



PLANO ESTRATÉGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS - CONTRIBUTOS DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS -

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) quer em primeiro lugar saudar a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) pelo trabalho realizado. Reconhecemos o enorme esforço para ser possível apresentar um documento com a estratégia para o desenvolvimento de uma área há tantos anos tão urgente, e com tanto ainda por fazer.

A APCP reconhece a extrema importância deste documento e assume a responsabilidade de expressar contributos que reflitam a perspetiva dos profissionais que trabalham nesta área clínica.

Chamamos a atenção para a dificuldade de dar uma resposta atempada tendo em conta o período que decorre entre o acesso ao documento e o prazo para entrega de contributos (2 dias).

Ainda assim, APCP reitera a sua disponibilidade e grande empenho em colaborar com a CNCP e com o Ministério da Saúde em todas as ações que tiverem como foco o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no nosso país.

Congratulamo-nos pela abrangência do Plano e objetivo de se prestarem CP de uma forma transversal em todo sistema de saúde, devendo estar disponíveis e acessíveis em todas as tipologias de prestação de cuidados.

Globalmente o documento foca várias dimensões estratégicas mais urgentes com as quais concordamos.

Salientamos a importância da formação específica das equipas pediátricas e de adultos, sendo fundamental o compromisso do Ministério da Saúde em assegurar condições para que os profissionais respetivos possam completar a formação requerida.

Manifestamos a nossa grande preocupação no que concerne ao reduzido espaço de tempo que resta para conseguir concretizar as principais metas apresentadas. Com quase um ano de atraso, aquelas que já eram metas prioritárias tornam-se, a cada dia que passa, progressivamente uma lacuna naquela que deve ser a prestação dos melhores cuidados a doentes com doença crónica limitante e ou avançada.

Preocupa-nos, igualmente, o facto de, até à data, ainda não estar nomeado novo coordenador regional na Região Centro, o que, certamente, dificultará a implementação do PEDCP naquela região.

Apresentamos as nossas propostas:

1. INTRODUÇÃO (PÁG. 8 E 9)

Para mais fácil compreensão, propomos que seja clarificada a seguinte frase (pág. 8): “doentes vítimas de covid 19” propomos substituir por “doença grave e ameaçadora da vida por SARS COV2”.

Na introdução (pág. 9) o último parágrafo não é para nós claro. Nomeadamente a frase “nos novos doentes crónicos entre os sobreviventes.” Sugerimos que se altere para “apoio aos familiares das vítimas da pandemia e a tantos dos que sobreviveram com doença crónica”.

4. ESTRATÉGIA PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS 2021-2022 (PÁG. 14)

Concordamos com as linhas estratégicas gerais apresentadas.

Propomos como **mais uma linha estratégica** (ou incluída nas linhas existentes):

- assegurar acesso a cuidados paliativos por parte de todos os doentes que deles necessitem, incluindo os residentes em **instituições de cariz social como são as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e outras estruturas** onde residam pessoas frágeis, vulneráveis e portadores de doença crónica e limitadora da vida, incluindo crianças e adolescentes.

5.1. Estimativa da população com necessidades paliativas (pág 17):

Apresentamos as mesmas reservas que o próprio plano refere. O método usado acaba por ser redutor face à atual definição de Cuidados Paliativos e à abrangência que deve ter perante doentes com sofrimento decorrente de doença grave, limitadora da vida, não se destinando apenas a doentes em fim de vida (prognóstico de 1 ano). Compreendemos a dificuldade de utilizar outra forma de cálculo, mas é preciso prever a necessidade de um estudo sobre as reais necessidades paliativas da população.

5.2. Recursos necessários (pág 19)

Prevendo as necessidades com base nos critérios da EAPC (1 equipa por 100 000 habitantes – aproximadamente 100 equipas), precisamos que as 54 equipas incluam dotações correspondentes. Concordamos com a necessidade de organizar “por ACES” devendo ser incluída a ressalva “com o número de profissionais adaptados às características sociodemográficas de cada região”

II. População pediátrica (pág. 21)

Sugere-se acrescentar a importância da articulação das EIHSCP-P com as Equipas Locais de Intervenção (ELI), assim como com profissionais de instituições frequentadas pelas crianças e adolescentes, e onde possam beneficiar de terapias específicas ou cuidados médicos ou de enfermagem.

Concordando com a necessidade de alargar a resposta pediátrica em UCP-RNCCI, ressalvamos que deve passar pela criação de unidades exclusivamente pediátricas, com circuitos física e conceptualmente distintos dos adultos. É fundamental que os cuidados prestados nestas unidades sejam prestados por profissionais com formação em CP e/ou CPP e experiência em Pediatria. Importa, igualmente, assegurar, que o apoio é sempre garantido por uma EIHSCP-P e, se necessário, complementado com o suporte da ECSCP do respetivo ACES/ULS.

