



# Unidades Locais de Saúde

## Serviços Integrados de Cuidados Paliativos

## Índice

Sumário .....	2
Introdução.....	3
1- Modelo Integrado Cuidados Paliativos nas ULS.....	5
2- Serviço Integrado de Cuidados Paliativos .....	6
2.1 - Organização e Coordenação .....	7
2.2- (Re)unificação das equipas e alargamento da assistência 24h por dia .....	8
2.3 - Formação e capacitação dos profissionais de saúde .....	9
2.4- Instalações e Equipamentos .....	9
2.5 - Monitorização das equipas especializadas de CP .....	10
3. Reflexão Final .....	13
Bibliografia .....	14

## Sumário

Os Cuidados Paliativos (CP) ganharam estrutura e legitimidade com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP) (Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05, páginas 5119 - 5124) que veio consagrar o direito e regular o acesso dos cidadãos aos CP, bem como atribuir as responsabilidades ao Estado, tendo sido criada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Esta última ficou definida como uma “rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.”

A RNCP é coordenada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, que atualmente está sob a tutela da Direção Executiva do SNS (DE|SNS) desde a constituição desta última em 2022 (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto; Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04, páginas 5 - 52).

A DE|SNS está a implementar uma reforma na organização dos serviços do SNS com a criação de Unidades Locais de Saúde (ULS) em todo o território continental. Assim, a constituição de uma equipa alargada nas ULS, ou seja, a integração das diversas valências de CP, participa na otimização de gastos em saúde e na promoção de respostas integradas.

Este documento foi reformulado após período de consulta pública, tendo em conta todos os contributos enviados pelas equipas e com base na experiência das ULS já existentes.

Com este documento pretende-se propor a criação do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP), como modelo organizacional a implementar nas ULS.

## Introdução

Os CP são cuidados de saúde holísticos, ativos, necessários para as pessoas em sofrimento (e suas famílias) por todos os tipos de doenças graves/ crónicas/ complexas/ progressivas, de todas as idades e em todos os ambientes de cuidados.

Aplicam-se precoce e/ou atempadamente no curso das doenças crónicas, complexas ou limitantes da vida, em conjugação com terapias modificadoras da doença ou potencialmente curativas, para recém-nascidos, crianças, jovens e adultos com problemas de saúde graves, congénitos ou adquiridos.

Este tipo de cuidados inicia-se com a avaliação multidimensional das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, tendo em conta os valores e preferências dos doentes e suas famílias, acompanhada de uma abordagem estruturada dos cuidados, respeitando os princípios da compaixão, humildade e honestidade.

Os CP usam princípios éticos e planeamento antecipado de cuidados, para identificação das prioridades e objetivos dos doentes, bem como cuidados a familiares e apoio diferenciado no luto, para adultos e crianças.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os sistemas de saúde são responsáveis pela integração dos CP na totalidade dos cuidados disponibilizados a pessoas com doenças crónicas e ameaçadoras da vida. Assim, os CP devem ser integrados na estrutura e financiamento do SNS, representando intervenções de baixo custo e elevado valor, constituindo propostas para reforço e expansão da resposta às necessidades paliativas da população.

Ainda de acordo com a OMS, os CP são mais eficazes quanto mais precocemente integrados no curso das doenças, não só na melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, como na redução das hospitalizações e a (sobre) utilização de serviços de saúde. Deste modo, defende-se hoje que o acesso aos cuidados paliativos deve ser determinado pelas necessidades da pessoa e família e não apenas pelo prognóstico da doença.

De modo a responder ao desígnio anterior, pretende-se com este documento propor a generalização dos Serviços Integrados de Cuidados Paliativos, como modelo organizacional dos Cuidados Paliativos a implementar nas Unidades Locais de Saúde.

O SICP assenta a sua ação numa gestão integrada em CP que agrega as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), as EIHSCP-Pediátricas (EIHSCP-P) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP-camas de internamento para situações de agudização das necessidades paliativas), mantendo a sua identidade e autonomia local.

