



# **Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos**

**Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
2011 – 2013**

**Serviço Nacional de Saúde  
Portugal**

**Unidade de Missão para os Cuidados  
Continuados Integrados**

Lisboa, Dezembro 2010

## ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO .....	5
2.ASPECTOS GERAIS.....	7
2.1 JUSTIFICAÇÃO .....	8
2.2 VISÃO, MISSÃO, VALORES E PRINCÍPIOS .....	9
2.3 SITUAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL .....	10
2.3.1 Situação de partida .....	10
2.3.2 Marco normativo.....	14
2.4 SITUAÇÃO ACTUAL .....	16
2.4.1 Necessidades de Cuidados Paliativos.....	16
2.4.2 Modelo Conceptual de Cuidados de Saúde .....	17
2.4.2.1 Evolução e previsão dos recursos .....	19
2.4.2.2 Interligação com outros programas do PNS .....	26
2.4.2.3 Modelo conceptual do nível de necessidades dos doentes de CP.....	27
2.5 O CUIDADOR INFORMAL: UM RECURSO VALORIZADO .....	30
3. DESENVOLVIMENTO DE LINHAS ESTRATÉGICAS .....	32
3.1 CONSIDERAÇÕES .....	33
3.2 EIXO PRIORITÁRIO I - Políticas para captação de recursos e determinação dos modelos organizacionais.....	34
3.3 EIXO PRIORITÁRIO II - Garantia da qualidade de cuidados .....	37
3.4 EIXO PRIORITÁRIO III - Formação e investigação .....	39
3.5 EIXO PRIORITÁRIO IV - Monitorização contínua e avaliação.....	42
3.6 INDICADORES E METAS .....	42
4. PLANO DE ACÇÃO.....	45
4.1 LINHAS DE ACÇÃO .....	46
4.1.1 Consolidar o PNCP.....	47
4.1.2 Melhorar a qualidade assistencial.....	51
4.1.3 Promover as competências técnicas das equipas e a investigação científica.....	56
4.1.4 Desenvolver massa crítica .....	58
4.2 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO .....	60

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 73

### **Lista de Siglas**

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
CSS – Cuidados de Saúde Secundários  
CCOMS – Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde  
CP – Cuidados Paliativos  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
EAPC - European Association for Palliative Care  
ECL – Equipa de Coordenação Local  
ECR – Equipa de Coordenação Regional  
ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados  
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos  
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos  
EU – European Union  
GT – Grupo de Trabalho  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
IPOFG – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil  
IPSS – Instituições Privadas de Solidariedade Social  
LI – Lugares de internamento  
MS – Ministério da Saúde  
MFAP – Ministério das Finanças e da Administração Pública  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PII – Plano Individual de Intervenção  
PNCDOR – Programa Nacional do Controlo de Dor  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
SCM – Santa Casa da Misericórdia  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
UCC – Unidade Cuidados Continuados  
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos  
UI – Unidade de Internamento  
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção  
UMCCI – Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

# **1.INTRODUÇÃO**

Este documento estratégico, aborda o ponto de partida dos Cuidados Paliativos em Portugal, faz uma revisão da sua situação actual e considera, nomeadamente, as conclusões do encontro de “Benchmarking Nacional de Cuidados Paliativos”, realizado em 14 de Dezembro de 2010, no Auditório do Hospital Magalhães de Lemos no Porto. Estabelece objectivos e recomendações onde se identificam para todos os intervenientes as responsabilidades em Cuidados Paliativos, de acordo com os eixos prioritários definidos na estratégia. Seguidamente, apresentam-se as metas até 2013 do Programa Nacional de Cuidados Paliativos e da “Estratégia” para o seu desenvolvimento, baseando-se em indicadores possíveis de serem determinados, em que a unidade geográfica tanto pode ser de âmbito nacional como regional. O plano de acção subsequente identifica as áreas de intervenção e as acções a desenvolver em cada um dos diferentes níveis da prestação dos cuidados paliativos.

Desejamos que, a **Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013**, cumpra o papel importante que todos (Ministério da Saúde, Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, Prestadores, Profissionais, Doentes e Famílias) lhe atribuímos, unificador das ideias em debate e (re) orientador do que neste momento nos parece mais importante para concretizar em pleno o Programa Nacional de Cuidados Paliativos de 2010, a favor da Melhoria da Saúde e Bem-Estar dos Portugueses.

