

## . ARTIGO ORIGINAL

# Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos: Avaliação das necessidades num Concelho da Região de Lisboa

**Anabela Caseiro**

Enfermeira no ACeS Loures-Odivelas – Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade Católica Portuguesa

**Manuel Luís Capelas**

Doutor em Ciências da Saúde-Cuidados Paliativos, Mestre em Cuidados Paliativos, Licenciatura em Enfermagem, Professor Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Investigador do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Codiretor do Observatório Português dos Cuidados Paliativos

## RESUMO

Sendo os cuidados paliativos (CP) um direito de todo o cidadão, urge planificar estratégias e adequar recursos para responder às necessidades holísticas dos doentes e suas famílias, numa visão descentralizada dos cuidados hospitalares, procurando primordialmente a resposta num contexto de proximidade, como o são os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

**Objetivo:** Avaliar a necessidade em cuidados paliativos de uma população concelhia da região de Lisboa.

**Material e métodos:** Estudo de abordagem quantitativa e epidemiológico que envolveu toda a população do Concelho e a inscrita no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da área. Descrevem-se as características demográficas e clínicas da população e estima-se as necessidades de recursos em CP, segundo os autores em referencial teórico. Utilizados dados estatísticos emanados de entidades públicas: Plano Local de Saúde extensão a 2020, Relatório de Caracterização do ACeS, Câmara Municipal, Pordata e Instituto Nacional de Estatística.

**Resultados:** Alicerçando os resultados com recurso aos peritos em fundamentação teórica, podemos inferir que entre os anos 2011 e 2015, 1196 (69%) a 1399 (76%) pessoas que morreram no concelho, sofriam de uma doença crónica, avançada e progressiva enquadrando-se nos critérios de população com necessidade de cuidados paliativos.

**Conclusão:** Sendo o alívio do sofrimento um direito universal e, o seu incumprimento a violação desse princípio, cabe aos órgãos decisores definir estratégias de implementação e adequação de recursos. Com base na identificação das necessidades em cuidados paliativos da população do concelho, considera-se de suma importância a reorganização da equipa de cuidados paliativos existente no ACeS, de forma a cumprir e fazer cumprir um direito universal.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, Estimação de Necessidades.

## ABSTRACT

*Since palliative care (PC) is the right of every citizen, there is an urgent need to plan strategies and adapt resources to meet the holistic needs of patients and their families, in a decentralized view of hospital care, looking primarily for a response in a context of proximity, such as Primary Health Care.*

*Objective:* To evaluate the need for palliative care of one population of the Lisbon region.

**Material and methods:** This is a quantitative and epidemiological study that involved the entire population of the Municipality and the users of the local Primary Health Care. The demographic and clinical characteristics of the population are described and the resource requirements in PC are estimated according to the authors in theoretical reference. Statistical data from public entities were used: Plano Local de Saúde extensão a 2020, Relatório de Caracterização do ACeS, Câmara Municipal, Pordata and Instituto Nacional de Estatística.

**Results:** Based on the theoretical basis, we can infer that between the years 2011 and 2015, 1196 (69%) to 1399 (76%) of the people who died in the municipality suffered from a chronic, advanced and progressive disease, fitting the criteria of population needing palliative care.

**Conclusion:** Since the relief of human suffering is a universal right, and its non-compliance with the violation of this principle, it is up to the decisionmakers define implementation strategies and resource adequacy. Based on the identification of the palliative care needs of the population, it is considered of paramount importance the reorganization of the existing home palliative care team in AceS, in order to fulfill and enforce a universal right.

**Keywords:** Palliative Care, Community Support Team in Palliative Care, Needs Assessment.

## RESUMEN

Siendo los cuidados paliativos (CP) un derecho de todo ciudadano, urge planificar estrategias y adecuar recursos para responder a las necesidades holísticas de los enfermos y sus familias, en una visión descentralizada de los cuidados hospitalarios, buscando primordialmente la respuesta en un contexto de proximidad, como lo son los cuidados primarios de la salud.

**Objetivo:** Evaluar la necesidad de cuidados paliativos de una población de la región de Lisboa.

**Material y métodos:** Estudio de abordaje cuantitativo y epidemiológico que involucró a toda la población del municipio y la inscrita en los cuidados primarios de la salud. Se describen las características demográficas y clínicas de la población y se estima las necesidades de recursos en CP, según los autores en referencial teórico. Utilizados datos estadísticos emanados de entidades públicas: Plano Local de Saúde extensão a 2020, Relatório de Caracterização do ACeS, Câmara Municipal, Pordata y Instituto Nacional de Estatística.

