

MORRER EM CASA – QUE FACTORES INFLUENCIAM ESTA DECISÃO NOS DOENTES COM CANCRO?

Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006 Apr 29; 332 (7540): 515-21.

Disponível em: URL: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/332/7540/515> [acedido em 09/10/2006].

Existem diversos estudos publicados que evidenciam um facto incontornável na prestação de cuidados a doentes terminais – a preferência por passar os últimos dias no seu ambiente natural e morrer em casa. A evidência disponível ganhou mais corpo nos últimos dez anos, ao se-

rem realizados e publicados diversos estudos acerca do local de prestação de cuidados aos doentes terminais e o local da sua morte.

Se o doente terminal permanecer no seu domicílio existem vantagens para todos os agentes envolvidos. Para o doente: ao estar no seu ecossistema consegue escolher as companhias e actividades, a expressão de sentimentos é favorecida, evitam-se deslocações desnecessárias a unidades de saúde (serviços de urgência) e estabelece-se um vínculo mais forte entre profissionais, doente e família. Para os familiares, existe a possibilidade de participar nos cuidados ao doente, há menor ansiedade e induz-se maior segurança e controlo. Para os profissionais de saúde: promove-se a satisfação profissional e a ligação ao paciente, permite avaliar o grau de adaptação e funcionalidade do doente na sua casa e há um melhor conhecimento da família e outros cuidadores informais.

O que já era conhecido antes deste estudo

A maioria dos doentes terminais prefere permanecer no domicílio durante a assistência à sua doença e deseja morrer em casa. Apesar disso, apenas cerca de um terço cumpre esse objectivo, mesmo quando concretizam o desejo de passar os últimos dias de vida em casa. Inúmeros estudos demonstraram que os cuidados em fim de vida são assegurados, na grande maioria dos casos, no domicílio por médicos de família e profissionais de enfermagem. Em relação aos factores que interferem na decisão de permanecer no domicílio os resultados têm sido díspares.

O que este estudo traz de novo

Os autores propuseram-se estudar a evidência disponível no sentido de

identificar e agrupar os factores que podem influenciar a escolha dos pacientes terminais por permanecer em casa para lhes serem prestados cuidados até à morte. Os autores seleccionaram 58 estudos para esta revisão sistemática, que equivalem a mais de milhão e meio de doentes de 13 países diferentes. Os estudos revelaram grande heterogeneidade, sendo ilustrativo deste facto os números referentes ao local da morte – nos 58 estudos a proporção de doentes terminais que morreram no domicílio variou entre 3% e 94%. Esta variação resulta dos diferentes contextos em que os diversos estudos foram realizados. Foram identificados 17 factores que determinam a escolha pelo local de prestação de cuidados em fim de vida e local onde os doentes desejam morrer. Desses factores, seis têm forte associação à morte em casa: mau estado funcional do doente (OR: 2,29-11,1), preferência pessoal (OR: 2,19-8,38), existência de cuidados domiciliários (OR: 1,37-5,1) e a sua «intensidade» (OR: 1,06-8,65), coabitação com fa-

miliares (OR: 1,78-7,85), e bom suporte familiar (OR: 2,28-5,47). Baseando-se nos resultados os autores desenharam um modelo explicativo da interferência dos diferentes factores na variação do local da morte. Os factores foram divididos em três grupos de acordo com a sua relação com: o indivíduo, a doença e o ambiente. Foi depois identificada a ligação de cada um deles ao local provável da morte (casa ou hospital).

Conclusão

Os autores realçam a complexidade da rede de factores que podem determinar onde vão morrer os doentes com cancro. Apresentam um modelo que auxilia os profissionais na abordagem das preferências do doente em relação ao local de cuidados terminais e morte. Concluem que as políticas de saúde e a prática clínica devem objectivar o empoderamento das famílias, a educação dos utentes, o fortalecimento dos cuidados domiciliários, a adequada avaliação do risco e a formação dos profissionais em cuidados termi-

nais. São apontados alguns exemplos de países em que o financiamento na área da saúde incide especialmente nos cuidados domiciliários.

Para que os nossos doentes terminais possam ficar em casa até ao final das suas vidas devem ser antecipados cenários e ser promovido: o ensino da família e outros cuidadores informais; o apoio domiciliário de um médico de família enquadrado numa equipa assistencial com cobertura em sete dias na semana, 24 horas por dia e com disponibilidade telefónica; a cooperação estreita da equipa dos Cuidados de Saúde Primários com Unidades de Cuidados Paliativos garantindo privilégios de eventuais admissões para internamento. Cuidar dos nossos pacientes terminais no domicílio é respeitar o seu desejo e adequar a nossa resposta às suas necessidades.

João Sequeira Carlos
Unidade de Medicina Geral e Familiar
Hospital da Luz – Lisboa

Errata às Referências Bibliográficas nºs 11 a 15 da Rev Port Clin Geral 2006;22(5):454.

11. Fontes Ribeiro, Esperança P, Sousa LD. Cefaleias tipo tensão: fisiopatogenia, clínica e tratamento. Rev Port Clin Geral 2006; 22 (4): 483-90.
12. Machado J, Barros J, Palmeira M. Enxaqueca: fisiopatogenia, clínica e tratamento. Rev Port Clin Geral 2006; 22 (4): 461-70.
13. Parreira E, Gouveia RG, Martins IP. Cefaleia em salvas – fisiopatogenia, clínica e tratamento. Rev Port Clin Geral 2006; 22 (4): 471-82.
14. Pinheiro J, Rosas MJ, Fontes Ribeiro C. Cefaleias secundárias de causa infecciosa, neoplásica ou tóxica. Rev Port Clin Geral 2006; 22 (4): 491-9.
15. Gomes C, Barros J, Correia AP, Monteiro JP. Cefaleias secundárias de causa vascular. Rev Port Clin Geral 2006; 22 (4): 501-11.