A Coordenadora da UMCCI

## **2.ASPECTOS GERAIS**

## 2.1 JUSTIFICAÇÃO

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2010 (PNCP 2010) caracteriza-se por um conjunto sistemático de medidas que tem por objectivo melhorar a prestação de cuidados a doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias (OMS).

A prestação de cuidados desenvolve-se num contexto populacional, a nível local, regional ou nacional e com base nas necessidades identificadas do doente e não apenas no diagnóstico ou prognóstico, pelo que podem ser introduzidos de forma estruturada em fases precoces da doença (qualquer que ela seja), mesmo quando outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estejam a ser administradas.

O PNCP 2010 é liderado pela Administração Pública/Ministério da Saúde (MS) e coordenado pela Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), e visa a cobertura de toda a população, no respeito pelos princípios de equidade, acessibilidade, qualidade de cuidados, eficiência, adequação e aceitabilidade. Para tal a UMCCI continuará a proceder a uma monitorização contínua, através do registo de um conjunto de dados mínimos em suporte informático e avaliação semestral de resultados, estando estes disponíveis para consulta pública em [www.umcci.min-saude.pt](http://www.umcci.min-saude.pt).

Do acompanhamento efectuado pela OMS na revisão do PNCP, resultou uma carta de reconhecimento, onde se pode ler:

“O Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde de Políticas Públicas de Cuidados Paliativos (CCOMS), tendo participado com a Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados na elaboração do documento supra referido, através do Dr. Xavier Gomez-Batiste, vem por este meio expressar a sua concordância e ratificar o conteúdo da Proposta de revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos.”

O processo de planeamento das necessidades de cuidados paliativos tem em conta, princípios geo-demográficos, sociais, epidemiológicos, mortalidade pelas principais doenças consideradas, a organização do sistema de saúde e a implementação de recursos adequados. Estas características convergem para uma acção concertada, assegurando uma resposta complementar de saúde e ou social e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).



Com o aumento progressivo do número de população idosa realça-se que, cerca de 60% a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, que poderá incluir uma situação de doença avançada ou terminal. Perante esta perspectiva e no sentido de responder e salvaguardar as actuais e futuras necessidades de cuidados de saúde da população portuguesa, a coordenação da UMCCI, mandatada pelo MS desenvolveram a **“Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011 – 2013”**, que está alicerçada em **4 eixos prioritários**:

- 1. Políticas para captação de recursos humanos e estruturais e respectiva determinação dos modelos organizacionais;**
- 2. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados;**
- 3. Formação e investigação;**
- 4. Monitorização contínua e avaliação da prestação dos cuidados de saúde.**

A implementação desta estratégia assim como os eixos que a suportam destinam-se a doentes oncológicos e doentes não oncológicos com doenças crónicas evolutivas, em qualquer idade, **que necessitem de Cuidados Paliativos.**

## **2.2 VISÃO, MISSÃO, VALORES E PRINCÍPIOS**

### **Visão**

Os Cuidados Paliativos consistem na prestação de cuidados que respondam às necessidades das pessoas com doença avançada ou terminal, bem como das suas famílias/cuidadores, consistindo assim, num imperativo ético a que todos têm direito.

### **Missão**

Desenvolver, fomentar e assegurar a prestação de Cuidados Paliativos por via de uma rede prestadora de cuidados continuados integrados nos diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde e com a participação das instituições de solidariedade social e do sector privado.

## Valores

- i. Direito ao alívio do sofrimento;
- ii. Respeito pela individualidade;
- iii. Qualidade de vida definida pelo doente;
- iv. Compaixão face ao sofrimento;
- v. Considerar expectativas dos doentes e famílias na RNCCI.

## Princípios

- i. Continuidade de cuidados nos diferentes níveis do SNS;
- ii. Coordenação a nível nacional e regional;
- iii. Monitorização e avaliação dos cuidados prestados nos diferentes níveis;
- iv. Prestação de cuidados baseados nas necessidades e na participação do doente e família;
- v. Prestação de cuidados baseados na multidisciplinaridade/Plano individual de intervenção (PII);
- vi. Competência Profissional em Cuidados Paliativos e estímulo à Formação contínua;
- vii. Integração dos aspectos espirituais e psicológicos do cuidado ao doente.

## 2.3 SITUAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

### 2.3.1 Situação de partida

O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 identificou os Cuidados Paliativos como uma das áreas prioritárias, com enfoque na intervenção, organização e formação em cuidados paliativos.

