

Local de prestação de cuidados no final da vida e local de morte: preferências dos portugueses

Place of care at the end-of-life and to die: portuguese people's preferences

Manuel Luís Vila Capelas^{1*} & Sílvia Patrícia Fernandes Coelho²

¹ Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde.

² Doutoranda em Enfermagem; Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde.

Palavras-chave

Cuidados Paliativos; Local de cuidados; Local de morte; Saúde pública

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar as preferências da população portuguesa com mais de 18 anos, quanto ao local de prestação de Cuidados na fase final da sua vida e ao local de morte, tentando-se identificar algumas razões para essa preferência. Foram realizadas 1288 entrevistas telefónicas, em março de 2011, a sujeitos selecionados através de amostragem aleatória estratificada por sexo, faixa etária e região do país. Verificou-se que a maioria da população portuguesa pensa ou preocupa-se com a morte muitas vezes ou raramente. A frequência é influenciada pelo sexo, idade, escolaridade, situação familiar e região do país. Tanto quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida como quanto ao local de morte prefere, por ordem decrescente, que tal aconteça na sua casa, lar ou instituição social, hospital e só depois em serviços de cuidados paliativos. A preferência quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida é influenciada pela idade, escolaridade e região do país. Já quanto ao local de morte, a preferência é influenciada pelo sexo, idade, escolaridade e região do país. Os motivos que fundamentam as preferências giram em torno da possibilidade de estar próximo da família e amigos, de não estar sozinho, evitar a sobrecarga dos familiares, apoio para os seus problemas quando necessário, local onde considera ser melhor cuidado nesta fase da vida.

Keywords

Palliative care; Place of care; Place of death; Public Health

Abstract

The goal of this study was to identify the preferences of the Portuguese with 18 or more years, regarding the place of care at the end-of-life and to die. Also we wanted to identify the reasons for those preferences. We undertook a population-based telephone with 1228 individuals, selected by random stratified sample, by gender, age and country region. We found that the majority of individuals thought rarely or often about death. This is influenced by the gender, age, education, family situation and country region. About the place of care as well as the local of death the preferences, by descendent rating, are at home, at nursing home, hospital and, at the end, at palliative care services. The preference regarding the place of care is influenced by age, education and country region. On the other side, the preferences regarding the place of death is influenced by gender, age, education and country region. The reasons that were under the preferences are the possibility of to be near of the family and friends, not to be alone, to prevent the family burden, support of their health problems when they need and the idea that the local was the best at this phase of life.

Introdução

A nossa sociedade, como sociedade triunfalista e mercantil, tem perdido hábitos e valores de partilha e tem-se unificado numa atitude de vergonha perante a morte. Considera-a um fracasso, na execução do

mandato de ser feliz e de ter êxito. Assim passa de componente integrante da vida humana para um absurdo, para uma situação sem sentido. Esta perda de sentido leva a que o medo da morte dificilmente seja controlado.

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

O resultado de todo este processo foi a deslocalização da morte em casa, junto dos seus, para o hospital, com tudo o que tal acarreta, como, a desumanização do ambiente, a separação do ambiente familiar e social e o aumento dos custos de saúde. No entanto, neste momento, importa refletir no impacto que o “retorno às origens” sem o desenvolvimento de condições sustentáveis apresenta e quais as condições necessárias para o fazer. Todas estas questões poderão condicionar sentimentos de culpa por não conseguirem respeitar o desejo do seu ente querido, por um lado, e por outro por se sentir fonte de sobrecarga para os seus familiares que procuram respeitar os seus desejos.

Surgiu deste modo a necessidade de se conhecer, por um lado, com que frequência os portugueses pensam no seu final de vida e quais as suas preferências quanto ao local onde gostariam de ser cuidados na sua fase final de vida e onde gostariam de morrer.

Pretendeu-se, assim com este estudo, identificar as preferências da população portuguesa com mais de 18 anos de idade, quanto ao local de prestação de Cuidados na fase final da sua vida e ao local de morte, tentando-se identificar algumas razões para essa preferência.

Cuidados paliativos, sociedade e morte

No final da vida, para além do conceito de qualidade de vida também os conceitos de boa morte e dignidade assumem especial relevância.

Uma “boa morte” continua mais uma esperança dos doentes do que uma prática médica “*standard*” para todos os doentes, em parte devido à coexistência entre a morte, e como a abordamos, com uma atitude social de negação da própria morte¹.

Apesar de cada indivíduo ter uma diferente ideia do que será para si uma “boa morte”, esta para muitos envolve ser tratado como um ser individual, com dignidade e respeito, estar sem dor ou outros sintomas, estar num ambiente familiar e estar na companhia dos familiares próximos e amigos^{2,3}.

Neste sentido, partindo do pressuposto que a classificação de uma morte como “boa” parte de uma avaliação pessoal da experiência de morrer, como um todo, incluindo a avaliação subjetiva dos conceitos à luz dos valores e expectativas⁴, pode definir-se “boa morte” como uma morte com o mínimo de sofrimento dos doentes, família e cuidadores, normalmente de acordo com os desejos dos

doentes e famílias e, razoavelmente, congruente com “*standards*” clínicos, culturais e éticos^{1,5-7}.

Embora nem sempre possível a sincronia do local e circunstâncias da morte com os desejos e preferências do doente e família, é um constituinte importante de uma boa morte, devendo tanto quanto possível ser promovida^{3, 5, 7, 13}.

Preferências no local de cuidados e morte

Proporcionar cuidados de qualidade na fase final da vida é coordenar, conciliar os desejos do doente e sua família, com o espectro de respostas do sistema nacional de saúde¹⁴. Assim, a expressão de desejo do doente e família quanto ao local de prestação e cuidados e de morte deverá ser objeto de encorajamento por parte dos profissionais¹⁵.

O local onde ocorre a morte tem sido utilizado como critério de qualidade de vida, sendo que a morte em casa tem sido um indicativo de qualidade de vida dos doentes em fase terminal, tanto para o doente como para a sua família, quando acompanhados convenientemente. O local onde os doentes são cuidados tem influência na avaliação que se faz do tratamento. Em cuidados paliativos um dos resultados passíveis de ser medido é o local de morte, com a morte no domicílio habitualmente a ser considerada como positiva e um objetivo a atingir. Por sua vez, a sua hospitalização e consequentemente com a ocorrência de morte são consideradas um indicativo de cuidados em fim de vida desproporcionais¹⁶.

