



ASSOCIAÇÃO SINDICAL PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS

C/C:
Exma. Senhora
Vogal da Direção Executiva do Serviço
Nacional de Saúde, IP
Enfª Filomena Cardoso

Email: filomena.cardoso@sns.min-saude.pt

Exmo. Senhor
Diretor Executivo do Serviço Nacional
de Saúde, IP
Dr. Fernando Araújo

Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

Email: fernando.araujo@sns.min-saude.pt

N/Refª. ASPE/2023/0128

V. Refª.

DATA:	09 de junho de 2023
ASSUNTO:	Pronúncia no âmbito da consulta pública - Proposta de criação do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP), como modelo organizacional dos Cuidados Paliativos a implementar nas Unidades Locais de Saúde (ULS)

A Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros (ASPE), no cumprimento das suas atribuições estatutárias, designadamente defender para todos os enfermeiros condições de trabalho dignas e adequadas às responsabilidades profissionais assumidas, participar na elaboração de toda a legislação que, direta ou indiretamente, se relacione com a Enfermagem, participar na definição da política de saúde a todos os níveis (...) e, em resposta ao processo de consulta pública da “Proposta de criação do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP), como modelo organizacional dos Cuidados Paliativos a implementar nas Unidades Locais de Saúde (ULS)”, entendeu pronunciar-se apresentando os seus contributos.

Considerando as mudanças atualmente previstas para a reorganização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a generalização do modelo das ULS em todo o território nacional, no escopo de centralizar lideranças, unificar políticas de funcionamento, otimizar custos e melhorar a gestão de recursos, impõe-se que a oferta de Cuidados Paliativos (CP) à população seja coerente com os princípios subjacentes às políticas que centram os serviços nos melhores interesses dos cidadãos.

Para enquadrar a pronúncia da ASPE importa considerar o seguinte:

- CP são “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (DGS, 2018, p. 19364).
- A configuração dos CP, engloba várias tipologias de equipas, podendo ser Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCP-P) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) que existem ao nível hospitalar e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

- As ECSCP são equipas asseguram a prestação de cuidados paliativos na comunidade e atuam na prestação de cuidados, no âmbito da consultadoria e na articulação com as equipas que prestam cuidados ao doente. As ECSCP têm um papel essencial no propósito de permitir ao doente permanecer no domicílio se esse for o seu desejo, ou da família cuidador (em caso de perda de autonomia na decisão), sempre que exista um cuidador capaz, requer-se dos cuidadores/ famílias capacidades e aptidões essenciais que vão para além dos cuidados gerais, são um exemplo o cumprimento da terapêutica prescrita pela equipa e a vigilância do estado do doente complexo nas 24 h do dia. Este cuidador tem necessariamente que compreender as intervenções e ser estreitamente acompanhado pela equipa.
- Segundo o Regulamento n.º 743/2019, considera -se adequado que a equipa integre, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EMCPSP), com uma alocação a tempo integral, por 150 000 habitantes, devendo a equipa ser ajustada tendo em consideração a área geográfica abrangida, o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021 – 2022, altera e recomenda a equipa integre dois ou três enfermeiros para um rácio de 100.000 habitantes, preconizando-se uma equipa por cada ULS (cada equipa pode ter mais que um polo, cada um com dotação equivalente à de uma equipa), com o número de profissionais adaptados às características sociodemográficas da região. Sendo que a equipa deve assegurar a prestação de cuidados paliativos nas 24 horas, em todos os dias do ano.
- As equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) são equipas de consultadoria, maioritariamente, que devem integrar, segundo o Regulamento n.º 743/2019, pelo menos, 1,5 enfermeiros, com uma alocação a tempo integral, por cada 250 camas de internamento, sendo que os enfermeiros que integram estas equipas, conforme recomendado na Circular Normativa n.º 1, de 12 de janeiro de 2017, da CNCP e ACSS, devem ser enfermeiros especialistas em EMCPSP. Nas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, importa dimensionar a adequação de enfermeiros conforme exista necessidade de assegurar consulta externa e hospital de dia de cuidados paliativos. O PEDCP 2021 – 2022 recomenda 2 ou 3 enfermeiros, por cada 250 camas de internamento.
- As EIHSCP-P trabalham em estreita articulação entre si e com as ECSCP, bem como com os restantes profissionais que acompanham a criança, saúde escolar e profissionais de instituições onde residem. Nas equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos pediátricos, sempre que possível, recomenda-se que a mesma integre enfermeiros especialistas em EMCPSP e em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com formação e estágio prático em equipas de Cuidados Paliativos, sendo recomendado 2 a 3 enfermeiros por equipa.
- As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) são serviço específico de tratamento, em regime de internamento, para doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e/ou de alta complexidade, e com apoio de equipa multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa. De acordo com Regulamento n.º 743/2019, que remete para o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos e a Circular Normativa 1/2017, de 12 de janeiro, estas unidades devem ter a dotação de 1,2 enfermeiros, com uma alocação a tempo integral, por cama de internamento, tendencialmente dotadas de 50 % de enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, em permanência nas 24 horas, todos os dias da semana, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno. São recomendadas 40-50 camas por 1.000.000 habitantes.