Tendo em conta a especificidade e complexidade dos doentes, entendemos que é prioritário ter uma EIHSCP-P nos IPO do Porto e de Lisboa, que assistem crianças e adolescentes, contrariamente ao IPO de Coimbra, região na qual os doentes oncológicos são assistidos no CHUC, que já dispõe de equipa EIHSCP-P especializada.

Tendo em conta a dispersão geográfica, recomendamos que se considere como meta a médio prazo, a criação de EIHSCP-P especializada no Algarve (CHUA).

Tendo em conta o ETC atribuído a psicólogo e assistente social das EIHSCP-P generalistas, entendemos que pode ser uma dificuldade acrescida a exigência de 2 profissionais de cada categoria.

Consideramos relevante que o grupo de trabalho proposto para elaboração dos indicadores de qualidade em CPP se possa debruçar, igualmente, sobre a avaliação da complexidade e critérios de referenciação do doente em idade pediátrica.

5.3 Recomendações gerais para dotações das diversas tipologias de cuidados (pág. 24)

Na “*Tabela 6: Proposta de dotação dos recursos de CP para Portugal Continental*” – A frase “(iniciar nas regiões com maior densidade populacional)” não se compreende qual o sentido.

EIXO PRIORITÁRIO I - CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA

1.1 Sensibilização para a referenciação precoce (pág. 26)

Propomos que seja **acrescentado** no que a estratégia contempla:

- Adequação de cuidados de saúde de forma atempada face a pessoas com sofrimento decorrente de doença grave incapacitante e/ou limitadora da vida, em todas as fases e contextos onde a mesma se encontre

2. Prevenção de risco psicossocial (pág. 27)

Propomos que seja considerado neste ponto

I – Incentivar o desenvolvimento de respostas de Apoio Especializado para Cuidadores Informais (CI) de doentes em Cuidados Paliativos nomeadamente **através das atividades das Equipas de Apoio Psicossociais (EAPS) – grupos de cuidadores, integração de voluntários ... e /ou** programas psico-socio-educativos apoio, capacitação e acompanhamento numa ação estruturada entre terapêutica e prevenção de claudicação (ver anexo2)

2.2 Articulação e envolvimento da sociedade civil (pág. 28)

Entendemos que deve ser considerada a possibilidade de incluir a APCP entre as entidades parceiras, na área de ações de sensibilização da comunidade em geral e de formação de profissionais.

EIXO PRIORITÁRIO II – FORMAÇÃO

1. Cuidadores formais e informais (pág. 30)

Propomos que seja definido quem são os cuidadores formais.

2. Formação pré-graduada (pág. 31)

Salvaguardamos que as Ordens Profissionais regulam o exercício profissional e as Instituições de Ensino Superior definem a formação pré-graduada e pós-graduada.

Dada a premência no desenvolvimento desta área clínica, é fortemente recomendado que sejam incluídos os Cuidados Paliativos na formação pré graduada. Existe já um documento da Assembleia da República com essa recomendação.

3. Formação pós-graduada (pág. 31)

O Nível 1 (básica) pode ser formação profissional, mas não é formação pós-graduada. Não faz sentido estar dentro deste ponto.

Seria importante que neste capítulo fosse definido o que se exige no Nível 3 e a quem se destina, privilegiadamente, nomeadamente o que prevê em termos de componente teórica, que componente prática, entre outras exigências...

A imagem da pág. 32 - Imagem 3: Mapa conceptual das tipologias de formação e domínios de formação em CP:

Não é clara a ligação entre os 3 níveis de formação e a divisão entre “domínios, subdomínios e objetivos”.

3.3. Formação Contínua (pág. 34)

Estando a falar de formação continua para profissionais a trabalhar em cuidados paliativos, parecem-nos insuficientes (básicas) as áreas propostas como exemplos para cada grupo profissional.

3.1 Promover o conhecimento generalizado em CP entre os profissionais de saúde (Nível 1) (pág. 32)

Sobre o ponto “Colaborar com as ARS e os ACES para, em conjunto, sensibilizarem os profissionais de saúde para fazerem formação básica em cuidados paliativos (nível 1)” propomos que esta estratégia seja alargada a Hospitais, uma vez que é na área hospitalar que a formação básica é também muito urgente.