Conhecer as preferências individuais relativas aos locais de prestação de cuidados e de morte, é ponto fundamental para o desenvolvimento de cuidados/ serviços de saúde centralizados nas necessidades dos doentes e simultaneamente custo-efetivos, como se tem demonstrado que os cuidados de proximidade, leia-se, domiciliários, apresentam. Tang *et al*¹⁷ referem ainda que questões relacionadas com a qualidade de vida constitui um dos aspetos mais determinantes na escolha do local, na medida em que a normalidade é vista como potenciador da mesma.

O domicílio é mais do que um espaço físico; representa o local onde o doente mantém a sua dignidade, onde lhe é conferida mais autonomia, onde as relações com os familiares e amigos permanecem mais constantes. No entanto, esta escolha pode ser alterada ao longo do curso da doença, por fatores relacionados com a mesma como o descontrolo de sintomas, a progressão de doença e a perda de funcionalidade, e com o apoio recebido de estruturas de saúde, as dificuldades económicas,

a existência, disponibilidade e sobrecarga dos cuidadores, percebida ou real^{18,23}.

Em revisão da literatura sobre a preferência relativamente aos locais de morte, o domicílio, na população em geral, variou entre os 50 e os 70%^{18,20,24}. Igualmente noutros estudos o domicílio foi o local de morte preferido pelos doentes^{19,22,27}.

A preferência e o local de ocorrência da morte resultam de interações entre fatores relacionados com a doença, o indivíduo e o ambiente²⁸.

Os fatores que determinam esta preferência são evidenciados por vários autores^{23,24,29,30} por se tratar de um ambiente que oferece privacidade, autonomia, familiaridade, conforto, contacto com as suas memórias e segurança, e consequentemente maior sentido de normalidade, pelo que é visto como o local preferível se as circunstâncias ideais estivessem presentes. Quanto mais próximos forem os laços entre família, maior é o desejo de morrer junto²².

No entanto, a morte em casa acarreta sempre mudanças significativas no seio familiar, podendo ter algumas consequências para a família, pelo que se justifica explorar as expectativas da mesma¹⁷.

Constituem assim fatores preditivos importantes: a presença de cuidadores informais, doentes terem a presença do cônjuge ou viverem com companheiro(a), o cuidador ser a esposa, e ainda se o cuidador tiver descendentes, em especial do sexo feminino, ter recebido apoio de enfermagem no domicílio, apoio 24h de profissionais competentes e com conhecimentos avançados na área de cuidados paliativos, suporte financeiro adequado, conhecimento relativos aos cuidados em fim de vida^{15,24,31}.

Consideram-se como fatores que poderão condicionar os cuidados em casa: a necessidade de haver um cuidador informal e a vontade deste em cuidar, a necessidade de se expor intimamente a este cuidador, o poder ser um fardo, a relutância em que o cuidador assistisse ao sofrimento, o não aceitar que os sintomas pudessem ser igualmente bem controlados em casa, ou estes não são passíveis de serem controlados no domicílio, os impedimentos físicos de alguns domicílios, a intrusão que uma eventual equipa de apoio domiciliário poderia representar²⁴.

O que se pode dizer é que doentes e famílias, com adequado suporte externo, preferem a casa como o local para os cuidados em fim de vida. Logo, ao melhorar e criar suporte a estas famílias e doentes, vamos aumentar a proporção de doentes que efetivamente morrem em casa³².

Relativamente à preferência dos doentes e familiares em morrer no hospital, esta está relacionada com a falta de suporte familiar, e na crença de que os cuidados prestados em meio hospitalar são de melhor qualidade, com maior segurança para o doente, com o melhor controlo sintomático, e que devido à diversidade de especialidades médicas existentes é possível prestar um melhor acompanhamento psicológico e físico de quem está a morrer²⁴.

Em relação a serviços de cuidados paliativos, a preferência, depende de fatores familiares, físicos, médicos, psicológicos, ambientais, em suma, depende do suporte existente. Estudos referem que famílias que residem em meios rurais são mais propícias a cuidar dos seus familiares em casa, enquanto no meio urbano, pela proximidade aos hospitais e afastamento das famílias, tendem a morrer numa instituição¹⁶.

Estudos longitudinais evidenciam uma diminuição da tendência morte no domicílio, na medida em que à morte hospitalar se veio associar a morte noutras instituições como nos lares de idosos, e *hospices*, e estas por sua vez aumentaram^{25,33,38}.

As percentagens de mortes hospitalares variaram entre os 47 e os 73,2%^{34,35,37,38}. As mortes no domicílio variaram entre os 13 e os 26,6%^{33,35,37}. Apenas na Coreia do Sul a percentagem foi muito superior tendo a morte em casa valores de 62,2%, refletindo uma cultura e hábitos de vida diferentes³⁹.

Metodologia

Estudo transversal, analítico e observacional, que decorreu em março de 2011 e cujo erro amostral é de 2,79%.

Os dados foram recolhidos através de entrevista telefónica a 1288 sujeitos, selecionadas através de amostragem aleatória estratificada por sexo, faixa etária e região do país (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). As entrevistas foram realizadas como apoio do Centro de Estudos e Sondagens da Universidade Católica Portuguesa.

A entrevista telefónica teve como base um formulário construído pelos investigadores, utilizando unicamente questões de resposta fechada, onde se questionou sobre a frequência com que pensava na morte; a preferência pelo local de prestação de cuidados partindo do princípio que não existiria qualquer restrição financeira e supondo que um dia, quando morrer, a sua morte não fosse de forma inesperada ou súbita, mas devido a uma doença crónica e prolongada (logo incurável) ou por idade muito avançada; se no momento da morte gostaria

de se manter no mesmo local ou mudar, e se sim para onde; razões que fundamentavam a escolha dos locais.

A análise dos resultados foi realizada com recurso à estatística descritiva e analítica, tendo sido inicialmente analisada a normalidade das distribuições e considerado como estatisticamente significativo um $p < 0.05$.

Resultados

Características demográficas

No que respeita ao género 58,6% dos inquiridos eram do sexo feminino e 41,4% do masculino. Tinham idades compreendidas entre os 18 e os 93 anos, observando-se uma média de $50,7 \pm 17,05$ e mediana de 50 anos. Entre 18 e 24 anos estavam 5,9% dos sujeitos, 13,3% entre 25 e 34 anos, 19,6% entre os 35 e 44 anos, 20,5% entre os 45 e 54 anos, 16,6% entre os 55 e 64 anos e, finalmente, 24,1% com 65 ou mais anos (Quadro 1).