Posto isto, começamos por saudar a forma positiva como é apresentada a proposta de criação dos SICP a implementar nas ULS, numa lógica integrativa, de articulação entre os cuidados de saúde primários e os diferenciados, num contínuo de cuidados que se pretende sem perdas de contacto, de acompanhamento e assistência adequada às necessidades e vontades do doente e família.

Contudo, e não obstante o espírito positivo da proposta, encontramos ao longo da mesma, imprecisões e fragilidades, aspetos esses que abordaremos, e sobre os quais pretendemos deixar contributos sumariamente fundamentados.

O documento em análise descreve a hierarquia interna do SICP e define que esta será composta por uma Direção médica (com competência em CP pela Ordem dos Médicos) a quem reporta uma coordenação de três elementos (um médico, um enfermeiro e um assistente social). Estes elementos serão designados no plano de ação do SICP e poderão ser provenientes de qualquer uma das suas valências.

A ASPE, considerando as questões operacionais inerentes à autonomia das profissões, à especificidade das carreiras, bem como, a natureza dos cuidados prestados e os contextos que este SICP abrange, propõe a seguinte alteração:

1. Uma Direção médica (com competência em CP pela Ordem dos Médicos) a quem reporta uma coordenação de quatro elementos, (um médico, dois enfermeiros e um assistente social).
2. De entre os elementos da coordenação deve constar um médico e um enfermeiro peritos em cuidados de saúde primários, e um médico e um enfermeiro peritos em meio hospitalar, provenientes de qualquer uma das valências que represente a especificidade.
3. De entre os enfermeiros que compõe a equipa de coordenação, um deve deter a categoria de Enfermeiro Gestor para poder assumir as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem. Ambos os enfermeiros devem ser especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica, de preferência na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, um com experiência em contexto hospitalar e outro com experiência em contexto domiciliário.

Passando a organizar-se da seguinte forma:

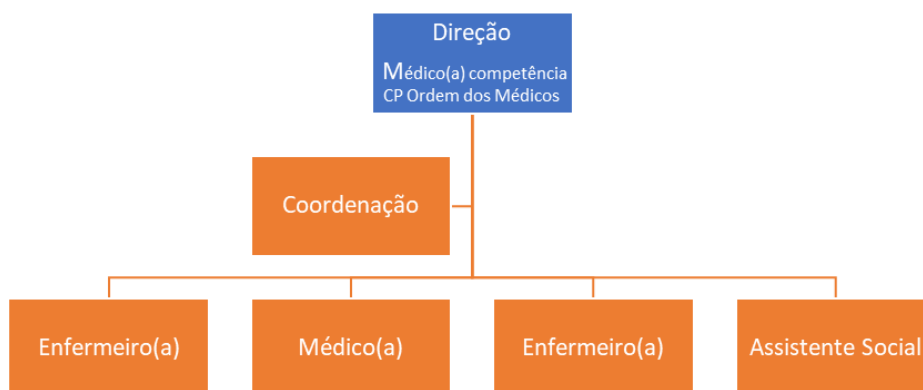


Figura 1 – Organograma hierarquia do SICP das ULS.