Deste modo pretende-se que o SICP permita uma melhoria significativa na prestação de CP no percurso da doença, da pessoa com necessidades paliativas, desde o seu acesso aos CP até ao final de vida (e ainda no apoio à família no luto). Este apoio deve ser efetuado através de uma articulação entre os profissionais nos diferentes níveis de cuidados, preferencialmente com alargamento do período de apoio para 24h, para alcançar uma maior eficácia e otimização de ganhos em saúde.

A generalização do modelo SICP teve por base as diretrizes dos PEDCP, os princípios de equidade e cobertura universal, bem como a atenção necessária aos dois patamares de cuidados: Abordagem Paliativa e CP especializados, de acordo com a estratégia do SNS.

Reconhecendo as dificuldades que as equipas de cuidados paliativos enfrentam, pela **carência de recursos humanos**<sup>1</sup>, importa salientar que, para a implementação deste modelo, será mandatário completar, onde necessário, as valências (UCP, EIHSCP, EIHSCP-P, ECSCP) em falta e dotá-las dos recursos necessários. Também a criação de Hospitais de Dia será de incentivar, tendo em conta a evidente mais-valia desta resposta, nomeadamente em situações agudas. Esta é uma interpelação direta aos Conselhos de Administração das ULS, para que considerem esta questão e a integrem nos seus planos, incluindo Planos de Atividades e Orçamento (PAO).

---

<sup>1</sup> Plasmada no relatório de atividades da CNCP de 2021-2022

## 1- Modelo Integrado Cuidados Paliativos nas ULS

A organização dos CP, que se apresenta, vai de encontro aos principais objetivos do modelo de gestão das ULS, centrado na perspetiva de simplificação de processos, proximidade dos cuidados, qualificação das respostas e melhoria dos resultados para o binómio doente e família, justificando uma abordagem integrada que possa promover uma gestão estratégica de base colaborativa e de organização horizontal do trabalho como se ilustra na Fig. 1.

Para o desenvolvimento, com sucesso, dos CP é fundamental uma estratégia de organização. Assim, em todas as suas dimensões, incluindo cuidados de saúde hospitalares, cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados, as equipas locais de CP devem promover entre si ligações formais e funcionais, para que se garanta não só o suporte e continuidade da formação das equipas, mas também melhore a continuidade dos cuidados à pessoa com necessidades paliativas e ao seu núcleo familiar.

A figura seguinte indica-nos a trajetória do doente perante as suas necessidades no percurso da doença, mantendo-se a articulação com a RNCCI e outros parceiros, conforme o modelo da CP do SNS.

