente querido, praticamente não se conseguem encontrar palavras para descrever ou exprimir o turbilhão de emoções que são vividas.

Pensar na morte é, por si só, assustador para a maioria das pessoas, sendo preferível nem falar ou pensar neste assunto. A verdade é que a morte é um desfecho inevitável, e isto deve ser enfrentado e aceite se quisermos viver plenamente a nossa vida, pois a morte faz parte dela.

Quando é recebida a notícia de uma doença incurável, a pessoa necessita de reestruturar a sua vida e definir novas metas e objectivos adequados a esta nova fase. É

um procedimento doloroso para a pessoa e sua família, e muitas vezes o doente em determinado momento define ou escolhe o local que prefere para ocorrer a sua morte.

Neste sentido, é essencial contar com o apoio dos seus familiares próximos e também com os profissionais de saúde, de forma a poderem ajudar no cumprimento da vontade do doente, seja ela qual for. Torna-se preponderante providenciar suporte e cuidados não só ao doente em si, mas também aos familiares, que desempenham um papel essencial e preponderante nesta fase difícil.

Pretende-se então realizar uma revisão de literatura em torno da evolução do conceito de morte, assim como explicar a visão existente dos cuidados paliativos hospitalares e dos cuidados paliativos domiciliários, tendo em conta alguns estudos e artigos realizados.

Palavras Chave: Morte, Cuidados Paliativos, Local da morte

DEATH AT HOME OR HOSPITAL

ABSTRACT

Death is an unique, individual and inevitable event. Like a child birth, death is a natural process of life that causes the most different emotional reactions in humans.

Nature shows every day that all human being always have a beginning and an end, and between this, life happens. But then why, despite being so natural, it causes such fear in people?

There are many factors involved to make this happen and each case is particular and unique. Everyone has different ways of facing death. There are cultural, religious, economic and personal factors that are related with the past experience of connection with the death of each one. By experiencing the death of a family member or loved on, people can hardly find words to describe or express the whirlwind of emotions that are experienced.

Thinking about death is, in itself, frightening to most people, it is preferable not to talk or think about this. The truth is that death is an inevitable outcome, and this must be faced and accepted if we want to fully live our lives, because death is part of it.

When receiving the news of an incurable disease, the patient would need to restructure his life and set new goals and objectives appropriate to this new phase. It is a painful procedure for the person and his family, and often the patient, at a certain

moment, defines and choose the place of his death to occur. Therefore, it is essential to have the support of his immediate family and with health professionals, so that they can help fulfill the patient's will, whatever it is. It becomes important to provide support and care to the patient not only itself, but also to the family, which play an essential and predominant role in this difficult phase.

It is intended to hold a review of the literature surrounding the evolution of the concept of death as well as explain the existing view of the hospital palliative care and hospice home care, taking into account several studies and articles.

Key Words: Death, Palliative care, Place of death

EVOLUÇÃO DA ATITUDE PERANTE A MORTE

A consciência da morte não é algo de inato, mas sim produto de uma consciência que traduz o real, uma vez que, apenas por perceber esta realidade da morte, é que o Homem sabe que tem que morrer. (1)

No entanto, apesar de todos encararem a morte como sendo certa, existe um esquecimento ou afastamento desta ideia por parte do Ser Humano, pois se não se pensar nela é como se a mesma não existisse. Esta ocultação da morte, juntamente com os avanços tecnológicos que decorreram ao longo do Século XX, fazem com que o Ser Humano viva como se fosse imortal, pensando que com tantos avanços da Medicina, quando chegar a sua vez, ou a vez dos seus familiares, existirá sempre uma solução. (1)

Os avanços tecnológicos ocorridos no âmbito da Medicina alteraram também as causas de morte, dando lugar à ocorrência cada vez maior das doenças crónicas, bem como o aumento da longevidade. (2)

Segundo o quadro de Lynn (Quadro I) das mudanças ao longo de um século nos Estados Unidos, conclui-se então que houve um aumento da esperança média de vida, mas isso não implica que haja um aumento da qualidade de vida, pois existindo a predominância de doenças crónicas e/ou incapacitantes, leva a que os indivíduos morram menos de causas fulminantes como as infecciosas, mas por outro lado as novas causas de morte implicam uma maior dependência antes da morte. (2)

Outro dos aspectos que é necessário salientar na análise deste quadro é a alteração do local da morte. De facto há uns anos atrás a morte ocorria com muito mais frequência em casa do próprio ou dos filhos, isto porque por norma existiam famílias

mais numerosas, a mulher ficava em casa e tinha mais disponibilidade para cuidar dos seus entes queridos. Com as alterações que foram ocorrendo com o evoluir do tempo, a mulher passa a ter também um lugar no mercado laboral e a dificuldade para cuidar de familiares à beira da morte torna-se muito maior. (1)