Com esta proposta pretendemos a Direção e Coordenação do SICP tenha nos seus elementos a perspetiva, a experiência e os conhecimentos adequados a todas as tipologias de cuidados e ambientes/contextos de prestação de cuidados.

A existência de um Enfermeiro Gestor é coerente com o princípio da gestão de recursos humanos e materiais próprios, bem como permite assegurar, no caso dos enfermeiros, o respeito pela autonomia profissional, o cumprimento da estrutura hierárquica prevista para a Carreira de Enfermagem e Especial de Enfermagem consolidadas através do Decreto-Lei nº 71/2019, de 27 de maio, ficando também assegurada a gestão operacional e a avaliação de desempenho dos enfermeiros.

A existência, na coordenação do serviço, de dois enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, um com experiência em contexto hospitalar e outro com experiência em contexto domiciliário, assegura uma visão global e sensível em todos os contextos de prestação de cuidados, bem como, das necessidades e recursos imprescindíveis para doentes beneficiários de CP.

Ao longo de todo o documento é evidente a preocupação com a gestão de recursos e, subentende-se que são objetivos desta proposta de criação do SICP:

1. Redução de custos em Recursos Humanos;
2. Promoção de respostas integradas de CP em linha de continuidade, ordenada e facilitada;
3. Reduzir o recurso às urgências, hospitalizações desnecessárias e/ou à sobre utilização de serviços de saúde.

No que se refere à redução de custos em Recursos Humanos, a ASPE entende a situação do SNS e a constante preocupação com a gestão orçamental, contudo, no que diz aos Enfermeiros, não é possível reduzir as dotações nem custos. São sobejamente conhecidas as atuais carências - equipas com défice de elementos e mesmo falta de equipas - pelo que recomendamos a satisfação das dotações de enfermeiros indispensáveis para suprir as necessidades já identificadas, com enfoque na necessidade de assegurar cuidados 24 horas por dia, nos 365 dias do ano, sem prescindir da alocação de enfermeiros especialistas suficientes à coordenação das equipas em cada turno.

Certos de que o aumento de recursos humanos se traduz de imediato num consequente aumento dos custos económicos, ou melhor dizendo num investimento. O retorno verificar-se-á com o cumprimento de indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem e na satisfação adequada das necessidades dos doentes beneficiários de cuidados, bem como das suas famílias e/ou cuidadores.

Se efetivamente se pretende CP de excelência, é fundamental garantir disponibilidade de cuidados de enfermagem em tempo útil e com qualidade para satisfazer todas as necessidades e desejos do doente e família (e/ou cuidador), através das diversas respostas do Serviço Nacional de Saúde, sem nunca perder o foco do que efetivamente importante - a pessoa e a família e/ou cuidador.

No que à promoção de respostas integradas de CP se refere tendo como intento a continuidade, ordenada e facilitada, salientamos que a referência e a transição entre equipas devem estar simplificadas - entenda-se transição do doente e não do profissional, abolindo-se as barreiras burocráticas ou outras, tanto de um episódio de internamento para a consulta, como de uma ECSCP para o internamento, por exemplo.

Todos os elementos da equipa devem estar capacitados e devidamente treinados para usar os mesmos meios de comunicação, nomeadamente os sistemas de informação em saúde, inclusive os profissionais de saúde das ERPI.