**Resultados:** En el marco de los resultados con los expertos en fundamentación teórica, podemos inferir que entre los años 2011 y 2015, 1196 (69%) a 1399 (76%) personas que murieron en el municipio, padecían una enfermedad crónica, avanzada y progresiva enmarcada en los criterios de población con necesidad de cuidados paliativos.

**Conclusión:** Siendo el alivio del sufrimiento un derecho universal y su incumplimiento la violación de este principio, corresponde a los órganos decisores definir estrategias de implementación y adecuación de recursos. Con base en la identificación de las necesidades en cuidados paliativos de la población del municipio, se considera de suma importancia la reorganización del equipo de cuidados paliativos existentes en el ACeS, para cumplir y hacer cumplir un derecho universal.

**Palabras clave:** Cuidados Paliativos, Equipo Comunitario de Soporte en Cuidados Paliativos, Estimación de Necesidades.

## INTRODUÇÃO

O Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017/2018,<sup>1</sup> defende o acesso a CP de qualidade a todas as pessoas portadoras de doença grave ou incurável, em fase avançada ou progressiva, residentes em território continental, independentemente da sua idade, diagnóstico, local de residência ou nível socioeconómico, desde o diagnóstico até ao luto.

Ainda segundo o mesmo, durante o biénio 2017/2018 será dada especial atenção à implementação de Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), à criação de Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) em todas as instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e desenvolvimento de Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos (UCP)

Segundo Capelas,<sup>2</sup> no seu artigo "Equipas de cuidados pa-

liativos domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal”, defende, com base nas orientações da European Association for Palliative Care (EAPC) e em Gómez-Batiste, *et al.*, a implementação de uma ECSCP por 100 mil habitantes.

Com base no Plano Estratégico de Cuidados Paliativos para Portugal 2017-2018,<sup>1</sup> objetiva-se a implementação de uma ECSCP por 150 mil habitantes e uma ECSCP por ACeS.

O ACeS estudado, composto por dois concelhos, dispõe de uma ECSCP cuja intervenção se limita geograficamente a uma área de um dos concelhos, ou seja, todos os utentes/famílias/cuidadores residentes fora da mesma (concelho estudado e parte do concelho vizinho), não usufruem desta tipologia de cuidados. Alicerçado em dados demográficos e clínicos de um dos concelhos do ACeS e na estimativa, segundo autores referenciados, das necessidades da população em cuidados paliativos, pretende este estudo perceber se é pertinente a cobertura assistencial desta tipologia de cuidados.

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O grande desafio que os sistemas de saúde enfrentam atualmente, é o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de multimorbilidades, a incapacidade funcional e as patologias demenciais. A necessidade de recursos assistenciais aumenta em simultâneo e proporcionalmente, com o aumento do número de pessoas que vivem mais tempo com múltiplas doenças graves, com compromissos funcionais e compromissos cognitivos.<sup>3</sup>

Apesar de toda a divulgação e investigação recentes, ainda prevalece o pensamento, no público em geral e nos profissionais de saúde em particular, de que os cuidados paliativos se destinam a doentes oncológicos e nos últimos dias de vida.<sup>4</sup>

Gómez-Batiste *et al.*,<sup>5</sup> referem que os CP que se iniciam num estado muito avançado da doença, estão desenhados para responder fundamentalmente, às necessidades das pessoas com cancro. Identifica o tardamento no processo de identificação dos potenciais beneficiários desta tipologia de cuidados e, simultaneamente menciona a deficitária integração entre cuidados primários e secundários, a falta de capacidade nos processos de comunicação e no estabelecimento de planos avançados de cuidados por parte dos profissionais de saúde.

Segundo Gomes e Higginson,<sup>6</sup> a adequação de recursos e estruturas para prestação de cuidados a uma população

cada vez mais idosa, torna-se urgente. Segundo as suas projeções, em 2030, 22% da população terá mais de 65 anos e apenas uma pessoa em cada dez morrerá em casa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>7</sup> e a Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA),<sup>8</sup> recordam que os CP estão reconhecidos no direito humano à saúde e reafirmam que, os CP melhoram a qualidade de vida de doentes e famílias, quando confrontados com uma doença potencialmente fatal. Previnem e aliviam o sofrimento através de uma abordagem holística do doente e família, assentam num trabalho em equipa transdisciplinar, são centrados na pessoa e prestam especial atenção às suas necessidades e preferências.

A OMS<sup>7</sup> e a WHPCA<sup>8</sup> alertam para a responsabilidade dos sistemas nacionais de saúde traçarem políticas que integrem serviços de CP, na estrutura e financiamento dos serviços de saúde e em todos os níveis de cuidados. Alertam também, para a necessidade de formação pré e pós-graduada dos profissionais, bem como do público em geral.

