



ODIVELAS, UM PONTO DE PARTIDA  
ODIVELAS, A STARTING POINT

TRABALHO DE PROJECTO  
ELABORADO NO ÂMBITO DO 1º  
CURSO DE MESTRADO EM  
CUIDADOS PALIATIVOS

SOB ORIENTAÇÃO DE DR.  
FERRAZ GONÇALVES

Porto, 2011

---

Acta Med Port 2011

**ODIVELAS, UM PONTO DE PARTIDA**  
**ODIVELAS, A STARTING POINT**

Florbela RESENDE

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Mestre em Relações Interculturais

Serviço de Imagiologia do Hospital Pedro Hispano

Rua Monte da Terra, n.º 319 – 1º

4460-051 Guifões

# ODIVELAS, UM PONTO DE PARTIDA

## RESUMO

A nossa sociedade contemporânea, berço de mudanças significativas, carece de cuidados paliativos. Cuidados esses que, idealmente, deveriam ser ministrados no domicílio, o que não sucede com certa frequência, em Portugal. Um olhar retrospectivo sobre o trabalho desenvolvido na comunidade, por um grupo pioneiro, no seu tempo, pode ajudar na clarificação de alguns aspectos essenciais para contrariar essa situação. Desse modo, a experiência da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas constitui o “ponto de partida” desta reflexão. Do confronto entre o modelo de cuidados paliativos por ela desenvolvida e a realidade actual surgem várias discrepâncias.

Constata-se, por exemplo, que a própria dinâmica dos cuidados paliativos alterou-se. Aliado a um rácio insuficiente de pessoal nesta área, a actividade assistencial reflecte lacunas tanto no planeamento como na formação e disponibilidade de tempo manifestados. Mais falhas são assinaladas no que diz respeito à articulação dos Centros de Saúde com outras estruturas, inclusive a nível da referenciação dos doentes. Doentes que são também penalizados por vezes no acesso à medicação opióide, quando dela necessitam. Limitações que parecem não ter fim, mas permitem destacar eventuais elementos de interesse para a prática dos profissionais de saúde. Sugerem pistas e apontam caminhos para um futuro que se espera ser mais promissor.

**Descritores:** cuidados paliativos; formação; investimento; inovação.

# ODIVELAS, A STARTING POINT

## SUMMARY

In our actual society, with wide open nest of change lacks from palliative care. These so called cares should be given at home, albeit not in Portugal. In retrospective look over the work developed in the community by a pioneer group over time could help to clarify

some essential aspects, so they can't deny this situation. So, work experience protagonized by the work force of the Portuguese team Odivelas ICU is the starting point of this reflection. By the screening of the actual model and the true reality turns up to have a lot of lacks.

It happens to be, for example, that the palliative care changed itself. Given the insufficient ratio with specialized personnel in this area, the core activity lacks on itself, as training plans or personal management time are questionable.

More lacks are found when it comes to Health Care Centers and similar, simile patient referral. The same patients that, most of the cases, are denied with opiates, when needed. Limitations that seem far from an end, but turn out to be quite stimulating to some healthcare practitioner. Therefore, some boundary clues are surfacing and paths for a promising future to come.

**Key Words:** palliative care; training; integration; investment.

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, Portugal tem evidenciado profundas alterações sócio demográficas, entre as quais, o envelhecimento populacional e uma maior prevalência de doenças crónicas/degenerativas e de doenças oncológicas<sup>(1;2)</sup>. Nesse contexto, os cuidados paliativos ganham particular importância<sup>(3)</sup>.

Em 2006, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), são definidos alguns requisitos estruturais e funcionais a serem desenvolvidos nesse âmbito (unidades de internamento e equipas intra-hospitalares e domiciliárias de

suporte em cuidados paliativos)<sup>(4;5;6)</sup>. Os cuidados de Saúde Primários, com a sua reforma, procuram acompanhar as mudanças<sup>(6;7;8)</sup>. Algumas estruturas, nomeadamente as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), contemplam a vertente dos cuidados paliativos. Para complementar o enquadramento dos recursos, o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), criado em 2004 e revisto para 2010/2013<sup>(9)</sup>. Esboça um modelo organizativo adequado às necessidades dos doentes, numa lógica de continuidade dos cuidados. O objectivo almejado é dar resposta a todos os doentes necessitando dos cuidados mencionados,

independentemente do seu local de residência.