Como habilitações literárias, 11,1% tinham a 4.^a classe ou menos, 31,7% a 4.^a classe antiga, 6.^a classe, ou ciclo preparatório recentes; 17,9% o 5.^o ano antigo ou 9.^o ano unificado, 10.^o ano, 11.^o ano; 17,5% o 7.^o ano antigo, ano propedêutico, 12.^o ano recente ou curso médio; 5,2% frequentavam a universidade ou tinham o bacharelato e 16,6% possuíam licenciatura, mestrado ou doutoramento (Quadro 1).

A maioria dos inquiridos era casada ou vivia em união de facto (62,5%), 17,6% eram solteiros, 10,3% viúvos e 9,5% separados ou divorciados (Quadro 1).

Quanto às regiões do país, 35,3% eram do Norte, 22,7% do Centro, 30% de Lisboa e Vale do Tejo, 5,3% do Alentejo e 6,8% do Algarve (Quadro 1).

Quadro 1 – Características demográficas (n=1288)

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	755	58,6
Masculino	533	41,4
Idade (anos)		
18-24	76	5,9
25-34	171	13,3
35-44	252	19,6
45-54	264	20,5
55-64	214	16,6
65-93	311	24,1

Escolaridade		
Menos do que a 4. ^a classe	143	11,1
4. ^a classe antiga, 6. ^a classe, ou ciclo preparatório recentes	408	31,7
5. ^o ano antigo ou 9. ^o ano unificado, 10. ^o ano, 11. ^o ano	231	17,9
7. ^o ano antigo, ano propedêutico, 12. ^o ano recente ou curso médio	225	17,5
Frequência da universidade ou bacharelato	67	5,2
Licenciatura, mestrado ou doutoramento	214	16,6
Situação familiar (n=1281)		
Solteiro(a)	226	17,6
Casado	746	58,2
Junto/União de facto	55	4,3
Separado(a), divorciado(a)	122	9,5
Viúvo(a)	132	10,3
Região do país		
Norte	455	35,3
Centro	292	22,7
Lisboa e Vale do Tejo	386	30,0
Alentejo	68	5,3
Algarve	87	6,8

Frequência de pensamento ou preocupação com a morte

Dos 1262 inquiridos que nos responderam a esta questão, temos que um terço (33,4%) pensa muitas vezes ou sempre (29,6 e 4,8%, respetivamente), 22,3% pensa um pouco, 25% raramente e 18,4% nunca (Quadro 2).

Quadro 2 – Frequência de pensamento ou preocupação com a morte (n=1262)

Frequência	n	%
Nunca	232	18,4
Raramente	316	25,0
Um pouco	281	22,3
Muitas vezes	373	29,6
Sempre	60	4,8

Efetuada a análise estatística dos fatores influenciadores, constatamos que todos eles influenciam na frequência de pensamento ou preocupação com a morte (Quadro 3).

Quadro 3 – Análise estatística dos fatores influenciadores da frequência de pensamento ou preocupação com a morte

Fator	Teste	Resultado	Sig (p)
Sexo	Mann-Whitney	U=148003,5	<0.001
Idade	Correlação de Spearman	rs=0.278	<0.001
Escolaridade	Correlação de Spearman	rs=-0.187	<0.001
Situação familiar	Kruskal-Wallis	$\chi^2(4)=62.823$	<0.001
Região do país	Kruskal-Wallis	$\chi^2(4)=30.987$	<0.001

Assim, podemos verificar que as mulheres pensam com mais frequência na morte que os homens, a idade apresenta correlação positiva fraca e estatística-

mente significativa, com a frequência de pensamento ou preocupação com a morte, assim como a escolaridade que apresenta uma correlação muito fraca e negativa. Também existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes situações familiares, sendo que por ordem decrescente de pensamento ou preocupação com a morte, surgem os viúvos, depois os separados/divorciados, os casados, os solteiros e por fim os que vivem juntos ou em união de facto. O mesmo acontece em relação à região do país, onde se observa que os que mais pensam ou se preocupam com a morte são os do Alentejo, seguidos dos da região Centro, dos do Algarve, do Norte e por fim dos de Lisboa e Vale do Tejo (Quadro 4).

Quadro 4 – Frequência de pensamento ou preocupação com a morte consoante fatores influenciadores (n=1262)

Fatores	Frequência				
	Nunca	Raramente	Um pouco	Muitas vezes	Sempre
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sexo					
Feminino	111(14,9)	152(20,5)	171(23,0)	263(35,4)	46(06,2)
Masculino	121(23,3)	164(31,6)	110(21,2)	110(21,2)	14(02,7)
Idade (anos)					
18-24	24(32,0)	32(42,7)	10(13,3)	7(09,3)	2(02,7)
25-34	34(20,0)	62(36,5)	47(27,6)	25(14,7)	2(01,2)
35-44	48(19,8)	71(29,2)	63(25,9)	53(21,8)	8(03,3)
45-54	57(21,9)	62(23,8)	64(24,6)	68(26,2)	9(03,5)
55-64	33(15,8)	30(14,4)	46(22,0)	89(42,6)	11(05,3)
65-93	36(11,8)	59(19,3)	51(16,7)	131(43,0)	60(04,8)
Escolaridade					
Menos do que a 4.ª classe	15(10,7)	25(17,9)	20(14,3)	61(43,6)	19(13,6)
4.ª classe antiga, 6.ª classe, ou ciclo preparatório recentes	74(18,6)	70(17,6)	78(19,6)	156(39,3)	19(04,8)
5.º ano antigo ou 9.º ano unificado, 10.º ano, 11.º ano	49(21,6)	61(26,9)	50(22,0)	60(26,4)	7(03,1)
7.º ano antigo, ano propedêutico, 12.º ano recente ou curso médio	55(25,0)	68(30,9)	45(20,5)	47(21,4)	5(02,3)
Frequência da universidade ou bacharelato	10(14,9)	29(43,3)	16(23,9)	8(11,9)	4(06,0)
Licenciatura, mestrado ou doutoramento	29(13,7)	63(29,9)	72(34,1)	41(19,4)	6(02,8)
Situação familiar (n=1255)					
Solteiro(a)	55(24,6)	72(32,1)	46(20,5)	45(20,1)	6(02,7)
Casado	125(17,2)	185(25,5)	165(22,7)	215(29,6)	36(05,0)
Junto/União de facto	16(29,6)	16(29,6)	18(33,3)	3(05,6)	1(01,9)
Separado(a), divorciado(a)	20(16,8)	26(21,8)	29(24,4)	41(34,5)	3(02,5)
Viúvo(a)	15(11,4)	16(12,1)	22(16,7)	66(50,0)	13(09,8)
Região do país					
Norte	98(21,8)	123(27,3)	83(18,4)	123(27,3)	23(05,1)
Centro	34(11,7)	72(24,8)	70(24,1)	99(34,1)	15(05,2)
Lisboa e Vale do Tejo	86(23,4)	82(22,3)	97(26,4)	85(23,1)	18(04,9)
Alentejo	6(09,0)	11(16,4)	9(13,4)	38(56,7)	3(04,5)
Algarve	8(09,2)	28(32,2)	22(25,3)	28(32,2)	1(01,1)