É importante recordar que em 2014, na resolução 67.19 da Assembleia Mundial da Saúde, com o título “*Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*”,<sup>9</sup> ficou instituído, entre outras recomendações, que a OMS e os Estados membros se comprometiam em melhorar o acesso aos cuidados paliativos como componente dos sistemas de saúde, com especial atenção aos cuidados de saúde primários e aos cuidados de saúde comunitários e domiciliários.

Sendo a família a pedra basilar da sociedade e o domicílio o local de preferência desta, será adequado afirmar que doentes e famílias, independentemente das diferenças pessoais, familiares, culturais e socioeconómicas, preferem permanecer nas suas residências mesmo enfrentando processos de doença e até de morte.<sup>10</sup>

O domicílio é o local de eleição de prestação de cuidados para doentes, cuidadores e famílias e, alinhar cuidados com as preferências de doentes e famílias é a chave para cuidados de saúde de maior qualidade.<sup>11</sup>

No âmbito nacional, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos,<sup>12</sup> vem consagrar o direito e regular o acesso dos cidadãos aos CP, através da criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) sob tutela do Ministério da Saúde.

De acordo com Woitha et al.<sup>13</sup> no “*Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union*”, que classifica os estados de acordo com a existência de equipas e serviços de cuidados paliativos hospitalares e domiciliários (recursos) e de acordo com a capacidade de desenvolvimento de futuros recursos (vitalidade), Portugal é identificado com baixo score em recursos, mas com elevado score em vitalidade.

Com o objetivo de estruturar, adequar e implementar recursos e respostas em CP, é nomeada a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP)<sup>14</sup>, que elabora o Plano Estratégico para desenvolvimento dos CP para o biénio 2017-2018.

Segundo a CNCP,<sup>1</sup> “pretende-se criar uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos funcional, plenamente integrada no Serviço Nacional de Saúde e implementada em todos os níveis de cuidados de saúde, que permita a equidade no acesso a CP de qualidade, adequados às necessidades multidimensionais (físicas, psicológicas, sociais e espirituais) e preferências dos doentes e famílias”.

Segundo o Plano Estratégico,<sup>1</sup> os CP especializados serão prestados por profissionais diferenciados a situações de grande complexidade, em domicílio por Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), em internamento hospitalar por Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e em unidades de Cuidados Paliativos (UCP).

De acordo com a Linha Estratégica 3,<sup>1</sup> sobre a adequação dos recursos assistenciais especializados, “Ajustar os recursos de CP especializados às necessidades da população, promovendo a equidade de acesso a estes cuidados em todo o país, qualquer que seja o diagnóstico e idade do doente, com particular destaque para os cuidados domiciliários”.

Segundo o mesmo Plano<sup>1</sup> “Compete aos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, designadamente as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e os ACeS (...) garantir a constituição e atividade de novas equipas locais de Cuidados Paliativos, essenciais para uma cobertura adequada da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), designadamente das ECSCP, (...) atendendo aos recursos disponíveis e às necessidades evidenciadas.”

Segundo Capelas,<sup>15</sup> as ECSCP devem de ser implementadas

com prioridade, uma vez que são o pilar de toda a rede de cuidados, sem as quais o doente não deixará de estar hospitalizado ou institucionalizado.

A intervenção de equipas domiciliárias de CP, permite maximizar as escolhas e as preferências de doentes e famílias, reduzir o número de internamentos em hospitais de agudos e, do ponto de vista económico, reduzir os custos.<sup>16</sup>

Numa revisão sistemática da literatura conduzida por Gomes et al.,<sup>17</sup> a sua existência, duplica a probabilidade do doente falecer em casa, identifica que por cada doente que morre em casa, cinco doentes beneficiam de CP (NNTB), reduz a sobrecarga sintomática em doentes com doença avançada e a sua presença não aumenta o sofrimento dos familiares e cuidadores.

Segundo o mesmo grupo de autores,<sup>18</sup> em Portugal e noutros países como Japão, Alemanha ou Grécia, persiste uma elevada tendência para a morte institucionalizada. Países como o Reino Unido, Estados Unidos da América ou Canadá, o desejo de morrer em casa é tendencialmente respeitado. Esta situação pode ser justificada, segundo Calanzani et al.,<sup>19</sup> pela limitação ou inexistência de recursos em CP para doentes que preferem permanecer e morrer em casa.

O cálculo de estimação de necessidades em CP difere de autor para autor no entanto, de acordo com Murtagh et al.,<sup>20</sup> os métodos estudados apresentam benefícios e desvantagens. Refere ainda que os métodos de estimação devem de ter em consideração as características locais, regionais e nacionais.