Insistindo na centralidade da pessoa e família/cuidador, é de salientar imprecisões de conceito, nomeadamente, no que diz respeito ao Plano Individual Integrado de Cuidados (PIIC), exemplo disso é o que se pode ler no último parágrafo da página 4 que afirma que *“A expectativa é que se possa gerar*

uma resposta que conheça a pessoa em qualquer momento da evolução de uma doença limitante de vida e que o PIIC seja construído em conjunto e contemple as diferentes respostas necessárias, nos diferentes momentos”.

De notar que o PICC está em constante adaptação às necessidades, preferências e desejos do doente família e/ou cuidadores, pelo que não é exequível que este seja estabelecido num determinado momento temporal e preveja as respostas para *“as diferentes respostas necessárias, nos diferentes momentos”*.

A ASPE salienta que cada equipa tem tipologias e contextos diferentes de atuação, a mudança de equipa tem um seguimento objetivo do PIIC já estabelecido, claramente; mas por si só, a transição entre equipas gera reorganização de cuidados, estabelecimento de novos objetivos e metas de cuidados. Vejamos por exemplo, a transição de uma UCP para uma ECSCP, implica que os cuidados diretos deixam de ser prestados por profissionais de saúde, e passam a ser orientados por uma equipa que prepara um cuidador capaz, para cuidar na comunidade. Por sua vez, o cuidador, deve ser capacitado no sentido de identificar e agir perante diferentes alterações, nomeadamente na prevenção de crises, de modo a garantir a integração e continuidade de cuidados ao longo de todo o percurso da doença.

Quando um doente muda de equipa e ou contexto, o PICC é reestruturado, o planeamento dos cuidados pressupõe uma correta avaliação das necessidades da pessoa e/ou família, promovendo a adaptação à doença, capacitação para os cuidados e preservação da autonomia do doente, ou seja, mecanismos de minimização do impacto da doença, com envolvimento da família e/ou cuidadores, nos cuidados (PEDCP 2021-2022).

A proposta em apreciação preconiza e bem a redução do recurso às urgências, hospitalizações desnecessárias e/ou à sobre utilização de serviços de saúde.

Para concretizar esse objetivo a ASPE recomenda a dotação e operacionalização das ECSCP de modo a que assegurem respostas em tempo útil, a todos os doentes com cuidadores capazes e com vontade de permanecer no domicílio.

As ECSCP devem estar dotadas do número de enfermeiros necessários para organizar horários de trabalho e dar resposta 24horas/dia, todos os dias, em presença física ou via telefone, a todos os seus doentes.

Sempre que seja necessário o recurso ao internamento, este deve ser agilizado de forma direta, ou seja, o doente seguido e referenciado por CP, não deve passar pelo serviço de urgência. Devem estar disponíveis camas vagas – reservadas - a nível hospitalar para receber situações complexas, que permita uma via direta CP.

Discutindo os pilares em que se pretende que assente o SICP:

1. (Re)Unificação das equipas, passando a constituir um serviço integrado de cuidados paliativos dotado de autonomia de gestão de recursos: físico, materiais, clínicos e humanos;
2. Prestação de cuidados CP durante 24h, proporcionando a continuidade de cuidados, em todo o percurso do doente mediante a evolução da doença (domicílio - casa própria ou de familiares-, consulta externa, instituições - ERPI, RNCCI, internamento em CP ou outros serviços), em colaboração estreita com as restantes estruturas locais de saúde, do sector social e/ou privado e também de voluntariado (devidamente formado)."

Quanto à (Re)Unificação das equipas, passando a constituir um serviço integrado de cuidados paliativos dotado de autonomia de gestão de recursos: físicos, materiais, clínicos e humanos, consideramos que



ASSOCIAÇÃO SINDICAL PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS

é indispensável que todas equipas dedicadas de CP trabalhem em estreita colaboração e harmonia, no entanto, cada equipa deve manter a sua diferenciação, com intervenção e profissionais qualificados na sua área de expertise.

É fundamental clarificar que reunificação não significa fusão das equipas, em que todos os enfermeiros ocupam todo e qualquer o posto de trabalho!

A pretensão de que todos os enfermeiros podem, a todo o momento, ocupar qualquer um dos diferentes postos de trabalho, nas diferentes equipas do SICP não é exequível.