Nota: percentagens relativas às linhas

Preferências quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida e local de morte

Colocada a questão “Colocando de parte qualquer restrição financeira e supondo que um dia, quando morrer, a sua morte não seja de forma inesperada ou súbita, mas devido a uma doença crônica e prolongada (logo incurável) ou por idade muito avançada, qual a sua preferência quanto ao local onde gostaria que lhe fossem prestados os cuidados de saúde necessários na sua fase final da vida?”, 61,7% dos inquiridos gostaria que fosse em casa, 15,1% no hospital, 14,2% num lar ou instituição social, ao passo que 9% num serviço de cuidados paliativos. Já quanto ao local de morte, 64,7% dos inquiridos gostaria que fosse em casa, 17,8% no hospital, 9,2% num lar ou instituição social e 8,4% num serviço de cuidados paliativos (Quadro 5).

Quadro 5 – Preferências quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida (n=1184) e local de morte (n=1113)

Preferência	Prestação de Cuidados		Morte	
	n	%	n	%
Casa	731	61,7	720	64,7
Hospital	179	15,1	198	17,8
Lar/Instituição social	168	14,2	102	9,2
Serviço de Cuidados Paliativos	106	9,0	93	8,4

No que respeita às preferências quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida, através da análise estatística dos fatores influenciadores, constatamos que o sexo dos sujeitos, a situação familiar e a frequência com que pensam ou se preocupam com a morte não influenciam a preferência enquanto todos os outros fatores influenciam (Quadro 6).

Assim, no que respeita à idade, temos que os que preferem ser cuidados em casa são os com idade mais elevada, seguidos dos que preferem num lar ou instituição social, no hospital e os com idade mais baixa, preferem sê-lo num serviço de cuidados paliativos (Quadro 7).

A preferência de ser cuidado em casa, nesta fase final da vida, é mais referenciada pelos sujeitos com 65 ou mais anos (70,8%), pelos da região Centro (65,9%) e pelos com grau de instrução menor que o 4.º ano (75,6%). No extremo oposto, os que menos desejam ser cuidados em casa são os do Alentejo (48,5%), os com 25-34 anos (52,9) e os com frequência universitária (46%) (Quadro 7).

A opção do Lar/Instituição Social, como preferência para a prestação de cuidados no final de vida, é mais referenciada pelos sujeitos do Alentejo (30,3%), pelos com idades entre 25 e 34 anos (15,9%) e pelos com 12.º ano ou equivalente (19,2%). Por outro lado, é menos escolhida pelos sujeitos do Algarve (4,8%), pelos com 18-24 anos (12,3%) e pelos com grau académico superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento) (9,6%) (Quadro 7).

O hospital, para ser cuidado no final da vida, é mais escolhido pelos sujeitos da região do Algarve (17,9%), pelos com 18-24 anos (23,1%) e pelos com bacharelato ou frequência universitária (22,2%). Esta preferência é menor nos da região Norte (9,8%), pelos com 55-64 anos (12,8%) e pelos com menos que o 4.º ano (8,4%) (Quadro 7).

Dos que mais preferem, na fase final da vida, ser cuidados em serviços de cuidados paliativos, eles são, sobretudo, provenientes da região do Algarve (17,9%), têm idades entre 35-44 anos (16,2%) e têm frequência universitária (19%). Preferem menos os do Alentejo (1,5%), os com 65 ou mais anos (2%) e os com menos que o 4.º como grau de instrução (1,5%) (Quadro 7).

Quadro 6 – Análise estatística dos fatores influenciadores da preferência quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida

Fator	Teste	Resultado	Sig (p)
Sexo	Qui-Quadrado	$\chi^2(3)=2.950$	0.399
Idade	Kruskal-Wallis	$\chi^2(3)=23.480$	<0.001
Faixa etária	Qui-Quadrado	$\chi^2(15)=45.842$	<0.001
Escolaridade	Qui-Quadrado	$\chi^2(15)=76.027$	<0.001
Situação familiar	Qui-Quadrado	$\chi^2(15)=14.535$	0.485
Região do país	Qui-Quadrado	$\chi^2(12)=58.481$	<0.001
Frequência de pensamento ou preocupação com a morte	Qui-Quadrado	$\chi^2(12)=6.892$	0.865

Quadro 7 – Preferências quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida consoante os fatores influenciadores (n=1184)