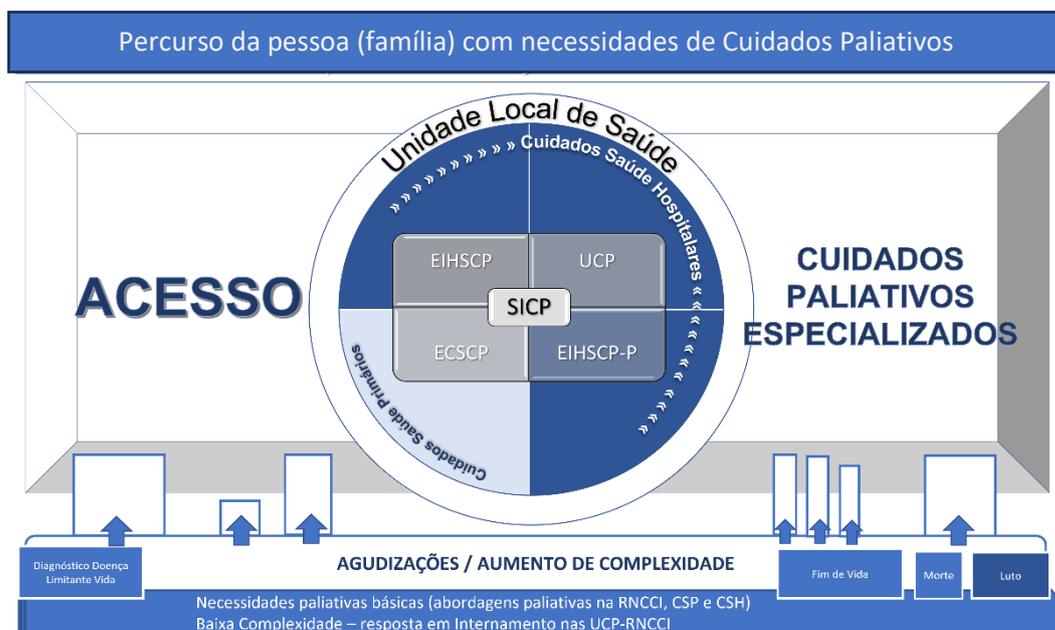


Figura 1- Percurso da pessoa (família) com necessidades de Cuidados Paliativos

## 2- Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

O Conselho da Europa afirma que a qualidade do atendimento em determinada região não depende apenas da qualidade das instituições e serviços, mas da articulação de e entre serviços de cuidados (em todos os seus níveis). Se os serviços forem organizados dentro de uma rede nacional funcional coerente, melhora o acesso aos cuidados paliativos e aumenta a qualidade, bem como a continuidade de cuidados, permitindo uma efetiva escolha do local de cuidados e de morte.

Esta articulação, deve estar sempre presente, particularmente desde o momento em que se identifique necessidade de CP e sempre que ocorra alteração do nível de complexidade, de um nível menos complexo para mais complexo e vice-versa.

Centrado numa cultura organizacional dinâmica e de personalização, de acordo com as necessidades específicas da pessoa, importa ressaltar que:

- Enquanto cuidados multidimensionais, a prestação dos CP deve permitir ao doente mudar de equipa consoante as suas necessidades clínicas e preferências;
- Podem ser prestados num período de anos, meses ou dias;
- As equipas não se constituem como entidades isoladas e, portanto, preconiza-se que os SICP, pela sua valência de ECSCP, devem prestar consultadoria a todas as unidades da RNCCI e ERPI da sua área de influência. Em caso da ausência de ECSCP, será função a assumir pelas EDCP/ EIHSCP do mesmo SICP;
- Podem articular-se também com as Unidades de Hospitalização Domiciliaria (UHD) numa transição progressiva, harmoniosa e segura de cuidados.

Potenciando a excelência desta articulação, o ideal será uma disponibilidade de cuidados nas 24 horas do dia, sete dias por semana e que, independentemente do seu nível de complexidade, estejam previstos todos os recursos para ir de encontro às necessidades do doente e família. Os

cuidados paliativos devem ser equitativos, planeados de forma sustentável e apropriados à idade dos utentes, às suas necessidades e preferências.

Além da sua atividade assistencial, as equipas devem ver assegurado, no seu horário de trabalho, tempo para a atividade não assistencial, a saber:

a) Responsabilidades assistenciais

Cuidados diretos ao doente e família ou cuidador, incluindo consulta ou acompanhamento partilhado com outras especialidades, de acordo com as necessidades no momento.

b) Responsabilidades não assistenciais

Organização: Reuniões clínicas multidisciplinares, consultadoria a profissionais de saúde.

Formação: Formação contínua, acompanhamento de ensaios clínicos e/ou trabalhos de investigação científica.

Gestão: Plano de monitorização e melhoria contínua da qualidade.

## 2.1 - Organização e Coordenação

A Direção do SICP será composta por um elemento de Direção Médica (com competência em CP pela Ordem dos Médicos), um Enfermeiro Gestor (especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa) e apoio de um Gestor de área. Os coordenadores das restantes equipas locais, integrantes do SICP, respondem à direção de serviço e articulam-se entre si para otimização da resposta às necessidades paliativas da sua população. Estes coordenadores necessitam de reunir condições para elegibilidade (formação avançada em Cuidados Paliativos, com experiência reconhecida na área) e são indicados pela Direção do Serviço. A sua nomeação é feita pelo Conselho de Administração da ULS.

No caso dos CP pediátricos, deverão continuar na dependência do Serviço de Pediatria da ULS, mantendo, no entanto, um canal formal de comunicação com o SICP para possibilidade de trabalho conjunto com os SICP, particularmente com as ECSCP, e referência de situações de transição para a idade adulta.

