

## Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

2019-2020

### ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Porto, 5 de Dezembro de 2018,

1

Exma. Sra. Dra Edna Gonçalves,  
Digníssima Presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos,  
Estimada Equipa da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos.

Tendo a APCP recebido da sua parte, hoje, dia cinco de Dezembro de 2019, o pedido de colaboração desta Associação no sentido de rever a proposta de PEDCP 2019-2020 até ao dia nove do presente mês, compete-me, em nome dos corpos gerentes (adiante designados por CG):

1. **Agradecer** à CNCP o pedido de colaboração, saudando a abertura da CNCP em criar parcerias com esta Associação no sentido de melhorar o PEDCP;
2. **Lamentar**, no entanto, o curto prazo que nos oferece para a revisão do texto, compreendendo que tal se poderá dever aos curtos prazos que lhes são imputados;
3. **Reconhecer** o esforço e empenho diário que os elementos que compõem a CNCP colocam no terreno para que o desenvolvimento dos CP e o cumprimento dos dois PEDCP. Reiterar que este esforço é persistentemente reconhecido pelos CG desde que foram eleitos, sobretudo em tomadas de posição públicas.
4. Informar-vos que nesta missiva que hoje escrevemos, apenas abordaremos o PEDCP relativo ao PEDCP 2019-2020 para **utilizadores adultos**, uma vez que a CNCP já se dirigiu ao Grupo de Apoio à Pediatria afim de se pronunciar sobre a estratégia relativa aos CP Pediátricos, o qual igualmente agradecemos e responderemos em tempo útil.
5. Atendendo a que na carta que hoje nos envia refere que “no biénio 2019-2020 se pretende dar continuidade ao Plano iniciado em 2017”, importa então

contextualizar esta nossa intervenção. Assim, relembro ser esta a **segunda ocasião em que os CG se pronunciam sobre os PEDCP** desde que foram eleitos. A primeira, recorde, decorreu no passado dia 20 de Setembro de 2018, em reunião formalizada junto do Exmo. Sr. Secretário de Estado Adjunto da Saúde, Professor Doutor Fernando Araújo e junto da CNCP, por si representada. Naquela reunião, a APCP formalizou as **fortes preocupações relativas aos resultados atingidos pelo PEDCP 2017-2018**, nomeadamente: O número de ECSCP existentes à data, 19, para um objetivo proposto pelo PEDCP de 100, quando em Julho de 2016 existiam 16. O número de camas existentes à data, 382, para um objetivo máximo e global (RNCCI + Hospitais de Agudos) de 492 camas, quando em 2016 existiam 362. Finalmente, os CG expressaram preocupação por entender que não existe evidência concreta sobre o efetivo funcionamento das 43 EIHSCP a nível nacional, nomeadamente relativamente ao tempo de alocação de recursos humanos em exclusividade para o efeito, dando cumprimento ao PEDCP mas também ao despacho 7968/2011.

6. Assim, previamente à execução do PEDCP 2019-2020, importa, no entender dos CG **refletir sobre o que poderá ser melhorado junto dos decisores clínicos e políticos** de forma a que os objetivos do PEDCP 2017-2018 venham a ser efetivamente cumpridos ou ajustados caso seja adequado.

No que respeita ao documento de trabalho que agora nos envia:

- A. A APCP congratula novamente os elementos da CNCP pelo esforço na elaboração do documento, desejando-lhes **os maiores sucessos na execução do mesmo**. Contudo, passaremos a tecer alguns comentários que desejamos que sejam recebidos por V. Exas como ponto de reflexão e/ou melhoria, a saber:
- B. Quando refere que “com exceção do Hospital Distrital da Figueira da Foz, atualmente, todos os hospitais e Unidades Locais de Saúde (ULS) do SNS têm Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP (EIHSCP)”, **reiteramos a necessidade de avaliar o efetivo cumprimento da alocação de recursos humanos** das mesmas, conforme ponto 5.
- C. Relativamente à “Visão os Cuidados Paliativos em Portugal”, os CG questionam

qual a estratégia específica para o ponto **C. Continuados Integrados (CCI) - UCP-RNCCI** (para doentes de complexidade moderada a baixa), nomeadamente: Permanecerão as UCP-RNCCI integradas na RNCCI e não na RNCP? Existirá por parte da CNCP recetividade à abertura de novas UCP RNCCI, valorizando os bons cuidados prestados por diversas entidades daquele sector, ou manter-se-á a estratégia de redução do número de camas destas unidades em favorecimento dos Hospitais de Agudos (278 camas - 77% em 2016 para 169 camas - 44% no final do PEDCP anterior)? O financiamento estimado para estas unidades manter-se-á nos 106.09 eur/cama/dia? A este valor referem-se recursos humanos, dispositivos médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, fármacos e outro material de consumo clínico. É este valor passível de ser **discriminado em alta**, caso se identifiquem necessidades paliativas complexas?