No mesmo artigo os autores referem que 69% a 82% dos doentes falecidos necessitam de cuidados paliativos, enquanto que Gómez-Batiste et al., estima que 75% dos óbitos necessitam da mesma tipologia de cuidados.<sup>20</sup>

## METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, descritivo e observacional, que envolveu toda a população do concelho e a inscrita no ACeS.

A resposta aos objetivos do estudo foi obtida pela análise características demográficas e clínicas da população e enquadramento sócio económico da região.

Os dados foram obtidos com recurso a informação publicada em bases de dados de acesso público: Plano Local de Saúde

2013-2016 Extensão a 2020, Relatório de Caracterização do ACeS (2015), Câmara Municipal, Pordata (2017). A estes dados adicionou-se informação, não pública, obtida através do Instituto Nacional de Estatística (2017), em resultado parceria com o Observatório Português de Cuidados Paliativos.

Os dados não públicos, ou seja do INE, foram disponibilizados anonimizados, para garantia do princípio ético da confidencialidade, pelo que não careceu de parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

A estimativa da necessidade populacional em CP foi realizada de acordo com dados de prevalência (1%-1,4% da população) e de mortalidade (69%-82% dos óbitos). O cálculo foi baseado na população residente e não no número de inscritos no centro de saúde (eliminados utentes com inscrições esporádicas).

## RESULTADOS

### As Pessoas do Concelho

O concelho estudado situa-se na Área Metropolitana de Lisboa. Tem 205.870 habitantes, distribuídos por 168 Km<sup>2</sup>. A densidade populacional é de 1.231 hab./Km<sup>2</sup> e o crescimento populacional de 2,2%.<sup>21</sup>

Atualmente, o concelho é composto por duas cidades, sete vilas e por dez freguesias. O município está dividido em três grandes áreas: a rural, a urbana e a industrializada.

A população residente no concelho está assimetricamente distribuída, verificando-se freguesias densamente povoadas (44.331 hab.) em detrimento de outras, de configuração rural, com cerca de 3.000 habitantes.<sup>22</sup>

Não contrariando a tendência nacional, a população do concelho apresenta um índice de envelhecimento de 131,3 e um índice de dependência de idosos de 32,1, ou seja, por cada 100 pessoas dos 0-14 anos existem 131 pessoas com mais de 65 anos e, por cada 100 pessoas dos 15-64 anos, existem 32 pessoas com mais de 65 anos.<sup>21</sup>

A taxa bruta de natalidade é de 10,3‰ e a taxa bruta de mortalidade é de 8,9‰. Por outras palavras e respetivamente, nascem cerca de 10 crianças e morrem cerca de 9 pessoas por cada 1000 habitantes.<sup>21</sup>

Recordando a abrangência da definição de cuidados palia-

tivos, como cuidados holísticos a doente e família, com respeito pelo seu contexto socioeconómico e cultural, será de sobejá importância o desenvolvimento de conhecimentos sobre a individualidade de cada cultura, de forma a adequar e personalizar cuidados a indivíduos e famílias.

Segundo dados do INE, a população estrangeira residente no concelho com estatuto legal de residente, corresponde a 7,5% da população total.

Do ponto de vista socioeconómico, a população apresenta uma taxa de analfabetismo de 3,6%, o que corresponde a aproximadamente 7400 pessoas. Existem 7,4% de desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional, 31,8 de‰ beneficiários do rendimento social de inserção da segurança social e 337,9‰ pensionistas da segurança social.<sup>21</sup>

Analisando o panorama mencionado, podemos inferir que: por cada 1.000 pessoas dos 15-64 anos, 74 estão desempregadas, 32 são beneficiárias do rendimento social de inserção e 338 são pensionistas da segurança social, ou seja, 444 pessoas inativas.<sup>21</sup> Se adicionarmos a população entre 0-14 anos (32.163=15.6%=156‰), podemos afirmar que por cada 1.000 pessoas ativas, existem 600 pessoas inativas no concelho.

### As Pessoas do ACeS

O ACeS engloba o concelho estudado e um concelho vizinho. É constituído por 30 Unidades Funcionais, na dependência direta da Direção Executiva: 14 Unidades de Saúde Familiares (USF), 10 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 4 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 ECSCP, 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), 1 Unidade de Saúde Pública (USP) e 2 Centros de Atendimento e Tratamentos Urgentes (CATUS).<sup>22</sup>

A população inscrita no ACeS é de 355.842 utentes, no entanto 206.540 estão inscritos no concelho estudado (57%) e 149.302 utentes estão inscritos no concelho vizinho.<sup>21</sup>

Do total da população inscrita do concelho, deparamo-nos com aproximadamente 78% de utentes frequentadores e cerca de 22% de utentes não frequentadores.<sup>21</sup>

Analisando os utentes inscritos e frequentadores das unidades funcionais, por diagnóstico ativo, deparamo-nos com o predomínio do diagnóstico hipertensão arterial com e sem complicações (22,92%), obesidade/excesso de peso

(17,14%) e alteração do metabolismo dos lípidos (18,64%).<sup>21</sup>

As perturbações do foro psíquico, incluindo as demências, surgem como diagnóstico ativo em 18,29% dos utentes, as doenças do foro respiratório em 11,22% e a diabetes 7,52%.