Vejamos, por exemplo, um enfermeiro que presta cuidados ao nível domiciliário, é espectável que não esteja preparado para integrar uma equipa de UCP, sem um período de integração adequado, de forma pronta e igualmente eficiente como um enfermeiro que desenvolve a sua prática diária no contexto de internamento. A mesma dificuldade e perda de eficiência é expectável se o mesmo profissional ocupar posto de trabalho na EIHSCP ou EIHSCP-P.

Consideremos agora, a título de mero exercício, que se pretende integrar todos os profissionais em todas as tipologias de equipas, entre outros fatores, será de atender que a integração de todos os elementos em todos os contextos, implica custos económicos muito elevados. Acresce a esses custos mais tangíveis, os custos associados á natureza e sensibilidade dos cuidados, nomeadamente a despersonalização dos cuidados, tanto pela motivação dos profissionais, como na perda de confiança que os familiares e/ou cuidadores depositam nos enfermeiros.

Por exemplo, se existe uma equipa que habitualmente presta cuidados na UCP a um determinado doente, se esta equipa for sempre rotativa, os cuidados perdem qualidade, o doente tem maior dificuldade em identificar-se com a equipa e desenvolver uma relação de confiança, sendo que a base da atuação do enfermeiro é o estabelecimento da relação de ajuda em CP.

No contexto dos cuidados na comunidade, ao nível das ECSCP, o problema repetir-se-á, se uma equipa com um conjunto de elementos que visitam, capacitam e aconselham um determinado doente, se esta equipa for rotativa, por mais que a informação seja transmitida entre profissionais, é constante a entrada de pessoas diferentes no domicílio e na intimidade do doente e família e/ou cuidador. Logo, o processo de explicar repetidamente as situações, ou pormenores do seu caso aumenta o risco de perda de fiabilidade na informação, bem como, a perda de fidedignidade no processo de prestação de cuidados.

A ASPE volta a sublinhar que, apenas os profissionais responsáveis pelo doente devem dar resposta ás necessidades expostas via telefónica ou apoio presencial, a rotação de profissionais entre equipas não vai de encontro à filosofia dos CP, não gera qualidade e não gera melhoria assistencial, nem tem qualquer tipo de vantagem aparente.

Quanto à prestação de cuidados CP durante 24h, proporcionando a continuidade de cuidados, em todo o percurso do doente mediante a evolução da doença (domicílio - casa própria ou de familiares-, consulta externa, instituições - ERPI, RNCCI, Internamento em CP ou outros serviços), em colaboração estreita com as restantes estruturas locais de saúde, do sector social e/ou privado e também de voluntariado (devidamente formado) a ASPE entende que a principal fragilidade da proposta em análise resume-se ao facto de não ter uma solução concreta para garantir cuidados 24horas/dia, todos os dias, em todas as equipas, principalmente no que diz respeito às ECSCP.

Assim, em relação à prestação de cuidados 24horas/dia e, embora já seja uma realidade nas UCP, preconiza-se que nas EIHSCP, EIHSCP-P e particularmente nas ECSCP e nas ECSP, também seja atingido esse objetivo, de forma a acompanhar o doente em situações de crise, com personalização e excelência.

Propomos assim que seja assumido que a disponibilidade de equipas 24horas/dia se concretiza preferencialmente em presença física, ficando os regimes de prevenção e chamada para situações devidamente fundamentadas.

Salientamos que para ter equipas em regime de prevenção, nomeadamente enfermeiros, é necessário proceder a alterações de carater legislativo, uma vez que não existe enquadramento legal e remuneratório para este regime. Contudo, a ASPE tem, de momento, em processo de conciliação na DGERT a sua proposta de instrumento de regulação coletiva de trabalho (IRCT) onde o tão necessário regime de prevenção e chamada está previsto.