## **ALGUNS NÚMEROS**

Fundamentando-se em estudos internacionais, Capelas<sup>(10)</sup> estipula a necessidade de 80-100 camas por milhão de habitantes. Camas essas a ser distribuídas em hospitais de agudos (20-40%), unidades de média-longa duração ou para doentes crónicos (40-60%) e em lares ou residências medicalizadas (10-30%). Essas unidades deverão ser dotadas de três a quatro médicos com formação específica e de «meio» a um enfermeiro por doente ao longo do dia, igualmente com preparação “adequada”, num total de 13 a 18 enfermeiros por dez camas.

Com base na nossa população em 2007, o autor supra-citado defende a existência de 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários (com 266 médicos e 465 enfermeiros), na razão de uma a uma equipa e meia por 100 mil habitantes, dois médicos e três a quatro enfermeiros. Sugere ainda 102 equipas de suporte intra-hospitalar, com 204 médicos e 357 enfermeiros, a instituir em todos os hospitais, e 1062 camas distribuídas por diversas tipologias de recursos. Dessas, 319 deverão pertencer a instituições de agudos (28 unidades) e

531 a instituições de crónicos, com aproximadamente 200 médicos e 490 enfermeiros/dia. As estimativas não deverão ser muito diferentes em relação à população portuguesa nos dias de hoje.

## **SITUAÇÃO ACTUAL**

Presentemente, existirão “no terreno” umas 40 equipas com formação em cuidados paliativos no domicílio e prestando apoio domiciliário<sup>(11)</sup>. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) reconhece oficialmente 20 equipas na área<sup>(12)</sup>, das quais 13 são intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, 12 de cuidados continuados integrados com competência em paliativos e 11 unidades de cuidados paliativos, integrando a RNCCI<sup>(10;12)</sup>. Contam-se assim 160 camas para cuidados paliativos na RNCCI e mais 50 fora dela. Contudo, os dados não são consensuais. Mas parecem corroborar a opinião dos peritos internacionais em organizações de serviços de cuidados paliativos de que os nossos recursos humanos estão muito aquém do que seria necessário<sup>(10)</sup>. Esses autores preconizam também a importância dos cuidados domiciliários como pilar de toda a rede, apoiando a rede hospitalar ou camas de internamento especificamente para esse fim.

O trabalho, bem sucedido<sup>(15)</sup>, da primeira equipa de Cuidados Continuados Integrados na comunidade, com inclusão de cuidados paliativos, em Odivelas, deve pois suscitar a nossa reflexão.

## **A EXPERIÊNCIA DE ODIVELAS**

A equipa supra-citada integrou o projecto FORCCI – Famões, Odivelas e Ramada Cuidados Continuados Integrados. Chegou a dar assistência a 132.386 utentes inscritos no Centro de Saúde (dados de 2001). Foi pioneira a vários níveis<sup>(15;16)</sup>.

Antes de mais, por ter procurado articular o Centro de Saúde com diversas estruturas comunitárias de apoio das áreas de saúde e social, estabelecendo até múltiplos protocolos. Estes permitiram-lhe aceder, entre outros, ao seguimento partilhado de doentes e a medicação opióide. Realmente, foi o primeiro grupo domiciliário a utilizar opióides em idosos com doença oncológica e não-oncológica, administrando ainda fármacos e soros por via subcutânea. Soube assim reconhecer e integrar a especificidade dos cuidados paliativos nas suas práticas, alargando-os a doentes dos foros não-oncológico e pediátrico.

Por outro lado, centralizando sempre a sua actividade nas necessidades dos doentes e suas famílias, implementou uma filosofia de continuidade dos cuidados, englobando o período de luto. Proporcionava assim apoio presencial (das oito às vinte horas, nos dias úteis), preventivo (escalamento rotativo de um enfermeiro e de uma médica para os restantes períodos, em caso de intercorrências) e telefónico.