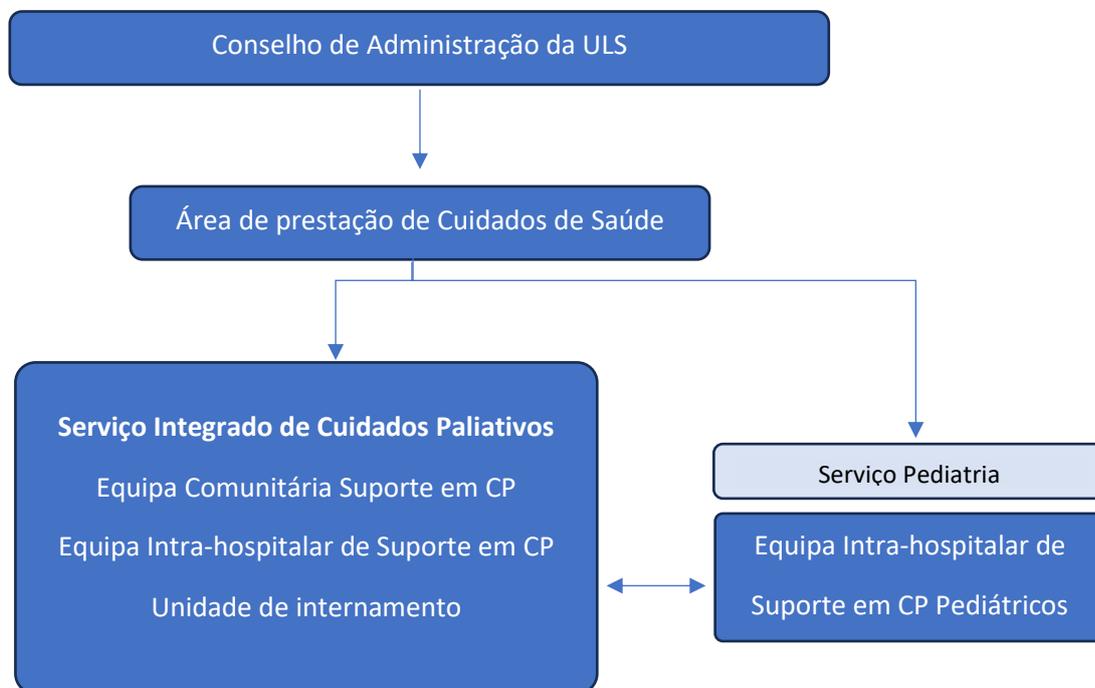


Figura 2- Serviço Integrado de Cuidados Paliativos das ULS

## 2.2- (Re)unificação das equipas e alargamento da assistência 24h por dia

A Equipa do SICP da ULS deverá funcionar de forma integrada, cumprindo com os rácios de recursos humanos definidos no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em vigor.

A prestação de CP, deve ser idealmente realizada em regime presencial com respostas que se pretende, no futuro, cubram as 24h/dia (quando a disponibilidade de recursos humanos o permitir), proporcionando a continuidade de cuidados em todo o percurso do doente a todos os que deles precisem, independentemente do local de cuidados.

De forma a providenciar cuidados atempados, as ULS deverão estar organizadas para que exista um elemento facilitador do percurso do doente e família pelas diferentes valências de cuidados paliativos especializados disponíveis, à imagem do modelo de “equipa de gestão de caso”. O resultado pretendido será o encaminhamento direto, facilitado, desburocratizado do doente segundo as necessidades identificadas.

### 2.3 - Formação e capacitação dos profissionais de saúde

Na constituição de equipas/unidades, é imprescindível a existência de profissionais com formação especializada em CP, para uma resposta adequada, de forma a cumprirem o definido em Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP.

O desenvolvimento de competências em CP das equipas interdisciplinares permite-lhes assegurar os diferentes graus de complexidade das suas intervenções.

Deste modo, é importante continuar a promover:

- Formação em cuidados paliativos, de nível básico, para todos os profissionais de saúde;
- Formação de nível intermédio para todos os profissionais com contacto frequente com doentes com necessidades paliativas, com doença oncológica, insuficiências de órgão, doenças neurológicas degenerativas e HIV-SIDA;
- Formação avançada, para todos os profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos;
- Formação contínua.

