

COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Assunto:	Parecer da ACP sobre proposta de PEDCP 2019-2020 enviada pela CNCP em 5/12/2018
Data:	18/12/2018

A CNCP vem por esta forma agradecer a disponibilidade e relação cordial dos atuais corpos gerentes (CG) da ACP, bem como o seu contributo para o enriquecimento do PEDCP 2019-2020, o qual pretendemos que seja o mais consensual possível, para que juntos possamos concretizar a difícil, mas exequível, tarefa da sua concretização.

Agradecemos também a disponibilidade e elevado profissionalismo do Grupo de Apoio à Pediatria (GAP) e, em particular da sua coordenadora e vice-presidente da ACP (Dra. Ana Lacerda), a quem pedimos o favor de fazer chegar este nosso singelo, mas sincero agradecimento pela colaboração na construção da resposta pediátrica da proposta de PEDCP 2019-2020 em discussão.

Seguidamente, tentaremos esclarecer as questões colocadas, procurando clarificar os fundamentos que estiveram na base das opções tomadas. Para tal, analisaremos cada ponto de forma sistemática, para que nenhum aspeto seja esquecido. Estamos, no entanto, ao dispor dos CG da ACP para qualquer esclarecimento adicional.

- B. A CNCP partilha da preocupação expressada relativamente ao não cumprimento, das dotações mínimas definidas no PEDCP 2017-2018 e na Circular Normativa n.º 1/2017/CNCP/ACSS de 12 de janeiro por diversas EIHS CP em funcionamento. Não temos qualquer intenção de desvalorizar essa situação e temos mesmo previsto, apresentar em detalhe as dotações de pessoal existente em cada recurso específico de CP, no Relatório de Atividades, a terminar em janeiro de 2019. Continuaremos a fazer o que estiver ao nosso alcance para reverter este facto, tendo consciência das dificuldades.
- C. A Lei de Bases dos CP, vem definir que todas as equipas específicas de CP pertencem à RNCP, isto engloba obviamente as UCP-RNCCI que, com a publicação da Portaria nº 75/2017, de 22 de fevereiro passaram a integrar a RNCP pelo que não compreendemos a questão inicialmente colocada. Lembramos, no entanto, que como consta da “Visão para os Cuidados Paliativos em Portugal”, pretende-se que a RNCP seja uma **rede funcional**, construída segundo um **modelo colaborativo e integrado**, plenamente integrada no SNS, na qual as equipas específicas de CP intervêm **nos três níveis de cuidados de saúde** existentes em Portugal CSP, CSH e CCI. Assim, as UCP-RNCCI são uma das respostas específicas de CP a nível dos CCI, sendo outra resposta igualmente importante a consultadoria prestada por estas unidades e pelas ECSCP e EIHS CP às outras Unidades e equipas da RNCCI. Relativamente à redução do número de camas de UCP-RNCCI, como é do conhecimento da ACP, deveu-se exclusivamente à conversão das UCP-RNCCI existentes em Hospitais do SNS em UCP “hospitalares” e não ao encerramento de camas. No biénio 2019-2020 pretende-se manter a visão de que nos Hospitais do SNS só devem existir UCP hospitalares (“de agudos”) e não UCP-RNCCI, considerando a CNCP prioritário que qualquer

aumento do orçamento previsto para a área dos CP seja utilizado na criação e reforço das equipas de suporte (comunitárias e hospitalares) e na criação de novas UCP hospitalares. Assim, conforme mencionado no documento PEDCP 2019-2020, nesse biénio “continua a desaconselhar-se a abertura de novas UCP-RNCCI”, estando prevista a manutenção da atividade de todas as unidades já existentes, se for essa a vontade das entidades que as acolhem. No que se refere ao financiamento das UCP-RNCCI existentes, é objetivo da CNCP trabalhar com estas unidades no sentido de monitorizar eventuais aumentos dos seus custos operacionais resultantes dos novos critérios de internamento e encontrar estratégias para a sua diminuição, assegurando obviamente a manutenção da qualidade assistencial.