Para tal, socorria-se de um contributo multiprofissional, entrando na sua composição nove enfermeiros (chegaram a ser doze, dos quais cinco com formação em cuidados paliativos)<sup>(16)</sup>, uma médica a tempo inteiro, uma auxiliar de acção médica, um motorista socorrista e um assistente administrativo. Esta equipa multidisciplinar era ainda complementada, a tempo parcial, por outra médica (voluntária), um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, uma psicóloga, um assistente social, um sacerdote católico, um pastor Jeová e um imã<sup>(15;16)</sup>. Cabe também a esta equipa o mérito de ter delineado uma estratégia de acção consistente, mal o doente era referenciado. Atendendo às necessidades avaliadas por um elemento do grupo, era elaborado um plano de cuidados personalizado e eram disponibilizadas as ajudas técnicas oportunas, bem como estabelecidos os contactos profissionais

e/ou institucionais necessários. A par com a actividade assistencial, efectuavam-se reuniões periódicas, num regime diário (entre médica – enfermeiros), quinzenal (com elementos do Centro de Saúde) e mensal (com as parcerias). Eram utilizados instrumentos de registo – avaliação da dependência e monitorização da evolução de cada caso, com um suporte informático específico. A apreciação do trabalho era pois constante, sendo que a actividade de coordenação consumia então perto de 50% do horário de trabalho de dois elementos (médica-enfermeiro). Também não eram esquecidos a formação e o bem-estar do pessoal. Efectivamente, realizavam-se várias acções nos âmbitos da saúde e social (orientação, estágio, congressos bem como cursos e investigação) e na área da gestão de stress, com apoio de uma psicóloga externa.

Entretanto, os factos são reveladores. Em seis anos (1997-2003), mais de 2500 pessoas foram assistidas, sendo que sensivelmente 50% dos doentes tinham critérios para cuidados paliativos. A maior parte dos problemas seria resolvido no domicílio, possibilitando a 70-80% dos doentes um falecimento digno em casa, junto à sua família e com sintomatologia controlada<sup>(15)</sup>.

## **O QUE RESTA DESSE**

### **LEGADO?**

Hoje em dia, um dado salta logo à vista: cerca de 70% dos doentes falecem em internamento<sup>(17)</sup>. É desolador, mas revela as carências existentes nos Cuidados de Saúde Primários, incluindo o que diz respeito à prestação de cuidados paliativos. Não fosse os esforços de algumas ECCI e equipas de suporte intra-hospitalar em paliativos e o cenário ainda seria pior<sup>(18)</sup>.

Alguns factores são transversais a uma realidade que não é uniforme em todo o país. Não existe um suporte informático comum em Portugal, nem monitorizações constantes do trabalho realizado. Escasseiam tanto os dados fidedignos sobre os cuidados paliativos prestados como o número de profissionais com formação (técnica e, porventura, humana) adequada. Na verdade e frequentemente, os profissionais de saúde (especialmente os enfermeiros) que integram, por exemplo, a RNCCI e as equipas, são recém-formados, com todas as implicações inerentes: falta de experiência profissional e de motivação para esta área. Efectivamente, os cuidados paliativos são então uma imposição e não uma opção própria<sup>(19)</sup>. Enfim, despreza-se a importância da VOCAÇÃO numa

área tão sensível quanto esta. Os doentes encontram-se assim no domicílio sem a devida retaguarda<sup>(18;20)</sup>, sujeitos a uma lógica de cuidados que viola a filosofia inerente aos Cuidados Paliativos. De facto, o “tempo do relógio” sobrepõe-se ao “tempo do doente”, num período que só abrange, na maioria dos casos, o horário diurno e os dias úteis<sup>(18;20)</sup>. Além de que a noção de «equipa multidisciplinar» mais parece uma miragem, resumindo-se com frequência e apenas a médico, enfermeiro e, por vezes psicólogo e assistente social. Um estudo da DECO<sup>(17)</sup> alerta para esse fato. Só 1/5 das famílias reconhece a intervenção dessa equipa.

A situação do doente ainda é mais difícil pelo acesso deficitário aos opióides, fora do SNS, não obstante a tentativa do Governo anterior em corrigir essa vicissitude<sup>(11)</sup>. Um quadro eventualmente complicado para o qual contribui igualmente uma deficiente articulação entre Centro de Saúde e Hospital, especialmente quando as referidas estruturas não integram a mesma “entidade da saúde”. Não raras vezes, quando necessária, a referenciação dos doentes para as unidades é tardia e feita até de forma incorreta<sup>(14;17;21)</sup>.

É certo que algumas instituições têm procurado colmatar as lacunas da melhor forma possível, por exemplo, com a

ligação de um enfermeiro da equipa domiciliária à equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos. Em certos casos, esse enfermeiro integra mesmo essa equipa, deslocando-se semanalmente ao hospital, onde contacta com os doentes da sua “área de influência” que estão internados<sup>(19)</sup>. É também verdade que, em certos casos, foram dados alguns passos tímidos no sentido de uma visão mais holística do doente (massagem, Reiki e outros). Apesar disso, parece simplesmente que todo o empenho e a dedicação de uma equipa foram inglórios, desperdiçando-se uma herança de saberes e vivência.