Fatores	Local			
	Casa	Lar I. Social	Hospital	S. C. Paliativos
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sexo				
Feminino	437(62,1)	103(14,6)	97(13,8)	67(09,5)
Masculino	294(61,3)	65(13,5)	97(13,8)	39(08,1)
Idade (anos)				
18-24	39(60,0)	8(12,3)	14(21,5)	4(06,2)
25-34	83(52,9)	25(15,9)	32(20,4)	17(10,8)
35-44	130(57,0)	29(12,7)	32(14,0)	37(16,2)
45-54	145(59,7)	37(15,2)	35(14,4)	26(10,7)
55-64	125(63,8)	30(15,3)	25(12,8)	16(08,2)
65-93	209(70,8)	39(12,2)	41(13,9)	6(02,0)
Escolaridade				
Menos do que a 4. ^a classe	99(75,6)	19(14,5)	11(08,4)	2(01,5)
4. ^a classe antiga, 6. ^a classe, ou ciclo preparatório recentes	267(69,7)	56(14,6)	45(11,7)	15(03,9)
5. ^o ano antigo ou 9. ^o ano unificado, 10. ^o ano, 11. ^o ano	116(56,3)	27(13,1)	42(20,4)	21(10,2)
7. ^o ano antigo, ano propedêutico, 12. ^o ano recente ou curso médio	109(53,7)	39(19,2)	32(15,8)	23(11,3)
Frequência da universidade ou bacharelato	29(46,0)	8(12,7)	14(22,2)	12(19,0)
Licenciatura, mestrado ou doutoramento	111(56,1)	19(09,6)	35(17,7)	33(16,7)
Situação familiar (n=1177)				
Solteiro(a)	115(37,8)	25(12,6)	38(19,1)	21(10,6)
Casado	430(61,7)	102(14,6)	102(14,6)	63(09,0)
Junto/União de facto	31(64,6)	5(10,4)	6(12,5)	6(12,5)
Separado(a), divorciado(a)	71(64,0)	13(11,7)	15(13,5)	12(10,8)
Viúvo(a)	79(64,8)	21(17,2)	18(14,8)	4(03,3)
Região do país				
Norte	273(64,8)	70(16,6)	45(10,7)	33(07,8)
Centro	178(65,9)	35(13,0)	33(12,2)	24(08,9)
Lisboa e Vale do Tejo	206(60,1)	39(11,4)	65(19,0)	33(09,6)
Alentejo	32(48,5)	20(30,3)	13(19,7)	1(01,5)
Algarve	42(50,0)	4(04,8)	23(27,4)	15(17,9)
Frequência de pensamento na morte (n=1176)				
Nunca	130(65,0)	30(15,0)	23(11,5)	17(08,5)
Raramente	174(79,2)	43(14,6)	50(17,0)	27(09,2)
Um pouco	161(60,8)	31(11,7)	46(17,4)	27(10,2)
Muitas vezes	223(62,5)	53(14,8)	52(14,6)	29(08,1)
Sempre	40(66,7)	7(11,7)	8(13,3)	5(08,3)

Nota: percentagens relativas às linhas

Por outro lado, a análise estatística dos fatores influenciadores da preferência referida quanto ao local de morte, verificamos que todos eles, com exceção da situação familiar e frequência de pensamento ou preocupação com a morte, a influenciam (Quadro 8).

Assim, no que respeita à idade, temos que os que preferem morrer em casa são os com idade

mais elevada, seguidos dos que preferem num lar ou instituição social, no hospital e os com idade mais baixa, preferem que aconteça num serviço de cuidados paliativos (Quadro 9).

No que respeita à escolha da casa como desejo para o local de morte, esta é mais referenciada pelos homens (66,5%), pelos sujeitos da região Norte (75,3%), pelos com 65 ou mais anos (75,4%)

Quadro 8 – Análise estatística dos fatores influenciadores da preferência quanto ao local de morte

Fator	Teste	Resultado	Sig (p)
Sexo	Qui-Quadrado	$\chi^2(3)=9.336$	0.025
Idade	Kruskal-Wallis	$\chi^2(3)=38.169$	<0.001
Faixa etária	Qui-Quadrado	$\chi^2(15)=61.134$	<0.001
Escolaridade	Qui-Quadrado	$\chi^2(15)=88.747$	<0.001
Situação familiar	Qui-Quadrado	$\chi^2(15)=21.906$	0.110
Região do país	Qui-Quadrado	$\chi^2(12)=96.052$	<0.001
Frequência de pensamento ou preocupação com a morte	Qui-Quadrado	$\chi^2(12)=13.703$	0.320

Quadro 9 – Preferências quanto ao local de morte consoante os fatores influenciadores (n=1113)

Fatores	Local			
	Casa	Lar I. Social	Hospital	S. C. Paliativos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo				
Feminino	422(63,5)	62(09,3)	112(16,8)	69(10,4)
Masculino	298(66,5)	40(08,9)	86(19,2)	24(05,4)
Idade (anos)				
18-24	42(67,7)	2(03,2)	13(21,0)	5(08,1)
25-34	80(55,9)	13(09,1)	33(23,1)	17(11,9)
35-44	115(53,0)	24(11,1)	42(19,4)	36(16,6)
45-54	143(63,0)	26(11,5)	36(15,9)	22(09,7)
55-64	132(70,2)	14(07,4)	33(17,6)	9(04,8)
65-93	208(75,4)	23(08,3)	41(14,9)	4(01,4)
Escolaridade				
Menos do que a 4. ^a classe	102(82,9)	10(08,1)	11(08,9)	0(00,0)
4. ^a classe antiga, 6. ^a classe, ou ciclo preparatório recentes	265(73,0)	32(08,8)	52(14,3)	14(03,9)
5. ^o ano antigo ou 9. ^o ano unificado, 10. ^o ano, 11. ^o ano	115(59,6)	23(11,9)	39(20,2)	16(08,3)
7. ^o ano antigo, ano propedêutico, 12. ^o ano recente ou curso médio	110(57,3)	22(11,5)	42(21,9)	18(09,4)
Frequência da universidade ou bacharelato	31(57,4)	4(07,4)	12(22,2)	7(13,0)
Licenciatura, mestrado ou doutoramento	97(51,6)	11(05,9)	42(22,3)	38(20,2)
Situação familiar (n=1106)				
Solteiro(a)	108(57,4)	18(09,6)	43(22,9)	19(10,1)
Casado	437(67,2)	59(09,1)	102(15,7)	52(08,0)
Junto/União de facto	30(69,8)	1(02,3)	7(16,3)	5(11,6)
Separado(a), divorciado(a)	61(57,5)	10(09,4)	23(21,7)	12(11,3)
Viúvo(a)	82(68,9)	13(10,9)	20(16,8)	4(03,4)
Região do país				
Norte	299(75,3)	34(08,6)	39(09,8)	25(06,3)
Centro	158(63,5)	27(10,8)	35(14,1)	29(11,6)
Lisboa e Vale do Tejo	185(57,3)	20(06,2)	86(26,6)	32(09,9)
Alentejo	30(49,2)	18(29,5)	13(21,3)	0(00,0)
Algarve	48(57,8)	3(03,6)	25(30,1)	7(08,4)
Frequência de pensamento na morte (n=1106)				
Nunca	130(71,4)	17(09,3)	23(12,6)	12(06,6)
Raramente	176(63,5)	24(08,7)	52(18,8)	25(09,0)
Um pouco	160(63,7)	24(09,6)	40(15,9)	27(10,8)
Muitas vezes	221(62,4)	28(08,3)	71(21,0)	28(08,3)
Sempre	38(65,5)	7(12,1)	12(20,7)	1(01,7)

Nota: percentagens relativas às linhas

e pelos com a 4.^a classe ou menos (82,9%). Os que menos optam por esta escolha, para o momento da morte são as mulheres (63,5%) os do Alentejo (49,2%), os com 35-44 anos (53,0%), assim como pelos com licenciatura, mestrado ou doutoramento (51,6%) (Quadro 9).