- D. A utilização do método proposto por Murtagh e Higginson, para o cálculo das estimativas de número de doentes que necessitam de CP é um método que, apesar de ser reconhecido e aceite internacionalmente, apresenta limitações, aliás como todos os outros. Por considerarmos dois anos um intervalo de tempo muito curto para o desenvolvimento de um plano do tipo do proposto optamos por manter no próximo biénio o método de cálculo usado no biénio 2017-2018 no sentido de dar alguma estabilidade ao Plano. Relativamente à variabilidade de recursos humanos a existir em cada equipa é isso mesmo que pretendemos que aconteça, como é aliás referido no PEDCP e por vós citado [*“o número de recursos de CP de uma região depende das suas características demográficas e geográficas (meio rural ou urbano, área geográfica abrangida, densidade populacional, índice de envelhecimento...) e do desenvolvimento socioeconómico da região, assim como dos outros recursos existentes”*]. Efetivamente, a dotação mínima de profissionais indicada no PEDCP pretende ser isso mesmo, uma indicação do mínimo de profissionais exigido em cada equipa, devendo a dotação efetiva das equipas aumentar em função das características locais, da fase de desenvolvimento em que se encontra e do número de doentes observados. Sendo esta uma questão loco-regional, entendemos que deve ser discutida com a administração da instituição em que a equipa se insere e a Coordenação Regional de CP, cabendo a cada equipa, identificar e justificar junto dos seus superiores hierárquicos e Coordenação Regional de Cuidados Paliativos, as condicionantes existentes na sua área de abrangência.
- E. Como é do conhecimento dos CG da APCP, ainda não existem ferramentas estandardizadas, validadas para a população portuguesa, que permitam a avaliação da complexidade dos doentes de CP. De acordo com informação que dispomos, está presentemente em processo de validação o instrumento IDC-Pal, mas mesmo este levanta algumas dúvidas à CNCP e aos próprios autores da escala, na medida em que classifica alguns doentes como altamente complexos por motivos de foro sobretudo social quando, de acordo com a Lei Portuguesa, os CP são cuidados de saúde e não de foro social, cabendo essa resposta às equipas e estruturas da Segurança Social ou a equipas mistas como as da RNCCI.
- F. Não questionamos que existam outras estruturas, fora do SNS, que tenham capacidade técnica para prestar cuidados diferenciados na área dos CP. No entanto, conforme mencionado anteriormente, entende a CNCP que qualquer reforço orçamental existente para a área dos CP

deve nesta fase ser utilizado em equipas/unidades pertencentes ao SNS. Em relação ao conceito de “hospice”, como é do conhecimento dos CG da APCP, contempla estruturas assistências cujo financiamento provem maioritariamente do mecenato e/ou privados, sendo o financiamento do sector público da saúde, habitualmente inferior a 20%. Assim, pelas razões acima indicadas entende a CNCP que na fase atual do desenvolvimento dos CP no SNS, o esforço orçamental a desenvolver nesta área deve recair nas entidades do SNS, particularmente os ACES, Hospitais e ULS. Por outro lado, as diferentes tipologias de Unidades da RNCCI (com particular destaque para as ULDM) e as Entidades Residenciais para Pessoas Idosas ou Dependentes dispersas por todo o país, têm doentes com necessidades de foro paliativo que têm de ser atendidas pelo que o PEDCP preconiza estratégias que visam elevar o nível de formação em CP dos profissionais destas unidades. São exemplos disto os Cursos de CP de nível Intermédio que estão a ser desenvolvido em todas as ARS desde 2017, sem custos monetários para os profissionais e a consultadoria das equipas de CP àquelas entidades.

- G. A existência de uma ECSCP por ACES não implica que a mesma não possa ter mais do que um Pólo, desde que tal se revele benéfico para o funcionamento da mesma, mas deverá ter uma coordenação comum, à qual competirá contratualizar a atividade da equipa com a direção executiva do ACES / ULS. Os diferentes Pólos, ainda que funcionem de forma mais independente por motivos geográficos, devem articular entre si, promovendo a discussão de casos clínicos e, em caso de necessidade, assegurando a substituição de profissionais em falta por doença ou férias. Esta visão de uma ECSCP por ACES, permitirá também de forma mais realista estabelecer o objetivo para o biénio 2019-2020, que o coordenador médico de cada ECSCP tenha a competência em Medicina Paliativa pela Ordem dos Médicos e o responsável de enfermagem tenha a Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa ou Especialidade de Enfermagem noutra área, mais formação avançada em CP e pelo menos 3 anos de trabalho em equipa de CP. Relativamente à dotação de profissionais das equipas, ver por favor acima - Ponto D.
- H. Como acima referido, no entender da CNCP, no próximo biénio, não estão previstos novos acordos com equipas de CP de instituições do sector social/privado, devendo qualquer aumento do orçamento previsto para a área dos CP ser utilizado na criação e reforço das ECSCP integradas no SNS, uma vez que consideramos existir potencial de crescimento dentro do SNS. São exceção a esta política, iniciativas como o programa Humaniza da Fundação La Caixa, em que o financiamento das equipas é integralmente da responsabilidade da Fundação. Salientamos, no entanto, que mesmo estas iniciativas de foro social/privado para serem reconhecidas pela CNCP devem cumprir as orientações e dotações previstas no PEDCP. Relativamente às parcerias entre Hospitais e ACES, pela CNCP são muito bem-vindas e incentivadas, bem como a articulação com as equipas / unidades da RNCCI.
- I. Como descrito no documento da EAPC que recomenda as 80 a 100 camas de CP por milhão de habitantes, vários países têm recomendado outros valores, de acordo com os seus contextos nacionais específicos. Por isso, tendo em conta a realidade portuguesa, nomeadamente a