A realidade em Portugal mantém-se semelhante, uma vez que 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou as doenças neurológicas progressivas (demências, doença de Parkinson, esclerose múltipla, etc.). Em múltiplas ocasiões, também existem co-morbilidades (síndromes geriátricas) que se desenvolvem de uma forma progressiva em semanas ou meses, com frequentes crises de necessidades. (3)

Com a alteração de todos os factores acima mencionados, urge também a necessidade de uma mudança da actuação médica que, tendo ao seu dispor tantos meios para combater a morte de um doente, encara este acontecimento como uma derrota. A morte passou a ser negada e encarada como derrota por muitos profissionais de saúde, como falhanço e frustração, e o treino dos profissionais sofreu, de algum modo, uma desumanização, com menor enfoque nas questões em torno da não-cura. A partir de uma determinada fase da patologia do doente começa a ser necessária então a utilização de uma medicina paliativa ao invés de curativa. (4)

Hoje, falar sobre a morte desperta temor e medo entre os seres humanos, pois está associado à tristeza, à perda, ao silêncio e ao desaparecimento, o que parece explicar as nossas dificuldades em lidar com esse tema. Entretanto, por muito tempo a morte foi considerada e encarada como parte da vida.

O processo da morte e do morrer tem todo um contexto histórico e cultural que tem sido estudado desde a antiguidade, tendo evoluído ao longo dos anos, sendo variável em culturas e sociedades diferentes. Através da história, o ser humano foi encontrando mecanismos para lidar com a ideia da existência da morte, como a bruxaria, magia e religião e, actualmente, o mecanismo utilizado para a negação da morte são os avanços tecnológicos. (4)

Philippe Ariès mostra como o processo de morte sofreu transformações adquirindo assim em cada época características distintas.

Segundo Ariès (5), "antigamente a morte era esperada no leito. (...) uma cerimónia pública e organizada. Organizada pelo próprio moribundo (...) era importante que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes. Levavam-se as crianças. (...) a simplicidade com que os ritos da morte eram aceitos e cumpridos, de modo cerimonial, evidentemente, mas sem carácter dramático ou gestos de emoção excessivos". Época em que o autor chama de "morte domada".

Philippe Ariès (5) considera que no Século VIII a morte era vista como um destino colectivo da espécie, em que todos tinham que morrer e havia uma aceitação da ordem natural dos acontecimentos, regida também por uma confiança mística. Nesta época as condições de vida eram difíceis, existiam mortes mais precoces, sendo a esperança média de vida inferior, pelo que a morte era frequente no dia-a-dia de cada pessoa. Nesta altura a morte era uma cerimónia pública, que se encontrava aberta a todos, sendo encarada como algo natural, que fazia parte do quotidiano. As pessoas compreendiam que chegara o momento de morrer, preparavam-se, faziam as suas despedidas e disposições, ocorrendo a "boa morte". (5)

No Século XI ocorre a individualização da morte, que passa a ser encarada cada vez mais como um incidente privado, já não um acontecimento público. Em lugar do juízo universal, assume relevância a representação do juízo particular, em que a pessoa terá de prestar contas logo depois de morrer, dependendo da actuação do indivíduo em vida. Existiam anjos e diabos a tentar interferir na intervenção divina, como se pode ver em ilustrações da época, contabilizando-se as boas e más acções de cada um. Neste período era habitual fazer-se um testamento, tendo como finalidade programar os procedimentos fúnebres que pretendia que ocorressem quando chegasse a sua hora. (5) Era então muito importante morrer rodeado das pessoas familiares, realizando as despedidas e firmando o testamento, garantindo a continuidade de suas vontades após a sua morte, e efectuando a distribuição dos bens. O que se temia nesta época era morrer de forma repentina, isolado, sem que as pessoas percebessem.

A partir dos Séculos XIX e XX ocorreu uma fragmentação e ocultação da morte, existindo até uma hipótese de imortalidade devido aos avanços tecnológicos e ao aumento da esperança média de vida, que faz pensar que praticamente a morte não existe. Grande parte das doenças têm um desenvolvimento lento, o tratamento pode ser demorado, bem como pode ser associado com sofrimento e dor. A morte mais desejada nos tempos de hoje é a morte rápida, preferencialmente sem consciência, a morte que nem se percebe. A morte temida é a morte demorada, com intensa dor e sofrimento (5).