Após as doenças do foro osteoarticular (4,99%) e das doenças cardiovasculares (2,88%), surgem as neoplasias malignas da mama (0,82%), próstata (0,57%), cólon/reto (0,52%), estômago (0,11%) e brônquios/pulmão (0,10%).<sup>21</sup>

De salientar os valores atribuídos aos diagnósticos de abuso de substâncias, nomeadamente, abuso crónico e agudo de álcool (1,22%) e tabaco (8,35%).<sup>21</sup>

O plano local de saúde<sup>21</sup> traçado pelo poder autárquico local em conjunto com os serviços de saúde, delineou como programas de saúde prioritários para o concelho: prevenção e controlo do tabagismo, promoção da alimentação saudável, promoção da atividade física, diabetes, doenças cérebro-cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças respiratórias, infeção VIH/Sida e tuberculose e hepatites virais.

#### As Necessidades das Pessoas em CP

Em 2017, Xavier Gomes-Batiste e Stephen Connor, com a colaboração de outros investigadores<sup>23</sup> delinearam métodos de cálculo de estimação de necessidades em cuidados paliativos. Para a sua determinação podem ser utilizados dados de mortalidade, dados de prevalência ou a combinação entre ambos.

Os estudos de prevalência podem ser aplicados na população em geral ou em locais específicos. Pesquisas realizadas em países desenvolvidos, identificam cerca de 1-1,4% da população, como pessoas com doenças crónicas, avançadas e progressivas com necessidades de cuidados paliativos. Analisando os dados demográficos da população e, tendo como base o método referido, podemos inferir que cerca de 2.058 (1%) a 2.882 (1,4%) pessoas do concelho necessitam desta tipologia de cuidados.

O método de cálculo publicado no *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*,<sup>7</sup> limita-se às necessidades de cuidados paliativos apenas, em doentes terminais, fornecendo baixo nível de estimação, razão pela qual não foi aplicado no presente estudo.

Recorrendo ao cálculo de estimação de necessidades através de dados de mortalidade, Murtagh et al.,<sup>20</sup> identificam

que, em países desenvolvidos, 69%-82% dos que morrem necessitam de cuidados paliativos. Este valor deriva de uma comparação entre as várias metodologias de cálculo de estimação de necessidade em cuidados paliativos. Segundo este grupo de autores, que recorreu a um painel de peritos em vários *settings* para refinar metodologias já existentes, os registos de mortalidade são robustos para o cálculo de estimação de necessidades em cuidados paliativos de uma determinada população. Este grupo de investigadores integrou, no seu método de cálculo, muitas outras doenças crónicas que requerem cuidados paliativos, refinando assim a metodologia estudada.<sup>20</sup>

Para o cálculo foram utilizados os registos de mortalidade classificados de acordo com a International Classification of Diseases – 10<sup>th</sup> Revision (ICD – 10) e incluídos os seguintes grupos de doenças: C00-C97 (Neoplasias malignas); I00-I52 e I60-I69 (Doenças cardíacas e cerebrovasculares); N17, N18, N28, I12 e I13 (Doenças renais); K70-K77 (Doenças hepáticas); J06-J18, J20-J22, J40-J47 e J96 (Doenças respiratórias); G10, G20, G35, G122, G903 e G231 (Doenças neurodegenerativas); F01, F03, G30 e R54 (Demência de Alzheimer e senilidade) e B20-B24 (VIH/SIDA).

Com base nesta metodologia e analisando as causas de morte na população do concelho, segundo o ICD-10 (Quadro 1), nos anos 2011 a 2015, podemos afirmar que entre 69% e 76% da população sofria de uma doença crónica, avançada e progressiva, com critérios de referência para cuidados paliativos.

## DISCUSSÃO

A atual sociedade confronta-se com marcadas mudanças em todas as suas vertentes. Associado a este facto, a vivência de uma crise económica global, acarretou consigo, profundas discrepâncias nos planos sociais e económicos.