existência de mais de 8.000 camas de internamento na RNCCI, onde estão doentes com necessidades paliativas que têm de ser atendidas, optou a CNCP por apresentar no PEDCP apenas a estimativa das necessidades de camas em UCP Hospitalares (40 a 50 camas por milhão de habitantes), para as quais não contam as 169 camas existentes atualmente em UCP-RNCCI. Acreditamos que com o crescimento e desenvolvimento das ECSCP será possível assegurar a muitos doentes internados na RNCCI acesso a cuidados paliativos especializados, enquanto estiverem internados nessas unidades. Também o recente projeto da hospitalização domiciliária, poderá permitir a existência de camas de internamento com acesso a CP especializados no próprio domicílio dos doentes. Assim, acreditamos que com a consultadoria das ECSCP e eventualmente das EIHS CP o número de camas de internamento com acesso a cuidados paliativos especializados, disponibilizadas ao nível do SNS, será muito superior às 800 a 1000 mencionadas.

- J. Conforme mencionado na proposta de PEDCP 2019-2020, o relatório do PEDCP 2017-2018 estará disponível após terminar o presente biénio, muito provavelmente em janeiro de 2019. Em relação ao anexo com lista de recursos específicos existentes, não o enviamos antes por haver equipas em vias de iniciar funções pelo que aguardamos até 15 de dezembro para o dar por encerrado, sendo agora enviado na versão “quase final” da proposta de PEDCP 2019-2020 que segue em anexo. Lembramos, no entanto, que a lista destas equipas e respetivos contactos está publicada no Portal do SNS (<https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/unidades-de-cuidados-paliativos/>) e no Portal das diferentes ARS, IP. Pela dificuldade de representação de todas as equipas no mapa do Portal do SNS, aconselhamos consultar as listagens das equipas por tipologia de cuidados, cujo link está por baixo do mapa.
- K. Nada a esclarecer
- L. Nada a esclarecer
- M. Relativamente impossibilidade de majorar a produção das equipas de CP das ULS, trata-se de um constrangimento que, apesar de ultrapassar as competências da CNCP na medida em que resulta da legislação relativa ao financiamento global das ULS, foi já por mais de uma vez reportada pela CNCP à ACSS.
- N. O indicador de estrutura apresentado para as EIHS CP não pretende ter uma vertente penalizadora. Pelo contrário, este indicador, conjugado com a produção clínica realizada pela equipa pretende assegurar que os doentes dos hospitais têm acesso atempado a CP, sendo uma forma de fomentar o reforço da dotação de pessoal da EIHS CP, por parte dos Conselhos de Administração, por forma a conseguirem cumprir o contratualizado. Como decerto é do vosso conhecimento, o presente indicador de estrutura já se encontra implementado há vários anos na ARS Norte e acreditamos que tenha contribuído positivamente para o crescimento das EIHS CP desta região.
- O. Nada a esclarecer

- P. Como é do conhecimento dos CG da APCP, o Ministério da Saúde assinou em fevereiro de 2018 um protocolo de colaboração com a Fundação Bancária La Caixa que preconiza, entre outras iniciativas, a formação dos profissionais das equipas de CP, tendo sido recentemente assinado um protocolo de colaboração para este efeito entre esta Fundação e a Ordem dos Médicos. Para além desta iniciativa, destacamos a vontade expressa pelo Sr. Samuel Levy de, com a supervisão da APCP e da CNCP, financiar estágios práticos para profissionais das EIHSCP-P, no que aproveito a oportunidade para mais uma vez agradecer a colaboração da APCP neste sentido. Por outro lado, sabemos que o facto do PEDCP referir a formação mínima a exigir aos profissionais tem levados muitos profissionais a fazê-la, nalguns casos financiada pelas instituições em que trabalham.
- Q. Conforme já mencionado anteriormente, é entendimento da CNCP que a adequação aos contextos locais ou regionais deve ser feita a nível loco-regional.
- R. Sendo EPE, as ULS têm autonomia para organizar os seus corpos de gestão intermédios como entenderem melhor pelo que este é um assunto que transcende a CNCP. Não temos, no entanto, nada a opor a que sejam criadas Unidades Autónomas de Gestão ou Unidades de Gestão intermedias de CP.
- S. Nada a Esclarecer
- T. Os Centros Hospitalares Universitários e os Centros do IPO são instituições de referência a nível da organização dos Cuidados de Saúde Hospitalares. A CNCP defende que os CP devem estar organizados da mesma forma que qualquer outra especialidade médica, daí a prioridade de criar Centros de Referência nessas instituições. Não obstante, nunca é dito no PEDCP que os Centros de Referência se devem desenvolver “exclusivamente” nesses Hospitais, congratulando-se e incentivando a CNCP que outras instituições trabalhem com vista à obtenção desse reconhecimento de qualidade.

Agradecendo mais uma vez toda a colaboração da APCP, a CNCP está ao dispor dos CG da APCP por qualquer esclarecimento adicional e estamos certos de que juntos faremos a diferença na qualidade de vida dos doentes com necessidade de CP e suas famílias.