Apesar de, idealmente, todos os profissionais que integram equipas especializadas deverem ter formação avançada em cuidados paliativos, enquanto não for possível atingir esse desígnio, devem as equipas cumprir o estabelecido em PEDCP 2021-2022 (Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental para 2021-2022) e PEDCP 2017-2018 (Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental para 2017-2018) e especificado nas orientações da ACSS (Circular Normativa nº 1/2017/CNCP/ACSS, de 12-01-2017).

### 2.4- Instalações e Equipamentos

Importa também referir que, de acordo com a circular supracitada, se recomenda:

- a) Capacidade entre 8 e 20 camas, reunidas num único espaço físico da Unidade de Cuidados Paliativos e adaptado às necessidades estimadas da população que a ULS serve e às condições estruturais da instituição em que está inserida;

b) A EIHS CP dispor de espaço próprio para a atividade assistencial e não assistencial (v.g. reuniões de equipa e material de apoio);

c) A ECSCP dispor de espaço próprio para a atividade assistencial e não assistencial (v.g. reuniões de equipa e material de apoio).

No sistema de organização em ULS, as equipas comunitárias passarão a contar com a estrutura da mesma para apoio logístico, nomeadamente para dispensa de fármacos, manutenção de viaturas, gestão de material informático, entre outras funções anteriormente adstritas às ARS.

## 2.5 - Monitorização das equipas especializadas de CP

Como estratégia de garantia da qualidade dos cuidados prestados pelas equipas especializadas, preconiza-se a definição de normas de qualidade e sistema de monitorização da sua observância, numa lógica de ciclos de melhoria contínua. Deste modo é recomendada a articulação das equipas com os Serviços de Planeamento e Gestão, devendo competir a estes últimos a recolha e tratamento dos dados e o seu envio aos responsáveis do Serviço Integrado após tratamento estatístico.

Apresentam-se de seguida um conjunto de indicadores mensuráveis que se dividem pelas dimensões: Acesso, Desempenho Assistencial, Desempenho Organizacional e Resultados. Considera-se que os mesmos possam ser incluídos nos processos de avaliação, contratualização interna e externa.

O quadro seguinte apresenta indicadores que poderão ser selecionados por ULS / SICP para negociação anual/ plurianual, indicando propostas de ponderação para cada um deles. Estas ponderações serão dependentes do grau de investimento considerado necessário em cada ano e em cada indicador.

Tipo de Indicador	Indicador	Ponderação
Acesso		25%

A 1	Proporção de Primeiras Consultas realizadas Numerador: Nº de Primeiras Consultas Realizadas Denominador: Nº de Primeiras Consultas Previstas X100	12,5%
A 2	Tempo médio de espera para Primeira Consulta (≤20 dias) Nº de dias de espera para Primeira Consulta	12,5%

Tipo de Indicador	Indicador	Ponderação
<b>Desempenho Assistencial</b>		<b>30%</b>
B 1	Proporção de Consultas Subsequentes realizadas Numerador: Nº de Consultas Subsequentes Realizadas Denominador: Nº de Consultas Subsequentes Previstas X100	3%
B 2	Proporção de Sessões de H. Dia realizadas Numerador: Nº de Sessões de H. Dia Realizadas Denominador: Nº de Sessões de H. Dia Previstas X100	3%
B 3	Proporção de Conferências Familiares realizadas Numerador: Nº de Conferências Familiares Realizadas Denominador: Nº de Conferências Familiares Previstas X100	3%
B 4	Proporção de Primeiras Consultas Serviço Social realizadas Numerador: Nº de Primeiras Consultas Serviço Social Realizadas Denominador: Nº de Primeiras Consultas Previstas X100	3%
B 5	Demora média de dias em Internamento (UCP) Nº de dias em Internamento	3%
B 6	Taxa de ocupação em internamento (UCP) Numerador: Nº de camas ocupadas Denominador: Nº camas existentes X100	3%
B 7	Taxa de Mortalidade (UCP) Numerador: Nº de óbitos em internamento Denominador: Nº de internamentos X100	3%
B 8	Proporção de pessoas com necessidade de Acompanhamento no Luto Numerador: Nº pessoas com necessidade de acompanhamento no luto Denominador: Nº pessoas com necessidade de acompanhamento no luto superior a 90 dias X100	3%
B 9	Proporção de Primeiras Consultas Luto (Psicologia) realizadas	3%