A uma transição demográfica, com a passagem de uma sociedade jovem para uma sociedade envelhecida, reforçado com a emigração das camadas jovens da população, adiciona-se uma transição epidemiológica, caracterizada pela alteração de perfil de doenças prevalentes, passando de um perfil dominante de doenças infetocontagiosas para um perfil de doenças crónicas e degenerativas.<sup>24</sup>

Os momentos de crise são considerados momentos de oportunidade. Oportunidade de refletir sobre o que tem

**QUADRO 1**

Óbitos entre 2011-2015 por categorias segundo ICD-10

ICD	2011	2012	2013	2014	2015
C00-C97 (Neoplasias malignas)	489	449	468	459	549
I00-I52, I60-I69 (Doenças cardíacas e cerebrovasculares)	548	509	471	510	568
N17, N18, N28 (Doenças renais)	13	17	13	11	14
K70-K77 (Doenças hepáticas)	21	27	23	23	24
J06-J18, J20-J22, J40-J47, J96 (Doenças respiratórias)	130	130	120	90	125
G10, G20, G30, G35, G122, G903, G231 (Doenças neurodegenerativas)	31	50	34	42	60
F01, F03 (Demência)	0	0	37	32	40
R54 (Senilidade)	8	11	14	4	2
B20-B24 (VIH/SIDA)	15	19	16	11	17
<b>Número de óbitos</b>	<b>1255 (74%)</b>	<b>1212 (71%)</b>	<b>1196 (68%)</b>	<b>1182 (76%)</b>	<b>1399 (76%)</b>
<b>Número total de óbitos</b>	<b>1694</b>	<b>1704</b>	<b>1738</b>	<b>1557</b>	<b>1830</b>

Fonte: INE - Óbitos gerais por causa de morte a 3 dígitos, entre 2011-2015, no município estudado, segundo o sexo e a idade em escalões quinquenais

sido feito, oportunidade de julgar o que existe e oportunidade de decidir e agir sobre o que se pode fazer.

Segundo o Relatório da Primavera do ano de 2016, lançado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS),<sup>24</sup> as crises ultrapassam-se melhor e mais depressa com uma população saudável, pelo que, nessas circunstâncias adversas, se deva investir na saúde de forma a dotar os cidadãos de competências adequadas de resposta ao momento. Tal, segundo o mesmo documento, não se verificou em Portugal, sendo evidente as desigualdades em saúde entre a população. As desigualdades socioeconómicas traduzem-se em desigualdades em saúde e, têm demonstrado uma tendência nacional crescente, quando comparadas com outros países europeus. Estas desigualdades manifestam-se

no acesso aos cuidados de saúde, na exposição a agentes patogénicos ou cancerígenos, na adoção de comportamentos de risco e na exposição ao stress.

Quando recordamos a Constituição da República Portuguesa,<sup>25</sup> somos confrontados com os deveres, as obrigações e as responsabilidades do Estado e, em simultâneo, com as desigualdades e as discrepâncias económicas e sociais com que nos deparamos na nossa prática diária de cuidados de saúde à população.

Apesar de os cuidados paliativos serem considerados um direito humano básico<sup>26</sup> as desigualdades nesta tipologia de cuidados, não foge à regra.

Assim, a par da escassez de recursos em UCP (38,2%), em EIHSCP (35,1%) e em ECSCP (17,5%) associa-se a assimetria

## QUADRO 2

Metodologias de cálculo de estimação de necessidades em CP para a população do Concelho estudado

Metodologias de Cálculo	
Metodologia	Realidades
Prevalência 1 – 1,4% da população	205.870 habitantes 2.058 (1%) – 2.882 (1,4%) pessoas
<i>Global Atlas of Palliative Care at the End of Life</i> (2014)	Baixo nível de estimação (Não utilizado no estudo)
Mortalidade ICD-10 69% - 82%	1.196 – 1.399
Comissão Nacional de Cuidados Paliativos 1 ECSCP/150.000 hab. 1 ECSCP/ACeS	205.870 hab. no Concelho 355.842 inscritos no ACeS 1 ECSCP no ACeS (limitação geográfica a uma zona do concelho vizinho)

geográfica, com distritos sem recursos, outros com algumas tipologias e outros distritos com recursos acima das suas necessidades.<sup>24</sup>

O mesmo documento sugere uma adequação dos modelos organizacionais de resposta em saúde, devendo centrar-se na comunidade, particularmente nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados.

E quando as desigualdades se operam no interior do mesmo ACeS?