O medo e a tentativa de fuga da morte criam uma barreira afastando a família, o doente e a equipa de saúde. Todos ficam sem saber o que fazer, como agir. Parecem não querer envolver-se, na tentativa de não experienciarem sentimentos como a culpa, a angústia, o medo e a sensação de fracasso, frequentemente relacionados com a morte. Cabe aos profissionais de saúde alterarem esta mentalidade e encontrarem mecanismos para conseguirem lidar com a morte da melhor forma possível.

CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARES

Como já foi referido anteriormente, hoje em dia, os cuidados de saúde estão, na sua generalidade, direccionados para a cura e/ou prevenção da doença. Desta forma, torna-se difícil cuidar e acompanhar os doentes com sofrimento intenso na fase final da sua vida e prestar a ajuda que estes necessitam para continuarem a viver com dignidade e qualidade.

Surgiu então a necessidade de colmatar esta falha no sistema de saúde actual, integrando os Cuidados Paliativos no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (6, 7) através do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. (8)

Cuidar em fim de vida é uma necessidade, a qual tem que ser enfrentada, havendo que identificar as situações, definir planos e estratégias e agir em concordância com a globalidade do doente.

Os Cuidados Paliativos permitem aos doentes e aos seus familiares/cuidadores informais viverem cada dia pleno e confortável e ainda possibilita lidar com stress causado pela doença, morte e luto. (8)

Segundo um estudo realizado no Sul de Inglaterra (9) sobre o local da morte de pacientes com cancro, foi realizado um levantamento de dados no período entre 1985 a 2002, dividido em duas fases, antes e depois de 1994. Antes de 1994 as mortes no Hospital desceram de 67% para 44% e as mortes no domicílio no mesmo período aumentaram de 17 % a 30%. Entre 1995 e 2002 as mortes em meio hospitalar subiram para 47% e as mortes no domicílio desceram para 23%. Conclui-se então que a percentagem de doentes a morrer em casa é mais baixa neste último período do que há

uma década atrás. São vários os aspectos psicossociais e económicos que levam a estes factos, pois hoje em dia a mulher também possui um emprego fora de casa, o que leva a uma menor disponibilidade para cuidar de um familiar com uma doença avançada.

Há alguns anos atrás, morrer em casa, junto dos familiares e amigos, respeitando as crenças e costumes da pessoa doente em fase terminal, eram considerados um processo digno e natural do ciclo vital do homem. Actualmente, a morte perdeu o carácter familiar e social que possuía, cada vez mais as pessoas morrem em instituições hospitalares.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (10) tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a Qualidade de Vida, o bem-estar e o conforto das pessoas necessitadas dos mesmos em consequência da doença crónica ou degenerativa.

A prática de Cuidados Paliativos, deve ter uma organização própria e específica, prestada por equipas técnicas preparadas, que congrega além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade, para o efeito com a responsabilidade de proporcionar cuidados adequados às necessidades dos doentes e famílias (8).

“As Unidades de Cuidados Paliativos são unidades de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde”. (11)

A Organização Mundial de Saúde considera os Cuidados Paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes (12).

Estes cuidados definem-se como uma resposta activa aos problemas decorrentes de uma doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde activos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo. (13)

Os Cuidados Paliativos devem ser prestados em qualquer estágio, não sendo determinados pelo diagnóstico, mas pela situação e necessidades do doente.

As áreas de actuação fundamentais destes cuidados baseiam-se no controlo dos sintomas do doente, na comunicação adequada, trabalho em equipa e no apoio à família (13). É fundamental estabelecer uma ligação empática com o doente mas também com a família, que desempenha um papel importante na parceria com os profissionais de saúde.

CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS

Os cuidados paliativos domiciliários estão ainda pouco desenvolvidos no nosso país, contudo, estão a formar-se cada vez mais equipas domiciliárias específicas que prestam cuidados paliativos e começa-se então a investir neste tipo de cuidados essencial para a nossa realidade social.

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados começam então a ser implementadas e segundo o Decreto-Lei 101/2006 do artigo 27º (14), estas são: “equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.”

Segundo o artigo 28º do mesmo Decreto-Lei (15), estas equipas devem assegurar cuidados domiciliários de enfermagem e médicos, que podem ser de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas.

No mesmo decreto, no artigo 29º (16) é também proposta a criação das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, que são: “ Equipas multidisciplinares que tem por finalidade prestar assessoria diferenciada em Cuidados Paliativos às equipas prestadoras de cuidados domiciliários das Unidades de Saúde Familiares/Centros de Saúde, e das Unidades de Internamento de média e longa duração.”.