- D.** Em quanto à “**Estimativa do número de doentes que necessitam de cuidados paliativos**”, questionamos se não será pouco fidedigno estimar necessidades paliativas com base apenas no método citado propostas por *Murtagh e Higginson* (respetivamente 69% e 82% do número de óbitos), não considerando outros determinantes sociodemográficos regionais, que possam melhor enquadrar as distintas realidades de prestação de cuidados, nomeadamente: índices de envelhecimento, densidade populacional, índices de dependência de terceiros, literacia para a saúde, estrutura familiar média, número de anos com QdV após os 65 anos de idade, ganho médio/ familiar/ mensal, entre outros. Entendemos que tal poderá contribuir para discriminar positivamente as regiões do país com tecido social mais frágil. Esta sugestão vem de acordo com o citado por V. Exas. “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”, questionando-nos **se esta variabilidade está contemplada neste PEDCP, nomeadamente em termos de alocação de recursos humanos, para além do efetuado tendo em conta o número de habitantes?**
- E.** Quando refere que “nem todos os doentes com necessidades paliativas

apresentam o mesmo nível de complexidade”, argumento com o que concordamos, questionamos no entanto. De que forma **irá ser estimada essa complexidade**, em todo o país, de forma estandardizada?

- F. Quando refere que “se mantem a recomendação de abrir unidades de internamento específicas de CP (UCP) **exclusivamente nos hospitais de agudos**, para doentes complexos ou de complexidade intermitente”, reiteramos ser este um ponto de discordância da nossa parte, entendendo que existem fora dos hospitais de agudos, estruturas e entidades que poderão ter capacidade para cumprir o PEDCP. Paralelamente, o PEDCP deve contemplar um modelo que integre o conceito “hospice”, adaptado à realidade Portuguesa. Reiteramos que estas estruturas cumprem um papel determinante para doentes cuidadores e famílias, como resposta efetiva no terreno, muitas vezes mais perto dos seus locais de residência.
- G. Em quanto à **Determinação do número de ECSCP**, citando V. Exas. “Seguindo a proposta da European Association for Palliative Care (EAPC) de constituir uma ECSCP/100 000 a 150 000 habitantes, o PEDCP 2017/2018 estimava a necessidade de existirem 66 a 101 ECSCP em Portugal Continental. No entanto, uma vez que vários ACES têm mais 150.000, ao longo deste biénio verificou-se que, por motivos organizacionais e de gestão de recursos, se afigura mais adequado criar apenas uma ECSCP em cada ACES/ULS. Deste modo, no final de 2020, Portugal Continental deverá ter 54 ECSCP”. Registamos mas não partilhamos da alteração de estratégia, favorecendo o reforço de pessoal em detrimento do número de equipas, entendendo que tal medida irá sobrecarregar novamente as ECSCP com necessidade de percorrer maiores distâncias. Deprendemos igualmente que para os ACES com mais de 150.00 habitantes e para as ULS do Alto Minho e de Matosinhos, a dotação de recursos humanos será específica para cada contexto em particular. Contudo, **sugerimos novamente a existência de outros fatores determinantes para a dotação de recursos humanos nas ECSCP**, descriminando positivamente as regiões do país mais frágeis, sobretudo as que se deparam com menos população mas com grande dispersão geográfica. A distância média entre domicílios, ou entre domicílios e hospital de referência não deverá ser um dos indicadores a ter em conta?

- H. Acerca do ponto anterior, compreendendo-se tanto no PEDCP anterior como no presente documento as dificuldades na implementação de novas ECSCP, questionamos se é considerada a hipótese da **prestação de CP ser feita neste âmbito por instituições do setor social**, ou alternativamente por **parcerias entre Hospitais ou ACES e estruturas sociais**, sempre e quando se cumpra o PEDCP?
- I. Relativamente á “**estimativa do número de camas em UCP hospitalares para Portugal**”, discordamos da posição já apresentada no PEDCP 2017-2018 que “Segundo a EAPC são necessárias 80 a 100 camas de CP por 1.000.000 habitantes, mas este número inclui camas em hospices, um conceito que não existe em Portugal” pelo que se estimam “40-50 camas por 1.000.000 de habitantes”. Reiteramos que sendo verdade a não existência do conceito de “hospice” em Portugal, tal **conceito deve ser adaptado à nossa cultura**, nomeadamente com a revisão da estratégia que recai sobre os prestadores de cuidados de saúde extra-SNS, indo de encontro assim ao rácio de camas proposto pela EAPC. Assim, mantemos a opinião que o **número de camas a atingir em qualquer dos PEDC deveria ser entre 800-1000 e não as 392 a 490 propostas**. Concordamos na urgência de criar UCP em todos os centros hospitalares universitários, ainda que estas novas UCP não impliquem necessariamente que esses CHU passem a ser “centros de referência”.
- J. Em quanto à sugestão de “consultar o **relatório de atividades da CNCP**, a publicar no início de 2019” assim como o “anexo a lista de Recursos específicos de CP existente em 15 de dezembro de 2018”, aguardamos o envio de ambos os documentos.
- K. **Congratulamos a CNCP** relativamente à “definição dos critérios de referenciação, admissão e prorrogação, mobilidade e alta de doentes para as UCP-RNCCI (Portaria n.º 75/2017 de 22 fevereiro e Circular Normativa n.º8/2017/CNCP/ACSS), reforçou-se a natureza clínica das UCP-RNCCI, o que, segundo dados da ACSS (GestCare CCI), contribuiu para aumentar em cerca de 38% o número de doentes tratados nestas Unidades”.
- L. **Concordamos** com “a necessidade de incentivar a formação em CP a nível pré e pós-graduado, bem como estimular a educação da população em geral, como