## CONCLUSÕES

O estudo da realidade apresentada não se esgota de todo neste documento. Quando muito, podemos tirar algumas ilações. Pensando no futuro dos cuidados paliativos para o nosso país, surgem alguns pontos-chave: organização, investimento, mobilização, acessibilidade, inovação e respeito.

**Organização**, com a criação de uma rede de cuidados paliativos<sup>(20)</sup>, sustentada numa plataforma informática única, para a sistematização dos dados. Dados esses referentes aos doentes e respectivas famílias, com recenseamento metódico das suas necessidades e planeamento

adequado. Mas também com a instituição de uma rede para o registo do pessoal de saúde com competências no sector em causa.

**Investimento**, reunindo as diversas unidades de recursos (humanos e materiais) suficientes. Os rácios apresentados noutros contextos, diferentes do português, são passíveis de discussão. É bom salientar que “optimizar” não deve ser equivalente a “racionar”. E que desenvolver os Cuidados de Saúde Primários não deve significar a negligência da vertente hospitalar. É também essencial apostar na diferenciação dos profissionais de saúde e na literacia da população<sup>(22)</sup>, com acções a nível das escolas e das comunidades locais. Um saber maior pode traduzir-se num sistema mais eficiente, sem prejuízo para a dimensão humana. Aliás, é só nessa medida que a sociedade civil se sentirá impelida a colaborar.

**Mobilização** das pessoas em geral, com a criação de um “banco de horas e serviços”, só para os cuidados paliativos, à semelhança de outras iniciativas já existentes. Envolvimento dos poderes governativos em particular, com políticas de intervenção nas áreas da família e da habitação, numa perspectiva de «cuidar dos seus em casa, nas melhores condições possíveis».

**Acessibilidade**, flexibilizando o acesso à rede de cuidados, à medicação analgésica e aos diversos recursos, de forma equitativa.

**Inovação**, desenvolvendo mais investigação no campo já referido. Estudos esses que deveriam incluir/abordar temáticas pouco ou nada exploradas como os benefícios das terapias complementares/alternativas para os paliativos, os «grupos de luto» (existentes noutros países)<sup>(23)</sup>, e a multiculturalidade. Em relação a este último aspecto, repare-se mesmo quantos grupos de paliativos propiciam uma assistência religiosa/espiritual diversificada.

E, finalmente, não menos relevante, deve existir o **respeito**.

Pelo doente, dotado de uma vontade própria, mesmo que ela não tenha ainda força de lei. Talvez um dia sejam consideradas as directrizes pessoais em matérias de saúde, vigorando o «Testamento Vital»<sup>(24)</sup>. Pela família, atingida no seu âmago. Pelos profissionais de saúde, conhecedores das dificuldades no terreno. Afinal, a realidade dos cuidados paliativos não deve inscrever-se numa “moda” destinada à “promoção pessoal”. Deve antes fomentar a escuta activa de todos os intervenientes e matéria para ampla

reflexão. Odivelas, um ponto de partida...

## **Agradecimentos**

Ao Dr. Rui Nunes, coordenador do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina no Porto, pelo seu papel interventivo e entusiasta;

Ao Dr. Ferraz Gonçalves, Director da Unidade de Paliativos da RNCCI do Porto, pelo seu contributo inestimável para a área dos Cuidados Paliativos e para a elaboração deste artigo;

Aos profissionais de saúde da primeira ECCI de Odivelas, pelo seu exemplo inspirador;

A todos aqueles que se dedicam a esta causa, não esmorecendo perante a indiferença e o preconceito.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Campos L, Borges M, Portugal R. Governação dos Hospitais. 1ed. Alfragide: Edição Casa das Letras; 2009. P349-363.
2. Pires Mec. O estabelecimento de prioridades na despesa pública da Saúde: alguns pressupostos para a definição de um modelo em Portugal [projecto de investigação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
3. Instituto Português de Oncologia FG. Associação Portuguesa de cuidados paliativos [homepage na Internet. Porto: IPO FG; registada em 1995 Jul. 21 [actualizada em 2006; acesso em 2011 Jun. 2]. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/index.php?\(n=equip\)...Paliativos](http://www.apcp.com.pt/index.php?(n=equip)...Paliativos)
4. Nunes R. Regulação da saúde. 2nd ed. Porto: Vida Económica, Editorial S.A; 2009. p56-76.
5. Conselho de Ministros. Diário da República – I Série – A [base de dados na Internet]. Lisboa: Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social. 2006 Abr. 6; [acesso em 2011 May 6]. Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; [aproximadamente 9 p.]. Disponível em <http://www.cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislação/1012006.pdf>
6. Campos AC Reformas da saúde: o fio condutor. Coimbra: Edições Almedina S.A; 2008. P.166-125.
7. Conselho de Ministros. Diário da república – I Série – n.º 38 [base de dados na Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde. 2008 Feb 22; [acesso em 2011 May 6]. Decreto-Lei n.º 28/2008, [aproximadamente 7 p.]. Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/rdonlyres/4D921E90-4382.../01182011891.pdf>