No ano 2005, o estudo *Palliative Care Facts in Europe* demonstrava que os recursos existentes em Portugal Continental eram escassos e sem um modelo de organização homogéneo, nem instrumentos normalizados na sua gestão.

A disponibilidade da oferta nessa altura em Portugal para prestação de Cuidados Paliativos era de 4 Unidades Internamento (intra-hospitalares+IPSS), 3 Equipas domiciliárias e 2 Equipas Intra-Hospitalares, que davam resposta quase exclusiva aos utentes com proveniência dos serviços do próprio hospital e que se distribuíam da seguinte forma:

- ✓ 4 unidades intra-hospitalares (nos IPOFG do Porto, IPOFG de Coimbra e Hospital do Fundão, Irmãs Hospitaleiras - Belas);
- ✓ 1 unidade em IPSS (SCM - da Amadora);
- ✓ 4 equipas domiciliárias (Centro de Saúde de Odivelas, SCM Azeitão e IPOFG do Porto e IPOFG de Lisboa).

Os habitantes das regiões do Alentejo e Algarve não dispunham de qualquer serviço de cuidados paliativos. Relativamente a regiões onde os recursos de cuidados paliativos estavam instalados, apresentavam uma baixa taxa de cobertura como se verifica na tabela 1. Contudo é de salientar que paralelamente à prestação de cuidados paliativos actuavam, segundo a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, Unidades de Dor de três tipos, inseridas em contexto hospitalar e que complementava as unidades de cuidados paliativos. A tabela 2 apresenta a distribuição e o número dessas Unidades de Dor no ano de 2005 onde se verifica que a percentagem de hospitais com actividade em dor crónica em 2005 era de cerca de 42%, o que revela a lacuna existente na organização de recursos específicos para dar resposta à dor crónica.

Tabela 1. N.º de Unidades de Internamento e lugares de Cuidados Paliativos, Portugal Continental (2005)

<b>N.º de unidades de internamento e lugares de Cuidados Paliativos existentes em Portugal Continental</b>				
<b>Região</b>	<b>N.º unidades internamento</b>	<b>N.º lugares internamento</b>	<b>N.º habitantes Portugal Continental (INE 2005)</b>	<b>Cobertura Territorial (camas/100.000 hab.)</b>
<b>Norte</b>	1	20	3.737.791	0,54
<b>Centro</b>	2	25	2.382.448	1,05
<b>LVT</b>	1	8	2.779.097	0,29
<b>Alentejo</b>	0	0	765.971	0
<b>Algarve</b>	0	0	416.847	0
<b>Total (Continente)</b>	<b>4</b>	<b>53</b>	<b>10.082.154</b>	<b>0,53</b>