Escolhem o lar ou instituição social como opção preferencial para o local de morte, maioritariamente as mulheres (9,3%), os do Alentejo (29,5%), os com 45-54 anos (11,5%) e os com o 5.^o ano antigo ou 9.^o ano unificado, 10.^o ano, 11.^o ano (11,9%). É menos escolhida pelos homens (8,9%), do Algarve (3,6%), pelos com 18-24 anos (3,2%) e pelos com licenciatura, mestrado ou doutoramento (5,9%) (Quadro 9).

Morrer no hospital é mais escolhido pelos homens (19,2%), pelos da região do Algarve (30,1%), pelos com 25-34 anos (23,1%) e pelos com licenciatura, mestrado ou doutoramento (22,3%). É menos preferida pelas mulheres (16,8%), pelos da região Norte (9,8%), pelos com 65 ou mais anos (14,9%) e pelos que possuem a 4.^a classe ou menos (8,9%) (Quadro 9).

Já quanto a morrer nos serviços de cuidados paliativos, os que o preferem, são, sobretudo, mulheres (10,4%), da Região Centro (11,6%), com 35-44 anos (16,6%) e com licenciatura, mestrado ou

doutoramento (20,2%). No outro extremo, temos que é menos escolhido pelos homens (5,4%), do Alentejo e com a 4.^a classe ou menos, em que nenhum sujeito quereria morrer em serviços de cuidados paliativos, pelos com 65 ou mais anos (1,4%) (Quadro 9).

Motivos das preferências

Através da análise estatística dos motivos que justificam a preferência quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida e de morte, podemos constatar que existe significância estatística entre as duas variáveis (Quadro 10).

Assim, podemos verificar que quanto às 3 principais razões que presidiram à preferência pelo local de prestação de cuidados no final da vida, temos que os que escolheram a casa como local onde desejariam ser cuidados no final da vida, foi por poderem estar mais próximos de familiares e amigos (73,1%), pela possibilidade de terem junto de si as pessoas de quem mais gostam (37,2%) e para não estarem sozinhos (14,5%). A opção pelo Lar/Instituição Social prende-se com o evitar sobrecarregar os familiares e amigos (53%), o apoio para os seus problemas e cuidados de saúde sempre que

Quadro 10 – Análise estatística dos motivos que justificam as preferências quanto ao local prestação de cuidados no final da vida e de morte

Preferência	Teste	Resultado	Sig (p)
Local de prestação de cuidados no final da vida	Qui-Quadrado	$\chi^2(27)=1188.689$	<0.001
Local de morte	Qui-Quadrado	$\chi^2(27)=1091.288$	<0.001

Quadro 11 – Motivos que justificam as preferências quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida (n=1184)

Fatores	Local			
	Casa	Lar I. Social	Hospital	S. C. Paliativos
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Estar mais próximo de familiares/amigos	534(73,1)	8(04,8)	6(03,4)	4(03,8)
Evitar sobrecarregar familiares/amigos	28(03,8)	89(53,0)	56(31,3)	52(49,1)
Possibilidade de ter junto de si as pessoas de quem mais gosta	272(37,2)	4(02,4)	3(01,7)	5(04,7)
Apoio para os seus problemas e cuidados de saúde sempre que necessário	26(03,6)	55(32,7)	90(50,3)	56(52,8)
Proteger a família dos momentos finais da vida/morte	18(02,5)	14(08,3)	25(14,0)	20(18,9)
Mais barato	39(05,3)	2(01,2)	3(01,7)	1(00,9)
Para não estar sozinho	106(14,5)	35(20,8)	5(02,8)	9(08,5)
Respeitar a privacidade dos momentos finais da vida	66(09,0)	0(00,0)	5(02,8)	9(08,5)
Melhor cuidado no final da vida/morte	52(07,1)	24(14,3)	52(29,1)	55(51,9)
Outros	37(05,1)	6(03,6)	7(03,9)	2(01,9)

Nota: percentagens relativas às colunas

necessário (32,7%) e para não estar sozinho (20,8%). Fundamentou a escolha pelo hospital, o apoio para os seus problemas e cuidados de saúde sempre que necessário (50,3%), evitar sobrecarregar familiares/amigos (31,3%) e ser melhor cuidado no final da vida (29,1%). A escolha pelo serviço de cuidados paliativos fundamenta-se pela existência de apoio para os seus problemas e cuidados de saúde sempre que necessário (52,8%), por ser melhor cuidado no final da vida (51,9%), pelo evitar sobrecarregar familiares/amigos (49,1%) (Quadro 11).

Já quanto à preferência pelo local de morte ser em casa, as 3 principais razões para esta opção foi poderem estar mais próximos de familiares e amigos (71,4%), pela possibilidade de terem junto de si as pessoas que quem mais gostam (36,0%) e para não estarem sozinhos (12,2%). A opção pelo lar justifica-se pelo evitar sobrecarregar os familiares/amigos (50,0%), pela possibilidade de apoio para os seus problemas e cuidados de saúde sempre que necessários (28,4%) e para não estar sozinho (18,6%). Prefere-se morrer no hospital pela possibilidade de apoio para os seus problemas e cuidados de saúde sempre que necessários (39,9%), por se considerar que é melhor cuidado na fase da morte (33,3%) e para evitar a sobrecarga dos familiares/amigos (32,3%). Os que escolhem morrer em serviços de cuidados paliativos, fazem-no por considerarem ser melhor cuidados no momento da morte (48,4%), para evitar sobrecarregar os familiares/amigos (38,7%) e pela possibilidade de apoio para os seus problemas e cuidados de saúde sempre que necessários (33,3%) (Quadro 12).