forma de garantir a realização de CP de qualidade e disseminar a sua aplicação nos três níveis de cuidados de saúde (CSP, CSH e CCI)”, assim como com “a necessidade de desenvolver estratégias para superar as limitações encontradas na área da investigação em CP em Portugal e promover a cooperação entre as equipas especializadas de CP e centros de investigação nacionais e internacionais”.

- M. Em quanto aos **“incentivos à prestação de CP a nível hospitalar** com uma majoração de 10% do preço das consultas externas e 20% do preço base das sessões de hospital de dia realizadas por equipas específicas de CP e uma majoração de 5% das linhas de produção de GDH médico de internamento, realizadas nas Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)”, lamentamos não coexistirem formas de discriminação positiva para as Unidades Locais de Saúde.
- N. Por outro lado, relativamente às **“Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) serem penalizadas** se o tempo médio de resposta à solicitação de observação do doente for superior a 48 h nos dias úteis ou 72h no fim-de-semana”, entendemos que num momento em que não é evidente que estas equipas estejam dotadas de recursos humanos em exclusividade para as tarefas designadas (ver ponto 5), **revela-se prejudicial o método penalizador citado**, sugerindo estes CG formas de avaliação positiva, tal como no ponto L.
- O. Concordamos plenamente com a urgência em serem criadas “condições para que as equipas específicas de CP possam contratar profissionais com formação teórica e prática em CP e que os **profissionais das equipas possam dedicar todo ou a maioria do seu horário de trabalho aos CP, libertando-os de outras tarefas**”, agradecendo desde já o empenho da CNCP na rápida resolução desta matéria. Relativamente ao restante conteúdo descrito nos eixos prioritários I e II nada mais a acrescentar, concordando os CG da APCP com proposto.
- P. Relativamente à “adequação dos recursos assistenciais em CP”, sem prejuízo do já descrito anteriormente sobre políticas de discriminação positiva, concordamos com o descrito. Contudo, entendemos oportuno concretizar no PEDCP de que forma poderão “as instituições de saúde **promover e facilitar a**

**realização de estágios práticos aos profissionais das equipas específicas de CP que não tenham ainda o grau de formação exigido”,** sob risco de tal medida não se vir a concretizar.

- Q. Relativamente à “Dotação mínima de pessoal por recurso de CP e metas para o biénio 2019-2020”, reiteramos uma vez mais que **os diversos serviços de CP não podem ter a mesma dotação de recursos humanos independentemente do contexto local ou regional**, sendo muito importante a reflexão estratégica neste ponto, considerando outros condicionantes que possam contribuir para uma melhor adequação dos recursos às diferentes realidades.
- R. Em quanto à criação de “ **Serviços integrados de CP**, agregando todas as valências de CP [UCP, EIHSCP com Consulta Externa/Hospital de Dia (CE/HD), UCP e eventualmente consulta domiciliária ou ECSCP], questionam estes CG se haverá no futuro abertura por parte da tutela à criação de Unidades Autónomas de Gestão ou Unidades de Gestão Intermédia, fundamentais para o bom desempenho dos serviços com múltiplas valências.
- S. **Concordamos** no ponto “Suporte Social, apoio à Família e a importância da Comunidade”.
- T. **Discordamos do desenvolvimento de “Centros de Referência” exclusivamente nos sete centros hospitalares universitários e nos três centros do IPO** para potenciar a formação específica em CP (teórica e prática) a nível pré e pós-graduado e capacitar os profissionais de saúde que integram as equipas de CP”. Não compreendemos o motivo que leva a que V. Exas apenas considerem apenas os referidos centros nos CHU e IPO, desestimando os contributos / qualidade que outros centros em todo o país têm prestado aos Cuidados Paliativos, em parceria com outras instituições do ensino superior. Para além disto, importa considerar que muitos dos centros de referência propostos por V. Exas não têm sequer todas as valências de CP. Compreendemos que estes centros apresentem maior potencial teórico, que podem nem sempre se traduzir no terreno.

Esperamos que os contributos deste nosso documento, que elaborámos de forma sustentada nas melhores evidencias, possam ser tidos em linha de conta , já que o que



nos move - seguramente tal como a Vós - é a preocupação com a melhoria no acesso e na prestação dos CP. A APCP permanece, como sempre, disponível para estes ou quaisquer outros contributos que entendam necessários para atingirmos os objetivos comuns.

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Duarte Soares", is centered on the page.

Duarte Soares, Presidente, em nome dos Corpos Gerentes.