



## COLÉGIO DA COMPETÊNCIA MEDICINA PALIATIVA

<b>Assunto:</b>	<b>Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS - Serviço Integrado de Cuidados Paliativos</b> ”, revisto pela CNCP em 17.04.2023 e em discussão pública no Portal da DE-SNS
<b>Data:</b>	29.05.2023

Tendo tido conhecimento, por terceiros, que se encontra em discussão pública no portal da DE-SNS, uma proposta de modelo de organização para os serviços de Cuidados Paliativos (CP) nas ULS a direção do Colégio da Competência em Medicina Paliativa da Ordem dos Médicos vem desta forma apresentar algumas das suas preocupações sobre a referida proposta.

De acordo com o sumário executivo do documento em discussão (pág. 6), embora o modelo tenha sido elaborado para as ULS Aveiro e Leiria, prevê-se o seu alargamento, a curto prazo (“3 meses”), a todas as ULS que se vão constituir. Perante esta possibilidade, não se compreende porque é uma proposta desta importância escrita apenas por profissionais da ARS-Centro, sem consultar outras regiões do país, nomeadamente os Coordenadores Regionais de Cuidados Paliativos (CRCP). Na verdade, os autores do documento em discussão pública parecem ignorar a realidade dos CP em Portugal, incluindo a experiência consolidada dos Serviços Integrados de Cuidados Paliativos (SICP) das oito ULS já em funcionamento: três na região Norte (ULS Matosinhos, ULS Nordeste e ULS Alto Minho); duas na região Centro (ULS da Guarda e ULS Castelo Branco) e três no Alentejo (ULS Norte Alentejo, ULS Litoral Alentejano e ULS Baixo Alentejo).

Desconhecemos o relatório de implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021-2022, mas no contexto atual de escassez de recursos humanos do SNS, com a deslocação de médicos das equipas de CP para os Serviços de Urgência (particularmente dos que são especialistas de Medicina Interna), julgamos manter-se o cenário de escassez de médicos (e outros profissionais) nas equipas de CP especializadas documentado no relatório de implementação do PEDCP 2019-2020. De acordo com este relatório (disponível no portal da ACSS), o rácio mínimo de profissionais indicado nos PEDCP 2017-2019, que é inferior ao previsto no PEDCP 2021-2022, só foi atingido numa minoria das equipas do SNS, sendo os médicos o grupo profissional em que o rácio preconizado foi menos vezes conseguido (ver [relatório de implementação do PEDCP 2019-2020](#) - págs. 7-8, pág. 14 e Anexo B).

No que se refere à “hierarquia” (pág. 15) e “dinâmica” (págs. 16-19) dos SICP, a direção do Colégio de Medicina Paliativa é da opinião de que deve ser respeitada a autonomia de gestão e organização das ULS e que os SICP das oito ULS em funcionamento, com diferentes modelos de organização, devem servir de modelo para os novos serviços que se vão constituir. Na verdade, não temos conhecimento do racional para a redução de custos referida na pág. 12 do documento em análise (“O SICP vem ... alargar o período de prestação de CP especializados com custos reduzidos de 25% para as equipas com dotação mínima e de 50% para as equipas com dotação mínima alargando o regime de prevenção das ECSCP”), mas as vantagens e desvantagens apontadas para o “Modelo Organizacional ULS” (pág. 13 - tabela 1: “Mapa comparativo dos modelos de prestação de CP no SNS”) não dependem do modelo em si e só não acontecem atualmente (no erradamente chamado “Modelo organizacional SNS”) porque não há recursos humanos suficientes nem vantagem em ter os mesmos critérios de referência para todas as equipas. Efetivamente não se compreende onde vai o SNS conseguir nos próximos anos profissionais suficientes para assegurar o atendimento nos SICP 24 h/dia, sete dias por semana, a todos os doentes internados nos hospitais e no domicílio. Para além disto, no horário diurno é obrigatório haver pelo menos um médico de CP todos os dias da semana e, se sonhamos com atendimento presencial 24h/dia, tem de haver um médico em presença física 24h/dia.



## COLÉGIO DA COMPETÊNCIA MEDICINA PALIATIVA

No tocante à necessidade de camas de internamento de agudos por milhão de habitantes (pág. 14), a referência usada para suportar uma necessidade de 80-100 camas (*Radbruch et al., 2010*), não se refere apenas a camas em hospitais de agudos pelo que este número deve ser revisto.

Relativamente aos “Indicadores para Monitorização e Contratualização Interna de CP” propostos (págs. 20 e 21), para além de não serem específicos de CP nem avaliarem ganhos para o doente e família, são completamente insensíveis à dotação em recursos humanos das equipas e não se compreende a “ponderação” indicada.

Consciente do muito que está ainda por fazer, a direção do Colégio de Medicina Paliativa considera a afirmação do penúltimo parágrafo da “Reflexão Final” (pág. 23) - *“A implementação da RNCP permitiu, até hoje, elevar os Cuidados Paliativos enquanto filosofia de cuidados e de atuação terapêutica, mas assente num modelo de organização disfuncional, pela descontinuidade de cuidados que o doente sofre no percurso entre as diferentes Equipas, lacuna dos meios e formas de comunicação (obsoletos ou inexistentes) entre profissionais e inter-instituições”* – um desrespeito pelo trabalho desenvolvido pelas equipas e serviços de CP do SNS, cujo número tem vindo a crescer substancialmente desde 2017.

Assim, antes de elaborar uma proposta como a que se encontra agora em discussão pública, a direção do Colégio de Medicina Paliativa considera importante conhecer no terreno o trabalho realizado pelas equipas de CP dos hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde do SNS, bem como os SICP das oito ULS já em funcionamento. Importa também perceber como estas equipas se articulam entre si e partilham doentes, com os recursos existentes, e porque não há Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) em todas as ULS e ACES nem unidades de internamento (UCP) e consulta externa de CP em todos os hospitais do SNS. É ainda essencial compreender porque a grande maioria das equipas não prestam assistência 24 h por dia, sete dias por semana, a “novidade” de maior relevo do modelo agora em discussão pública.

Em suma, parece-nos irrealista pensar que *“a (re)unificação das Equipas”* vai permitir alargar o horário de atendimento dos SICP se não se melhorar as condições de trabalho dos profissionais das equipas de CP, nomeadamente os médicos, cuja progressão na carreira é muitas vezes bloqueada pelo facto de trabalharem em CP. É que, não sendo a Medicina Paliativa uma especialidade em Portugal, os médicos que trabalham exclusivamente nas equipas de CP são prejudicados por terem muito dificultada a sua progressão na carreira e por não receberem incentivos pelo trabalho que fazem, contrariamente ao que acontece nas Unidades de Saúde Familiares (USF) e nos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI).

Convicta que a evolução dos CP em Portugal beneficia de um trabalho enérgico e sinérgico de todos os que trabalham na área, a direção do Colégio de Medicina Paliativa está disponível para colaborar na elaboração de uma proposta de organização dos SICP nas novas ULS que atenda às questões elencadas.