8. Conselho de Ministros. Missão para os Cuidados de Saúde Primários [base de dados na Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde. 2005 Oct 12; [acesso em 2011 May 6]. Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários; [aproximadamente 48 p.]. disponível em: [http://www.portugal.gov.pt/documentos/governo/MS/linhas\\_cuidados\\_saud\\_e\\_primarios.pdf](http://www.portugal.gov.pt/documentos/governo/MS/linhas_cuidados_saud_e_primarios.pdf)
9. Conselho de Ministros. Programas e Dossiers [base de dos na Internet]. Lisboa: Ministério da saúde. 2010 Mar 31 [acesso em May 17]. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [aproximadamente 40p]. Disponível em: [http://portugal.gov.pt/pt/GC18/documentos/MS/Programa-Nacional\\_Cuidados\\_Paliativos.pdf](http://portugal.gov.pt/pt/GC18/documentos/MS/Programa-Nacional_Cuidados_Paliativos.pdf)
10. Capelas MLV. Cuidados Paliativos: uma proposta para Portugal. Cad Saúde [periódico na Internet]. 2009; [acesso em 2011 Jun 2]; 2(1): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/manuel\\_luis\\_capelas\\_1.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/manuel_luis_capelas_1.pdf)
11. Mundo Sénior. O acesso a opióides será mais rápido [Internet]. Estoril: Mundo Sénior; 2010 Dec [acesso em 2011 May 14].
12. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Equipa de Cuidados Paliativos [Internet]. Porto: IPOFG; [actualizada em 2006; acesso em 2011 Jun 2]. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/index.hph?n=equipas\\_c\\_paliativos&cod=90&subcat=90](http://www.apcp.com.pt/index.hph?n=equipas_c_paliativos&cod=90&subcat=90)
13. Marques AI, Gonçalves E, Salazar H, Neto IG, Capelas ML, Tavares M, e tal. O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Pat Care [periódico na Internet]. 2009 Oct; [acesso em 2011 Jun 2]; 14: [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>
14. Neto IG. Que desafios para os cuidados paliativos em Portugal. In: Admedic. V Congresso da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; 2010 Mar 11-12: Lisboa
15. Neto IG. Cuidados Paliativos: a experiência e visão da equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas. Cid Solid [periódico na Internet]. 2005 Jan [acesso em 2011 Jun 2]; 13: [aproximadamente 11 p.]. Disponível em [http://ww3.scml.pt/media/revista/rev\\_13/paliativos\\_13.pdf](http://ww3.scml.pt/media/revista/rev_13/paliativos_13.pdf)
16. Alves AC. Entrevista telefónica; 2010 Dec 28: Portalegre

17. Deco Proteste. Doentes terminais e opções no fim da vida – mais dignidade no adeus. *Teste Saúde*. 2011 Jun; (91): 24-28
18. Fonseca B. Entrevista; 2011 Jun 18: Porto
19. Campos I. Entrevista; 2011 Jul 1: Matosinhos
20. Neto IG. Intervenção dos partidos com assento parlamentar sobre os cuidados paliativos. In: JAS Farma. I Congresso de Cuidados Paliativos do IPO do Porto; 2011 Jun 17-18: Porto
21. Ferraz G. Apresentação da Actividade da Unidade de Cuidados Paliativos. In: Jas Farma. Comemoração do III Aniversário da UCP da RNCCI do IPO do Porto; 2010 Jun 18-19: Porto
22. Scott TL. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrolles in a managed care organization. *Med Care*. 2002; 40 (5): P 395-404
23. Pinto A. Entrevista; 2010 Dec 21: Lisboa
24. Nunes R. Apresentação pública do livro “Testamento Vital”; 2011 May 26: Porto