Numerador: N° de Primeiras Consultas Luto (Psicologia) Realizadas

Denominador: N° de Primeiras Consultas Previstas X100

B 10 Proporção de Consultas Subsequentes Luto (Psicologia) realizadas 3%

Numerador: N° de Consultas Subsequentes Luto (Psicologia) Realizadas

Denominador: N° de Consultas Subsequentes Previstas X100

Tipo de Indicador	Indicador	Ponderação
<b>Desempenho Organizacional</b>		<b>20%</b>
C1	Proporção de utentes admitidos em visita domiciliária após referenciação interna Numerador: N° doentes observados em visita domiciliária médica até 72 horas após referenciação interna Denominador: N° de referenciações internasX100	10%
C2	Proporção de Referenciações realizadas para internamento na RNCP para controlo sintomático Numerador: N° de Referenciações realizadas para controlo sintomático Denominador: N° de doentes referenciados para internamento X100	10%
<b>Resultados</b>		<b>25%</b>
D1	Proporção de doentes com necessidade de cuidados paliativos no domicílio e internamento Numerador: N° de doentes em tratamento domiciliário Denominador: N° de doentes distintos ( $\Sigma$ dos doentes em tratamento na comunidade, saídos dos hospitais, em C.E. e H. Dia)	12,5%
D2	Índice Satisfação dos utentes, família e/ou cuidadores Numerador: $\Sigma$ (respostas" Muito satisfeito" +" Satisfeito") Denominador: Total de Respostas x100	12,5%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

A interoperabilidade dos Sistemas de Informação na Saúde é um elemento fundamental para permitir a partilha de conhecimentos e informação, a melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e o aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos.

### 3. Reflexão Final

Segundo a visão de Saúde Pública dos Cuidados Paliativos, estes consistem no “desenvolvimento de sistemas de saúde abrangentes para cuidarem de doentes com doenças avançadas/ ameaçadoras da vida e condições limitantes de vida, de forma a promover os seus cuidados e qualidade de vida em todo o curso da sua vida, num contexto de cobertura universal e promovendo **serviços de saúde integrados e centrados na pessoa**. (Gómez-Batiste, 2007).

Ainda relativamente a esta abordagem de Saúde Pública dos Cuidados Paliativos, importa salientar que “a menos que as formas clínicas de cuidados paliativos possam relacionar-se com preocupações de saúde pública que as levem (para) além de um foco restrito nos serviços de saúde e na ciência dos sintomas, os problemas de cuidados prestados em fim de vida, aos enlutados e aos cuidadores continuarão a assemelhar-se a modelos de cuidados tardios e (simples) gestão de crises” (Abel J, 2022).

A reforma do SNS em curso, que se irá basear na generalização de Unidades Locais de Saúde por todo o país, com a conseqüente integração de CSP e CSH, conduz-nos ao raciocínio de que é neste contexto que se deverá fazer a evolução dos CP em Portugal Continental. Se irá existir uma articulação próxima de diferentes níveis de cuidados e se os CP devem estar disponíveis em todos esses níveis para a população que deles necessita, o corolário lógico será que também nos CP urge realizar essa integração. Só desta forma se poderá alcançar uma nova realidade de CP precoces e planeados, em oposição aos cuidados tardios e reativos.

Cada ULS terá a seu cargo uma população definida, com um conjunto de pessoas com necessidades paliativas. Estas irão recorrer, em momentos diferentes, aos diversos níveis de cuidados pertencentes à ULS. É neste sentido que a integração dos Serviços de Cuidados Paliativos permitirá, em determinado momento, oferecer a melhor resposta possível às necessidades identificadas e respeitando questões como a possibilidade de escolha do local de cuidados e/ou de morte, dentro da disponibilidade de recursos existente.

## Bibliografia

Abel J, K. A. (2022). Public health palliative care: Reframing death, dying, loss and caregiving. *Palliative Medicine*, pp. 36(5): 768-769.

Circular Normativa nº 1/2017/CNCP/ACSS, de 12-01-2017.

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto; Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04, páginas 5 - 52.

Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05, páginas 5119 - 5124.

Gómez-Batiste, X. &. (2007). Building Integrated Palliative Care Programs and Services.

Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental para 2017-2018.

Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental para 2021-2022.