As ECSCP são, de acordo com o referencial teórico de sustentação, a resposta adequada a doentes/famílias/cuidadores em situação de crise ou maior complexidade, resultante de um processo de doença crónica complexa e ameaçadora da vida. Envolvidos numa equipa interdisciplinar, com competências específicas assentes em conhecimento científico, permitem o controlo sintomático em todas as suas dimensões, privilegiam o envolvimento do doente/família/cuidadores recorrendo a estratégias específicas de comunicação. Desenvolvem esforços para conciliar preferências do doente/família, permitindo permanecer e falecer no domicílio, se esse for o seu desejo. Além do contato direto com doentes/famílias, articulam com outras equipas de prestação de cuidados, com recursos comunitários e em consultoria a outras

unidades funcionais do ACeS.

Pelas suas competências e pelo seu contexto domiciliário de trabalho, são atores privilegiados no processo de cuidado holístico ao doente/família/cuidador, independentemente da sua idade, patologia, condição social, económica, cultural e religiosa, na promoção da autonomia, na adequação de medidas interventivas, no respeito pela pessoa e pelas suas opções, em suma, pela promoção da sua dignidade.

Segundo os autores referenciados, a existência de equipas de intervenção domiciliária, permite a permanência no domicílio, a diminuição de procura de serviços de urgência em hospitais de agudos, a diminuição do número de internamentos e a desadequação terapêutica. A par da diminuição de utilização de recursos e custos de assistência hospitalar, os custos para as famílias e para os cuidados de saúde primários têm também de ser considerados.

As famílias/cuidadores durante os processos de doença, enfrentam desequilíbrios em todas as suas vertentes, não sendo a financeira exceção. Estes gastos não imputados diretamente aos serviços de saúde, têm um caráter direto nas despesas familiares, no absentismo do cuidador e na necessidade de apoios sociais. Os custos diretos com os recursos humanos e materiais serão imputados aos cuidados de saúde primários. As palavras, gasto, ou despesa, ou custo, têm sido pronunciadas frequentemente e favorecidas no atual contexto, em detrimento de outras como, adequação, qualidade, respeito e dignidade. É importante não esquecer, que os custos têm de ser avaliados na sua globalidade e que há custos que não se conseguem avaliar em euros.

Apesar de toda a carga física, psicológica, emocional, financeira, profissional, etc., doentes e famílias preferem permanecer e morrer em casa, acompanhados por profissionais capacitados para a prestação de cuidados adequados.

## CONCLUSÃO

Para que sociedade e famílias consigam apoiar, tratar e cuidar de uma população envelhecida, dependente e portadora de doenças crónicas, avançadas e progressivas, é prioritária a implementação e adequação de estratégias nacionais, regionais e locais que permitam responder às necessidades identificadas.

O desenvolvimento e implementação de recursos assistências de saúde e sociais é uma prioridade da política nacional.

Os cuidados paliativos, cuidados holísticos prestados a doentes/famílias/cuidadores, por equipas interdisciplinares de profissionais com competências específicas assentes em pilares científicos, são considerados os cuidados adequados e essenciais a estes doentes e famílias.

Conciliar vontades e desejos de doentes e famílias, com a necessidade de cuidados e local de prestação dos mesmos, pode ser considerado padrão de excelência.

Deste modo e em resultado deste estudo, a necessidade de cobertura assistencial em cuidados paliativos da população do concelho é uma realidade, não só do ponto de vista demográfico, mas também do ponto de vista epidemiológico e clínico. Com uma população envelhecida, com a prevalência de doenças graves, crónicas e complexas, mas também com a intervenção domiciliar desenvolvida na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), por profissionais com formação específica em cuidados paliativos (enfermeiro e médicos) e pelo conhecimento empírico da realidade do concelho, a reorganização considera-se não só pertinente, mas também urgente. Esta reorganização deve ter por base as dotações mínimas emanadas de orientações internacionais e nacionais, tendo como referência primordial a dimensão da população, as suas características clínicas e socioeconómicas e não apenas o contexto de ser ou não uma equipa, do ponto de vista estrutural.

Não existindo dúvidas na necessidade da população em CP, cabe à direção do ACeS, em conjunto com o profissionais envolvidos ponderar sobre o melhor percurso, de forma a cumprir um direito universal. ●