Reforçamos que, se pretendemos assegurar cuidados paliativos de qualidade, apenas os profissionais responsáveis pelo doente devem dar resposta às necessidades expostas via telefónica ou apoio presencial, a rotação de profissionais entre equipas não vai de encontro à filosofia dos CP, não gera qualidade e não gera melhoria assistencial, nem tem qualquer tipo de vantagem aparente.

Reiteramos a necessidade de manter o modelo de presença física também das ECSCP uma vez que ao desviar os enfermeiros a trabalhar em UCP para consultas telefónicas, os internados na UCP recebem menos atenção e cuidado. Logo a decisão mais correta é que seja contactada telefonicamente a sua equipa dedicada de CP.

Para a ASPE deve ser a equipa responsável pelo doente a assegurar a resposta às suas necessidades em seguimento, pois são estes profissionais que têm conhecimento individualizado sobre o doente, a sua situação de saúde doença e da sua família e/ou cuidadores, do seu PIIC, e das decisões tomadas até ao momento, bem como tem uma relação de ajuda estabelecida com o doente, concretizando assim a filosofia subjacente aos CP.

Verificamos ainda com agrado que um dos princípios básicos da organização do SICP é que os profissionais devem possuir capacitação específica.

No sentido de garantir a qualidade dos cuidados prestados pelas equipas especializadas, preconiza-se a definição de normas de qualidade, bem como, um sistema de monitorização da sua observância, numa lógica de ciclos de melhoria contínua.

Como complemento sugerimos ainda os seguintes indicadores para Monitorização e Contratualização Interna de CP também sensíveis aos cuidados de enfermagem:

- Taxa de conferencias familiares realizadas por doente;
- Taxa de profissionais com formação em CP;
- Taxa de profissionais com formação avançada em CP;
- Taxa de doentes com morte no domicílio (se for desejado);
- Taxa de doentes que faleceram no serviço de urgência;
- Taxa de doentes que recorreram ao SU, pelo menos uma vez, nos últimos 30 dias de vida;
- Taxa de primeiros contactos de luto realizado à família no mês seguinte ao óbito;

Em relação às propostas relacionadas com a formação e a investigação congratulamo-nos com o nível elevado de exigência de conhecimentos dos profissionais integrados nestes serviços. Somos de total acordo com a proposta no que se refere á salvaguarda de todos os profissionais terem de possuir formação especializada em cuidados paliativos ou planos concretos e temporalmente definidos para a sua obtenção.



ASSOCIAÇÃO SINDICAL PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS

A ASPE relembra que, para obter este nível de qualidade é necessário promover a formação, a investigação e a consultadoria (quando aplicável), para além da atividade assistencial, no sentido de potenciar o desenvolvimento do conhecimento na área dos CP. No que diz respeito aos enfermeiros, salientamos que as horas de formação, bem como, o regime de trabalhador estudante previstos no Código do Trabalho, e Lei Geral de Trabalho em Funções Públicas serem insuficientes para garantir o acesso a formação continua e ou superior em condições aceitáveis, pelo que sugerimos a consulta da Proposta de Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) apresentado pela ASPE para conciliação.

A necessidade de adequação, no atual enquadramento legal, assumida pelos autores da proposta em análise foi identificada como a única desvantagem. Ora, já discutidos os aspetos que consideramos que careciam de ajuste, importa reiterar que os entraves atuais ao modelo apresentado se prendem com aspetos legais relacionados com os recursos humanos, nomeadamente horários e modalidades de organização do tempo de trabalho. Assim, a ASPE remete a solução para a sua proposta de ACT como forma de resolver a maioria dos constrangimentos legais relacionados com os Enfermeiros.;

Resta-nos sugerir que os Cuidados Paliativos nas ULS sejam reorganizados como Centro de Responsabilidade Integrada (CRI).

Ciente que este assunto merecerá a melhor atenção de V/ Ex^ª, ficamos disponíveis para os esclarecimentos que considerem convenientes.

Apresento os meus respeitosos cumprimentos,

(Lúcia Leite, Presidente da ASPE)