Discussão

Analisando estes dados, podemos dizer que quanto à preferência maioritária por ser cuidado em casa não surpreende, embora levante implicações para que se consiga encontrar, como já disse, o ponto de equilíbrio entre o desejo do doente e o desejo/capacidade da família para responder a este seu anseio, assim como a levar os serviços de saúde a criarem as respetivas condições para cuidar estes doentes, através do desenvolvimento de equipas domiciliárias de cuidados paliativos adequadamente formadas e treinadas para o efeito, e a funcionarem 24h/dia como o referem as boas práticas internacionais. O que é surpreendente é uma maior preferência pelo hospital em detrimento dos serviços de cuidados paliativos, o que levanta, desde já, duas possíveis explicações. Ou a mensagem sobre o que são os cuidados paliativos não está a chegar devidamente clarificada às pessoas, não ficando dessa forma esclarecidas e mantendo-se mitos que funcionam com barreiras pessoais que obstam o acesso a estes cuidados, ou poderão ter tido contacto com experiências menos positivas, ou talvez negativas, em alguns destes serviços, com menor qualidade, e como tal não desejarem vir a vivenciar o mesmo. Importa refletir muito bem neste ponto.

Para ajudar nesta reflexão e análise, e o facto de ser no Algarve, onde se encontra a maior percentagem de pessoas a quererem ser cuidadas, na fase final da vida, pelos serviços de cuidados paliativos, poderá ter a ver com o extraordinário trabalho que a Equipa de Cuidados Paliativos do Centro de Saúde

Quadro 12 – Motivos que justificam as preferências quanto ao local de morte (n=1113)

Fatores	Local			
	Casa	Lar I. Social	Hospital	S. C. Paliativos
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Estar mais próximo de familiares/amigos	514(71,4)	1(01,0)	6(03,0)	2(02,2)
Evitar sobrecarregar familiares/amigos	25(03,5)	51(50,0)	64(32,3)	36(38,7)
Possibilidade de ter junto de si as pessoas de quem mais gosta	259(36,0)	2(02,0)	3(01,5)	4(04,3)
Apoio para os seus problemas e cuidados de saúde sempre que necessário	25(03,5)	29(28,4)	79(39,9)	31(33,3)
Proteger a família dos momentos finais da vida/morte	14(01,9)	17(16,7)	42(21,2)	26(28,0)
Mais barato	21(02,9)	1(01,0)	5(02,5)	1(01,1)
Para não estar sozinho	88(12,2)	19(18,6)	5(02,5)	9(09,7)
Respeitar a privacidade dos momentos finais da vida	66(09,2)	4(03,9)	7(03,5)	7(07,5)
Melhor cuidado no final da vida/morte	49(06,8)	5(04,9)	66(33,3)	45(48,4)
Outros	39(05,4)	3(02,9)	0(00,0)	4(04,3)

Nota: percentagens relativas às colunas

de Tavira tem vindo a realizar tanto no cuidar dos doentes como da divulgação, através da imprensa local e regional, do que são os cuidados paliativos.

Este estudo revelou algumas diferenças, com um outro, elaborado por Gomes *et al*¹⁸, o que poderá ser justificado pelas diferenças na metodologia, onde se confrontaram os sujeitos com um hipotética situação de doença oncológica avançada e com uma conceptualização de cuidados paliativos. Neste estudo, além de não se apresentar nenhuma conceptualização, também não se falou de situação hipotética de cancro, a qual sabemos estar mais ligada a cuidados paliativos na mente das pessoas.

Já quanto aos motivos que estão na base das preferências, no geral, não surpreendem, devendo a sociedade, e nomeadamente os decisores políticos, planeadores dos serviços de saúde e demais profissionais de saúde, refletir sobre estes motivos, pois todos eles poderão ser respondidos por uma adequada, equitativamente distribuída geograficamente, rede de recursos de cuidados paliativos, suportadas no elemento essencial, as equipas de cuidados paliativos domiciliários funcionando 24h/dia, 7 dias/semana (1 por cada 100 mil habitantes), assim como centros de dia (1 por cada 150 mil habitantes), equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (1 por hospital, pelo menos nos com mais de 250 camas), unidades de internamento (80-100 camas por milhão de habitantes, com cerca de 30% em hospitais de agudos e as restantes em instituições mais direcionadas para internamentos de longa duração), assim como equipas de voluntários (1 equipa por cada 40-80 mil habitantes, sendo cada equipa constituída por 1 coordenador e 12 voluntários)⁴⁰. Claro está, dizem as diretivas internacionais, as boas práticas, o bom senso e os critérios de qualidade, que todos os profissionais envolvidos nestes cuidados possuam adequada formação teórica e prática⁴¹, pois não estamos na presença de cuidados menores, mas de cuidados rigorosos, técnicos, científicos e simultaneamente criativos, com vista a proporcionar qualidade de vida aos dias de vida destes sujeitos, sendo que não são apenas aos últimos dias que eles se destinam, mas que devem ser o mais precocemente implementados no decurso da doença^{42,44}. Só assim se poderá proporcionar uma melhor qualidade na morte pelo proporcionar de uma melhor qualidade da vida até à morte.

Se a isto acrescentarmos a poupança que em termos de gastos de saúde, com estes doentes, que segundo as estimativas representam um universo de cerca 62 mil por ano (a que se terá de adicionar mais

124 mil familiares), poderíamos poupar entre 125-250 milhões de euros/ano, com melhores resultados em termos de qualidade de vida, que o atual sistema, aliás como evidenciam diversos estudos publicados sobre a matéria^{45,46}.

No momento atual de crise, podendo ser uma oportunidade para o desenvolvimento de novas soluções, o desenvolvimento de uma rede de cuidados paliativos é por demais urgente.

Conclusão

A maioria da população portuguesa pensa ou preocupa-se com a morte muitas vezes ou raramente. A frequência é influenciada pelo sexo, idade, escolaridade, situação familiar e região do país.

Tanto quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida como quanto ao local de morte prefere, por ordem decrescente, que tal aconteça na sua casa, lar ou instituição social, hospital e só depois em serviços de cuidados paliativos.

A preferência quanto ao local de prestação de cuidados no final da vida é influenciada pela idade, escolaridade e região do país.

Já quanto ao local de morte, a preferência é influenciada pelo sexo, idade, escolaridade e região do país.

Os motivos que fundamentam as preferências giram em torno da possibilidade de estar próximo da família e amigos, de não estar sozinho, evitar a sobrecarga dos familiares, apoio para os seus problemas quando necessário, local onde considera ser melhor cuidado nesta fase da vida.