Fonte: Palliative Care Facts in Europe for 2005; INE - Estimativas da População

Tabela 2. Distribuição por região de UDC, 2005

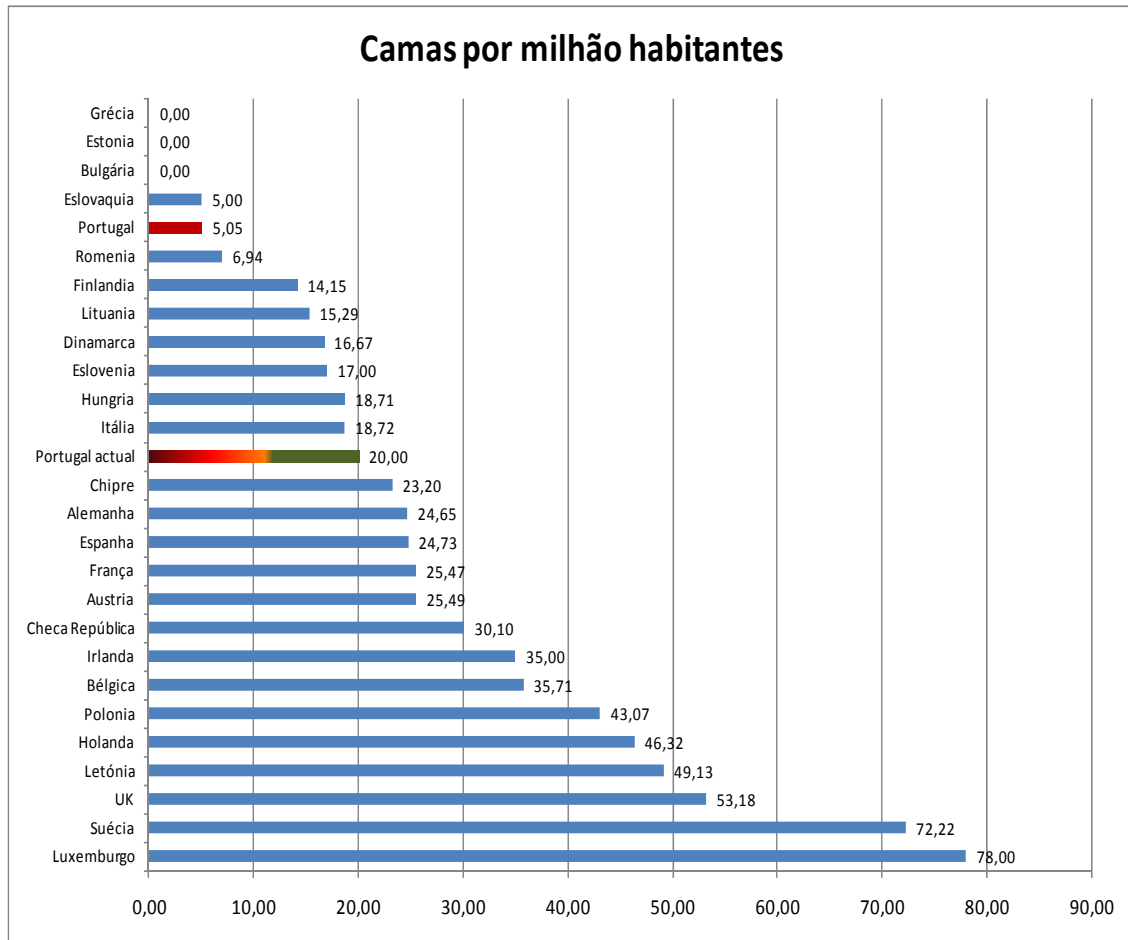
Região	Hospitais com Actividade em Dor Crónica em 2005		N.º de Unidades de Dor Crónica por tipologia (2005)		
	N.º	%	Unidades de Dor de Nível Básico	Unidades Terapêuticas de Dor	Unidades Multidisciplinares de Dor
Norte	11	22%	6	0	5
Centro	18	50%	13	1	4
LVT	15	36%	5	2	8
Alentejo	4	100%	4	0	0
Algarve	3	100%	3	0	0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>42%</b>	<b>31</b>	<b>3</b>	<b>17</b>

Fonte: Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2005

Na avaliação em 2008, o estudo *Palliative Care in the European Union* demonstrava que, apesar do início tardio da organização de Cuidados Paliativos em Portugal comparativamente a outros países da Europa, apresentava um desenvolvimento acelerado e um modelo de organização homogéneo de implementação fruto de recursos humanos bem formados e de legislação e modelo financeiro favoráveis.

Com os números publicados em 2008 no documento do Parlamento Europeu - *Palliative Care In The European Union*- referentes aos recursos disponíveis nos diferentes países, Portugal desde então evoluiu nas respostas existentes de forma significativa, conforme reconhecimento da OMS. No gráfico 1, referente ao número de camas por milhão de habitantes, Portugal evoluiu de 5,05 para 20 em apenas três anos a que corresponde um acréscimo de 296%.