Como se pode verificar, em Portugal, a Rede de Cuidados Continuados pretende desenvolver os cuidados paliativos também a nível domiciliário, além das unidades hospitalares, prevendo-se que se possam proporcionar cada vez mais condições para que um doente em fase terminal se mantenha em sua casa.

Num estudo realizado por Higginson IJ. (17), os autores chegaram à conclusão que as futuras políticas e a prática clínica deviam focar-se em dar mais apoio às famílias de doentes terminais e intensificar a prática de cuidados paliativos domiciliários. Os estudos que foram feitos revelaram que a sustentabilidade de manter os doentes em fase

terminal em casa depende da proximidade que os familiares têm e quais as suas capacidades para tomar conta dos seus entes queridos em casa. Também revelam a importância dos desejos da família no local dos cuidados e da morte, sugerindo que uma decisão final nesta matéria é negociada entre o doente e a família.

Foi também realizada uma revisão sistemática da literatura (18) sobre as preferências do local da morte dos doentes com cancro avançado, em que se chegou à conclusão que os cuidados paliativos domiciliários são a preferência mais comum da generalidade dos doentes, sendo as unidades de cuidados paliativos a segunda escolha destes doentes em fase terminal. Neste sentido, a vontade do doente pode e deve ser um factor determinante na escolha do local da sua morte, pelo que é peremptório fornecer apoio e condições para que tal seja proporcionado aos doentes em fase terminal.

Tal como “paz”, “felicidade”, “saúde”, a palavra “casa” evoca sentimentos positivos em qualquer ser humano (19). A casa de cada um é um sítio de confiança, onde podemos confiar no outro, onde as pessoas se sentem confortáveis, relaxadas e seguras, é o local onde a sua privacidade é mais respeitada.

Na Irlanda, 42% dos doentes com cancro morrem em casa e esta percentagem continua a aumentar. O desenvolvimento neste país das novas tecnologias, aplicadas também nos cuidados prestados no domicílio, tais como formas de tratamento e outras formas de controlo de sintomas, permitiram a muitos pacientes morrer em suas casas, e que anteriormente não tinham condições para o fazer. (19)

Num artigo realizado por Hudson P. (20), este autor conclui que os cuidados paliativos domiciliários incluem determinados benefícios, tais como a sensação de normalidade, autonomia e conforto. O autor destaca ainda a importância de prestar

apoio aos familiares dos doentes em cuidados paliativos, uma vez que este papel exige um grande comprometimento por parte dos mesmos, devendo ser prestados cuidados de excelência tanto ao doente em si como à sua família, que faz parte integrante de todo o processo envolvente.

O cuidador informal é o principal agente do sistema de apoio familiar, no apoio e prestação de cuidados ao indivíduo com doença terminal no seu domicílio, o qual desempenha um papel crucial, pois assume a responsabilidade do cuidar de uma forma global e contínua.

No entanto, todo um conjunto de alterações demográficas tem vindo a modificar o panorama dos cuidadores informais, através da diminuição do número de familiares disponíveis para cuidar e do aumento do número de idosos a necessitar de apoio, pelo que cada vez mais, será necessário tomar medidas que permitam às famílias continuar a cuidar dos seus idosos dependentes em contexto domiciliário. (21)

A conciliação de um emprego com a prestação de cuidados não é fácil, podendo mesmo ser impossível. Alguns destes cuidadores optam pela redução dos horários de trabalho ou mesmo rescisão da actividade remunerada. Ao reduzir ou abdicar do seu trabalho passa a haver uma redução significativa de recursos económicos e concomitantemente das actividades sociais. São mudanças geradoras de conflitos e alterações nas relações interpessoais, nomeadamente entre o cuidador e o doente, mas sobretudo com os restantes familiares (21).

É essencial que as equipas de cuidados paliativos domiciliários tenham profissionais com formação na área, de forma a poderem orientar e supervisionar o prestador de cuidados, apoiando em todas as áreas necessárias, uma vez que, cada vez mais, o futuro pode passar pelos cuidados ao doente terminal na sua casa.

CONCLUSÃO

Os estudos realizados sobre a preferência dos doentes e o local onde a morte efectivamente ocorre, revelam que grande parte dos doentes em fase terminal escolheria o seu domicílio como local da sua morte. No entanto, a realidade é bem diferente.

Para a maioria das pessoas as suas casas são o seu local de eleição, aquele local onde se identificam e se sentem bem consigo mesmas.