## REFERÊNCIAS

1. Despacho n.º 14311-A/2016. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017/2018. Retrieved 23 março 2017, from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Despacho-n.%C2%BA-14311-A-2016-Aprova-PE-2017-2018-Cuidados-Paliativos-2.pdf>
2. Capelas M. Equipas de cuidados paliativos domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal. *Cadernos da Saúde*. 2010; 3: 21-26.
3. May P, Morrison R., & Murtagh F. Current state of the economics of palliative and end-of-life care: A clinical view. *Palliative Medicine*. 2017; 31(4): 293-295. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216317695680>
4. Murray S., Kendall M., Mitchell G., Moine S., Amblás-Novellas J., & Boyd K. Palliative Care from diagnosis to death. *BMJ*. 2017; j878. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j878>
5. Gómez-Batiste X., Murray S., Thomas K., Blay C., Boyd K., & Moine S. et al. Comprehensive and Integrated Palliative Care for People With Advanced Chronic Conditions: An Update From Several European Initiatives and Recommendations for policy. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017; 53(3): 509-517. Retrieved from [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(16\)31203-9/fulltext](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(16)31203-9/fulltext)
6. Gómez-Batiste X. & Higginson I. Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. (2008). *Palliative Medicine*. 2008; 22(1): 33-41. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216307084606>
7. OMS. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014. Retrieved from [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)
8. WHPCA. Global Atlas of Palliative care at the end of life. 2014. Retrieved from [file:///C:/Users/Dias/Downloads/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](file:///C:/Users/Dias/Downloads/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)
9. WHA. Sixty-Seven World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. 2014. Retrieved from [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf)
10. Chen H., Nicolson D., Macleod U., Allgar V., Dalglies, C., & Johnson M. Does the use of specialist palliative care services modify the effect of socioeconomic status on place of death? A systematic review. *Palliative Medicine*. 2016; 30(5): 434-445. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216315602590>
11. Kessell E., Scheffler R., & Shortell S. Avoiding Spending While Meeting Patients' Wishes: A Model of Community-Based Palliative Care Uptake in California from 2014–2022. *Journal of Palliative Medicine*. 2016; 19(1): 91-96. Retrieved from <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpmp.2015.0046>
12. Decreto-Lei n.º 52/2012 de 5 setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/174841>
13. Woitha K., Garralda E., Martin-Moreno J., Clark D., & Centeno C. Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016; 52(3): 370-377. Retrieved from <http://www.apcp.com.pt/uploads/1-s2.0-S0885392416301415-main-4-.pdf>
14. Despacho n.º 7824/2016 de 15 junho. Criação e Nomeação da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Despacho-n.%C2%BA-14311-A-2016-Aprova-PE-2017-2018-Cuidados-Paliativos-2.pdf>
15. Capelas M. Cuidados paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos da Saúde*. 2009; 1: 51-57.
16. Noble B., King N., Woolmore A., Hughes P., Winslow M., & Melvin J. Can comprehensive specialized end-of-life care be provided at home? Lessons from a study of an innovative consultant-led community service in the UK. *European Journal of Cancer Care*. 2014; 24(2): 253-266. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4359037/>
17. Gomes B., Calanzani N., Curiale V., McCrone P., Higginson I. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. A systematic review. *The Cochrane Library*. 2013; Issue 6. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4473359/>
18. Gomes B., Calanzani N., Koffman J., & Higginson I. Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. *BMC Medicine*. 2015; 13(1). <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0466-5>
19. Calanzani N., Moens K., Cohen J., Higginson I., Harding R., & Deliens L. Choosing care homes as the least preferred place to die: a cross-national survey of public preferences in seven European countries. *BMC Palliative Care*. 2014; 13(1). Retrieved from <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-48>
20. Murtagh F., Bausewein C., Verne J., Groeneveld E., Kaloki Y., & Higginson I. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*. 2014; 28(1): 49-58. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313489367>
21. Câmara Municipal de Loures. Plano local de saúde Loures-Odivelas 2013- 2016 Extensão a 2020. 2013. Retrieved from <https://www.cm-loures.pt/media/pdf/PDF20170217145947637.pdf>
22. Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. Relatório de caracterização do ACeS Loures-Odivelas. 2015. Retrieved from [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/1880/07\\_-\\_ACES\\_Loures\\_Odivelas\\_Set2015\\_VNET.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1880/07_-_ACES_Loures_Odivelas_Set2015_VNET.pdf)
23. Gomes B., Connor S. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. 2017. <http://kehpc.org/wp-content/uploads/Go%CC%81mez-Batiste-X-Connor-S-Eds.-Building-Integrated-Palliative-Care-Programs-and-Services.-2017-b.pdf>
24. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório da Primavera 2016. 2017. Retrieved from [http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio\\_Primavera\\_2016\\_1.pdf](http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf)
25. Constituição da República Portuguesa. VII Revisão Constitucional, Artigo 64.º. 2005. Retrieved from <http://www.parlamento.pt/Legislacao/paginas/constituicaoepublica-portuguesa.aspx>
26. Gómez-Batiste X., Murray S., Thomas K., Blay C., Boyd K., & Moine S. Comprehensive and Integrated Palliative Care for People with Advanced Chronic Conditions: An Update from Several European Initiatives and Recommendations for Policy. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017; 53(3): 509-517. Retrieved from [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(16\)31203-9/fulltext](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(16)31203-9/fulltext)