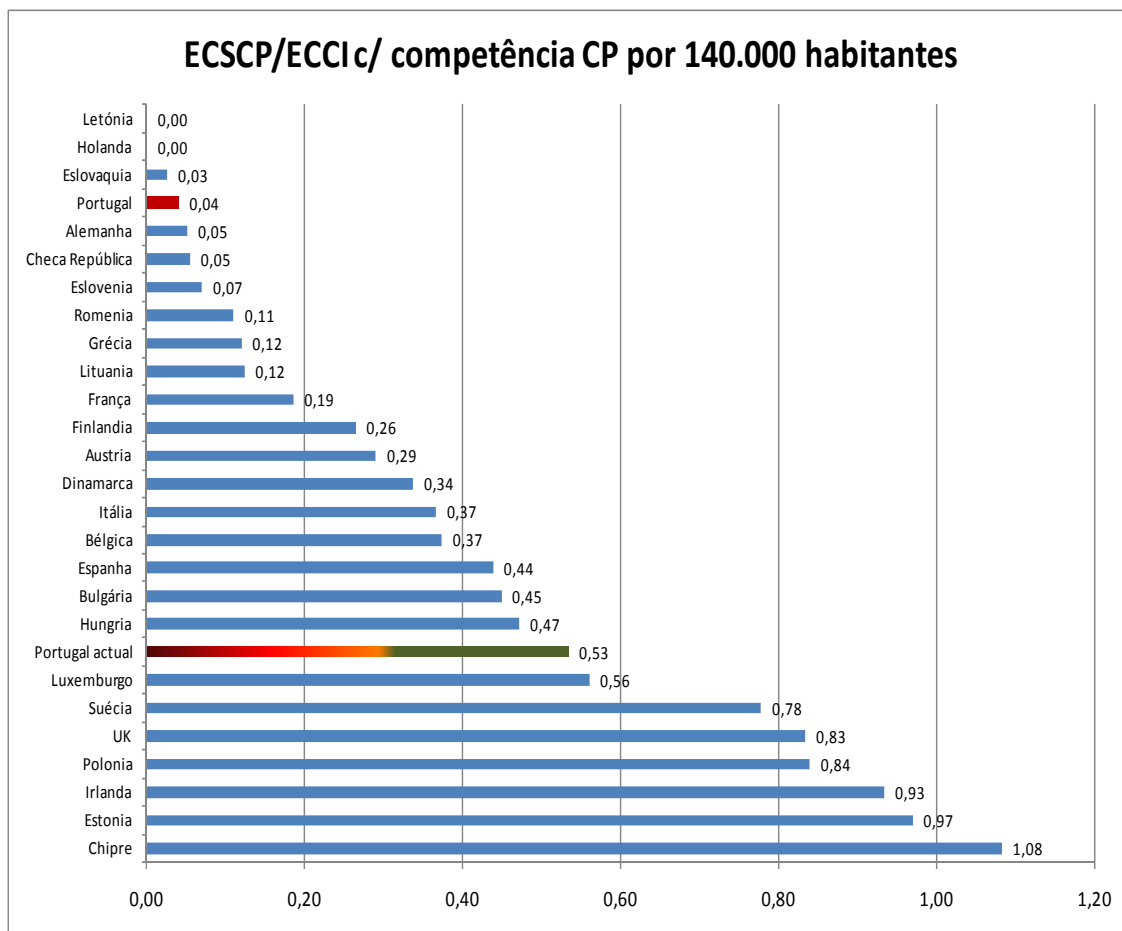
Gráfico 1. N.º de camas por milhão de habitantes, por país da UE



Fonte: Palliative Care In The European Union, Parlamento Europeu, 2008

Em matéria de ECSCP e ECCI que prestam cuidados paliativos a evolução apresenta-se no gráfico 2.

Gráfico 2. ECSCP/ECCI/competência em Cuidados Paliativos por 140.000 habitantes, por países da UE



Fonte: Palliative Care In The European Union, Parlamento Europeu, 2008

### 2.3.2 Marco normativo

- ✓ Face ao diagnóstico de situação sobre os Cuidados Paliativos em Portugal e a definição de políticas de saúde no âmbito do programa do Governo, é criada a RNCCI em 2006 por Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, assumindo-se como uma oportunidade para o impulso do desenvolvimento de serviços de internamento e de ambulatório em Cuidados Paliativos, integrada no SNS e com a oferta em articulação com os recursos existentes a nível hospitalar e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).
- ✓ Missão para os Cuidados de Saúde Primários, no documento para os Cuidados de Saúde Primários - Linhas de Acção Prioritária Para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde, Lisboa, Janeiro de 2006, no ponto 4.2, 4.3.