Referências

1. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet*. 1998;351 Suppl(May):SII21-9.
2. Ethunandan M, Rennie A, Hoffman G, Morey PJ, Brennan PA. Quality of dying in head and neck cancer patients: A retrospective analysis of potential indicators of care. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics*. 2005;100:147-52.
3. Department of Health. End of Life Care Strategy promoting high quality care for all adults at the end of life. London; 2008.
4. Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR. Evaluating the Quality of Dying and Death. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2001;22(3):717-26.
5. Thompson GN, Chochinov HM. Methodological challenges in measuring quality care at the end of life in the long-term care environment. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006;32(4):378-91.
6. Rosenfeld K, Wenger NS. Measuring Quality in End-of-Life Care. *Clinics in geriatric medicine*. 2000;16(2):387-400.
7. Wenger NS, Rosenfeld K. Quality Indicators for End-of-Life Care in Vulnerable Elders. *Annals of Internal Medicine*. 2001;135(8):677-85.
8. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, Grambow S, Parker J, *et al*. Preparing for the end of life: preferences of patients, families,

- physicians, and other care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2001;22(3):727–37.
9. Downey L, Engelberg RA, Curtis JR, Lafferty WE, Patrick DL. Shared priorities for the end-of-life period. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009;37(2):175–88.
 10. Steinhäuser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsy J a. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Annals of Internal Medicine*. 2000;132(10):825–32.
 11. Robinson L, Stacy R. Palliative care in the community: setting practice guidelines for primary care teams. *British Journal of General Practice*. 1994;44(387):461–4.
 12. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 1999;281(2):163–8.
 13. Martin DK, Thiel EC, Singer PA. A New Model of Advance Care Planning: Observations From People With HIV. *Archives of Internal Medicine*. 1999;159:86–92.
 14. Simmons JC. Improving the Quality of End-of-Life Care. *Quality Letter for Healthcare Leaders*. 2000;12(11):2–10.
 15. Tiernan E, O'Connor M, O'Siorain L. A prospective study of preferred versus actual place of death among patients referred to a palliative care home-care service. *Irish Medical Journal*. 2002;95(8):232–5.
 16. Goodridge D, Lawson J, D R. Rural/urban differences in health care utilization and place of death for person with respiratory illness in the last year of life (2010). *Rural Remote Health*. 2010;10(2):1349.
 17. Tang S, Liu T, Lai M, McCorkle R. Discrepancy in the preferences of a place of death between terminally ill cancer patients and their primary family caregivers in Taiwan. *Social Science & Medicine*. 2005;61(7):1560–6.
 18. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of Oncology*. 2012;16:1–11.
 19. Townsend J, Frank A, Fermont D. Terminal cancer care and patients preferences for place of death: a prospective study. *British Medical Journal*. 1990;301:415–7.
 20. Seamark D, Thorne C, Lawrence C, Gray D. Appropriate place of death for cancer patients: views of general practitioners and hospital doctors. *British Journal of General Practice*. 1995;45:359–63.
 21. Higginson IJ, Sen-Gupta G. Place of care in advanced cancer: A qualitative systematic literature review of patients preferences. *Journal of Palliative Medicine*. 2000;3:287–300.
 22. Gott M, Seymour J, Bellamy G, Clark D, Ahmedzai S. Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliative Medicine*. 2004;18:460–7.
 23. Brazil K, Howell D, Bedard M, Krueger P, Heidebrecht C. Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill. *Palliative Medicine*. 2005;19:142–9.
 24. Choi K, Chae Y, Lee C. Factors influencing preferences for place of terminal care and of death among cancer patients and their families in Korea. *Supportive Care Cancer*. 2005;13:565–72.
 25. Mola G Di, Crisci M. Attitude towards death and dying in a representative sample of the Italian population. *Palliative Medicine*. 2001;15:372–8.
 26. Foreman L, Hunt R, CG L, Roder D. Factors predictive of preferred place of death in the general population of South Australia. *Palliative Medicine*. 2006;20:447–53.
 27. Fried T, van Doorn C, O'Leary J. Older person's preferences for site of terminal care. *Annals of Internal Medicine*. 1999;131:109–12.
 28. Conno F De, Caraceni A, Groft L. Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*. 1996;32:1142–7.
 29. Pinzón L, Weber M, Claus M. Factors influencing place of death in Germany. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011;41(5):893–903.
 30. E-Fukui S, Kawagoe H, Masako S, Noriko N, Hiroko N, Toshie M. Determinants of place of death among terminally ill cancer patients under home hospice care in Japan. *Palliative Medicine*. 2003;17(5):445–53.
 31. Van den Heyden B, Hermann I, Schrivers D. Factors determining the place of palliative care and death of cancer patients. *Supportive Care Cancer*. 2000;8:59–64.
 32. Addington-Hall J, MacDonald A, Chamberlain F, Bland J, Raftery J. Randomised controlled trial of effects of co-ordinating for terminally ill cancer patients. *British Medical Journal*. 1992;305:1317–22.
 33. Ahmad S, O'Mahony M. Where older people die: a retrospective population-based study. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2005;98:865–70.
 34. Davies E, Linklater K, Clark L, Moller H. How is place of death from cancer changing and what affects it? Analysis of cancer registration and service data. *British Journal of Cancer*. 2006;95:593–600.
 35. Higginson IJ, Astin P, Dolan P. Where do cancer patients die? Ten-Year trends in the place of death of cancer patients in England. *Palliative Medicine*. 1998;12:353–63.
 36. Yun Y, Lim M, Choi K. Predictors associated with place of death in a country with increasing hospital deaths. *Palliative Medicine*. 2006;20:455–61.
 37. Burge F, Lawson B, Johnston G. Trends in the place of death of cancer patients. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2003;168:265–70.
 38. Gomes B, Higginson I. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *British Medical Journal*. 2006;332:515–21.
 39. Coyle N, Adelhardt J, Foley KM, Portenoy RK. Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1990;5:83–93.
 40. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, Vlieger T De, Firth P, et al. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*. 2010;17(1):22–33.
 41. Capelas ML. Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2014.
 42. World Health Organization. *Palliative Cancer Care*. Copenhagen; 1987.
 43. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. 2009 [cited 2009 Sep 19]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
 44. World Health Organization (Europe). *Palliative Care-The Solid Facts*. Davies E, Higginson IJ, editors. Copenhagen: World Health Organization (Europe); 2004.
 45. Capelas ML. *Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal*. Cadernos de Saúde. 2009;2(1):51–7.
 46. Gómez-Batiste X, Caja C, Espinosa J, Bullich I, Mart M, Porta-Sales J, et al. The Catalonia World Health Organization Demonstration Project for Palliative Care Implementation: Quantitative and Qualitative Results at 20 Years. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012;43(4):783–94.