Assim sendo, é essencial apostar cada vez mais na formação de profissionais de saúde na área dos Cuidados Paliativos, bem como fornecer à comunidade meios de assistência e de prestação destes cuidados domiciliários, para que os cuidadores não se sintam abandonados ou isolados, e principalmente com a sensação de impotência, por muitas vezes não conseguirem ajudar o seu ente querido.

Em Portugal estão já a ser implementadas algumas equipas que possuem estas competências, como foi demonstrado neste artigo, o que leva a ter alguma esperança de que se está no caminho certo para a progressão deste tipo de cuidados, sendo necessário ressaltar que ainda há muito a ser feito neste âmbito.

A morte é um acontecimento real, pelo qual todas as pessoas vão passar, sendo em algumas situações um processo difícil, em que todos gostariam de ver os seus maiores desejos cumpridos, tal como ter a possibilidade de escolher onde e como gostaria de “viver” a morte.

AGRADECIMENTOS

Como não podia deixar de ser, o meu primeiro agradecimento é para o meu orientador, o Mestre Ferraz Gonçalves, que me apoiou e orientou sempre para o melhor caminho a seguir, dando as sugestões e realizando uma leitura crítica do meu trabalho.

Em seguida deixo também o meu agradecimento às minhas colegas da ECCI de Felgueiras pelo apoio e compreensão que me foram dando ao longo de todo este processo de construção do trabalho de projecto.

Por último, quero agradecer à minha família, que como sempre está presente em todos os momentos difíceis e importantes da minha vida, sem o apoio dos quais este processo seria muito mais árduo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BARBOSA, A.; NETO., I.: Manual de Cuidados Paliativos. Centro Bioética: Faculdade de Medicina de Lisboa 1ª Ed.2006;17-52.

- (2) LYNN, J: Improving care for the end of life. Oxford: Oxford University Press 2000.

- (3) DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS): Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde: Lisboa, 2004.

- (4) BARBOSA, A.: Pensar a morte nos cuidados de saúde. Análise Social – Novas faces da Saúde; 166 (XXXVIII) 2003; 35-49.

- (5) ARIÈS P.: A Historia da morte no Ocidente. Rio de Janeiro, Ediouro, 2003; 25-89.

- (6) MINISTÉRIO DA SAÚDE: Plano nacional de saúde 2004/2010: prioridades. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004a.

- (7) MINISTÉRIO DA SAÚDE: Plano nacional de saúde: orientações estratégicas 2004-2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004b.

- (8) DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE: Circular normativa nº 14 de 13 de Julho. Criação do Programa nacional de cuidados paliativos, 2004.

(9) DAVIES E, LINKLATER KM, JACK RH, CLARK L, MOLLER H.: How is place of death from cancer changing and what affects it? Analysis of cancer registration and service data. Br J Cancer. 2006 Sep 4;95(5):593-600.

(10) MINISTÉRIO DA SAÚDE: Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro. Criação da Rede de prestação de cuidados continuados, 2003.

(11) MINISTÉRIO DA SAÚDE: Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, Secção IV, Artigo 19º: Criação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde, 2006.

(12) WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Palliative Care. The solid facts. Site consultado a 03/05/11:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf.

(13) ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS: Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Recomendações da ACNP. Site consultado a 09/05/11: <http://www.apcp.com.pt/index.php?sc=vis&id=230&cod=68>

(14) MINISTÉRIO DA SAÚDE: Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, Artigo 27º: Criação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde, 2006.

(15) MINISTÉRIO DA SAÚDE: Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, Artigo 28º: Criação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde, 2006.

- (16) MINISTÉRIO DA SAÚDE: Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, Artigo 29º: Criação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde, 2006.
- (17) GOMES B, HIGGINSON IJ.: Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*. 2006 Mar 4;332(7540):515-21.
- (18) HIGGINSON IJ, SEN-GUPTA GJ.: Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med*. 2000 Fall;3(3):287-300.
- (19) R. JANSENS: Palliative care in Europe: concepts and policies. IOS Press, 2001: 117-119.
- (20) HUDSON P.: Home-based support for palliative care families: challenges and recommendations. *Med J Aust*. 2003 Sep 15;179(6 Suppl):S35-7.
- (21) IMAGINÁRIO, C.: O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau, 2ª edição –Julho 2008.

QUADROS

Quadro I – Mudanças ao longo de um Século nos EUA (adaptado de Lynn)

	1900	2000
Idade ao morrer	46 anos	78 anos
Principais causas de morte	Infecção Acidente Por parto	Doenças C. Vasculares Cancro AVC/Demência
Local de morte mais frequente	Casa	Hospital
Dependência antes da morte	Rara	Em média, 4 anos