3.2 Formação para equipas que acompanham um maior número de doentes com necessidades paliativas (nível 2) (pág. 33)

É fundamental que a este nível de formação inclua também os profissionais de saúde que integram unidades de cuidados continuados e profissionais que trabalham em ERPI. Estes dois contextos respondem a uma enorme percentagem de pessoas com necessidades paliativas.

4. Desenvolver a Competência em Cuidados Paliativos (pág. 34)

É uma proposta formal da APCP que as equipas especializadas em Cuidados Paliativos que assegurem assessoria a outras equipas, nomeadamente EIHCP, EIHCP-P especializadas e ECSCP sejam constituídas por profissionais reconhecidos pelos pares (Ordens profissionais) como especialistas na área.

Deve ser um objetivo estratégico que todos os elementos destas equipas tenham condições para desenvolver a competência que permita o reconhecimento pela respetiva Ordem profissional como especialista ou com competência específica na área.

É igualmente fundamental que seja garantida a progressão na carreira aos profissionais que se dediquem aos Cuidados Paliativos especializados.

Nomeadamente, ao nível das ECSCP, uma vez que os médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar que integrem estas equipas e se dediquem a esta área em exclusivo estão atualmente impedidos de progredir na carreira, pelo que a legislação deve ser revista, sob pena destes profissionais ficarem penalizados face aos seus pares.

Na frase “também na Ordem dos Enfermeiros foi criada competência específica(...)” está um erro. A Ordem dos Enfermeiros criou uma especialidade e não uma competência. São níveis diferentes.

6. Criar centros de excelência (pág. 39)

Propomos que sejam definidos os critérios, quem os reconhece e quantos se preveem, para que os serviços sejam considerados como centros de excelência, dando a possibilidade de qualquer equipa e qualquer tipologia possa alcançar esta classificação.

EIXO PRIORITÁRIO IV - ORGANIZAÇÃO (pag. 40)

Numa primeira fase, propomos colocar como objetivo estratégico que sejam dadas as condições Telefone, plafond para chamadas, pagamento de horas aos profissionais...) às equipas especializadas para que possam assegurar atendimento telefónicos aos doentes que acompanham, nas 24horas/7dias por semana

Alerta: O recurso a atendimento telefónicos por parte dos doentes e famílias em situações de crise é útil e permite adequação de cuidados no momento em que esse ajuste é necessário, evitando tempo em sofrimento e angústia. No entanto, trata-se de uma resposta baseada na relação de confiança existente entre doente e equipa, e conhecimento da situação que permite a tomada de decisão no momento, pelo que sugerimos que seja fomentado este recurso, assegurado pelas equipas assistentes e não por linhas de atendimento paralelo e independente. Poderá considerar-se a articulação com outros sistemas/entidades atualmente em funcionamento (sistemas de informação, registo de doentes com diretivas ou PAC de acesso pelo INEM e Serviços de Urgência Hospitalar...)

2. Formação mínima dos recursos humanos das equipas da RNCP (pág. 42)

Apesar de estar referido que se mantém os mesmos requisitos, propomos que fiquem neste plano discriminada a formação mínima exigida

4. Implementação de novos Recursos de Cuidados Paliativos (pág. 43)

Na continuidade da lógica sobre a necessidade de ajuste em cada região, chamamos a atenção para o ajuste em determinadas regiões, como é o exemplo do Baixo Alentejo. A ULSBA integra atualmente uma ECSCP que abrange 10 dos 13 concelhos. Concordamos que esta equipa deveria ter o equivalente a 2 equipas, dadas a área abrangida, distâncias a percorrer e dispersão geográfica, por forma a poder abranger os 13 concelhos da ULSBA, tendo como base a equipa que já existe desde 2008 e tem a competência e reconhecimento da mesma.

7. Promover a Investigação em Cuidados Paliativos (pág. 45)

Faria sentido uma maior especificidade nas parcerias neste ponto. Existindo no país uma Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos com foco no apoio à formação e investigação, pensamos fazer sentido a parceria com a mesma ficar prevista e não estar escrito de uma forma tão generalista (“associações de cuidados paliativos nacionais”)

Outras observações

Seria de referir no documento a parceria existente entre o Ministério da Saúde e a Fundação la Caixa. Esta parceria possibilitou nos últimos anos a criação das equipas de Apoio Psicossocial, a criação de novas equipas de Apoio Comunitário de Suporte em Cuidados Paliativos, a atribuição de bolsas para especialização e investigação na área dos Cuidados Paliativos.

Em nosso entender, esta parceria constitui um recurso importante e certamente facilitador para a concretização dos objetivos presentes em cada eixo prioritário do PEDCP.

Em representação dos Corpos Gerentes da APCP
A Presidente da Direção



(Catarina Pazes)

17 de setembro de 2021