- ✓ Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Modelos Organizacionais das Unidades de Saúde Familiar – Carteira de Serviços das Unidades de Saúde Familiar, Lisboa Abril e Maio de 2006, no ponto 4 Cuidados no Domicílio.
- ✓ Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Plano Estratégico 2007 – 2009, Lisboa, Maio de 2007. Eixo I – Qualidade e Mudança Organizacional, 2. Melhoria da Acessibilidade em que um dos objectivos estratégicos ponto 2.3 – Promover a diversificação e a disponibilização de cuidados de saúde domiciliários e a articulação com RNCCI.
- ✓ Em 2007, pelo despacho n.º 28941, de 22 de Novembro, do Ministro da Saúde, é nomeado um Grupo de Trabalho (GT), com o objectivo de efectuar a revisão do PNCP em vigor, de 15 de Junho de 2004, adequando-o às exigências da OMS.
- ✓ O referido GT elaborou uma proposta do PNCP que foi apresentada publicamente em Julho de 2008, e colocada em discussão pública. Na sequência da discussão pública, e da apreciação feita pela OMS, foi efectuada uma nova versão do Programa, entregue no final de 2008.
- ✓ Dec. lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro – Cria os agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), em que para cumprir a sua missão, entre outras, os ACES desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para continuidade de cuidados. Desenvolvem também actividades de vigilância epidemiológica e investigação em saúde, através das Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde.
- ✓ Despachos nºs 10279 e 12280 (rectificado pelo nº 3286/2009 de 19 de Janeiro) referem-se a comparticipações de medicamentos indispensáveis ao tratamento da dor oncológica moderada a forte.
- ✓ Dec. Lei nº 81/2009 de 2 de Abril, estabelece entre outras as funções de natureza operativa de Saúde Pública, com competências para a vigilância epidemiológica, identificação de necessidades de saúde, avaliar o impacte das várias intervenções em saúde e gestão de programas e projectos nas áreas da defesa, protecção e promoção da saúde da população.
- ✓ Por Despacho da Ministra da Saúde a revisão do PNCP é aprovada a 29 de Março de 2010, dando-se por concluída a intervenção do GT nomeado pelo despacho

28941/2007 e responsabiliza a UMCCI para apresentação do Plano de Actividades que concretize o PNCP nos próximos três anos.

## 2.4 SITUAÇÃO ACTUAL

### 2.4.1 Necessidades de Cuidados Paliativos

A prestação de Cuidados Paliativos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assenta numa abordagem multidisciplinar e intersectorial, assegurada e regulada pela UMCCI, coordenadora nacional da RNCCI, à qual compete a operacionalização do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). As metas operacionais do PNCP foram definidas tendo em conta as características sócio-demográficas regionais, de acordo com a *European Association for Palliative Care (EAPC)* e níveis diferenciados de serviços de internamento em Cuidados Paliativos, em função da complexidade atendida. Em matéria de implementação o PNCP, tem em linha de conta os rácios de recursos a diferentes níveis – para as EIHSCP (Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos), o número de camas em Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) em Hospitais de Agudos e fora deles, para as ECSCP (Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos) – de forma a serem ponderadas respostas aos diferentes níveis de necessidades do doente. Quanto ao planeamento de respostas de Cuidados Paliativos (CP), este inclui Hospitais, RNCCI e Cuidados Saúde Primários (CSP), apresentando flexibilidade para uma melhor adaptação às características locais e regionais, em que áreas urbanas, semi-urbanas, rurais e do interior com população dispersa, irão diferir necessariamente na organização e criação de respostas.

Na presença de dispersão populacional é considerado que equipas domiciliárias interdisciplinares, com flexibilidade de papéis e responsabilidades, sejam uma opção relevante. Equipas intra-hospitalares, que integram também funções na comunidade, bem como de apoio às Unidades de Internamento da RNCCI, podem ser uma opção a considerar. Em áreas metropolitanas, com um modelo desenvolvido de Cuidados Paliativos, existirão recursos de diferentes níveis de complexidade relativamente a áreas rurais ou de dimensão reduzida, com recursos limitados, e com equipas de suporte transversal.

Como resultado desta variabilidade e especificidade do contexto, **“O planeamento de serviços depende das necessidades existentes”**, é determinado por:

- ✓ **Tipo de área:** urbana, semi-urbana, rural;
- ✓ **Recursos existentes;**
- ✓ **Tipo de patologias atendidas** (cancro, demências, SIDA, outros);
- ✓ **Complexidade** (média/ alta);



- ✓ **Mortalidade** (prevalência).

Baseado nestes pressupostos encontraram-se os seguintes valores para os respectivos números de camas:

- ✓ **20-30% em UCP integradas em hospitais** (com mais de 250 camas ou especializados em oncologia). Considerando 30%, o n.º de lugares de internamento situar-se-ia em 19-24 por 1 milhão de habitantes;
- ✓ **40-60% em UCP da RNCCI**. Considerando 50%, o n.º de lugares de internamento situar-se-ia em 32-40 camas por 1 milhão habitantes;
- ✓ **20-40% em unidades da RNCCI não específicas de CP**. Considerando 20%, o n.º de lugares de internamento corresponderia a 13-16 camas por 1 milhão de habitantes.

#### 2.4.2 Modelo Conceptual de Cuidados de Saúde

Os Cuidados Paliativos são conceptualizados como **cuidados transversais a todo o Serviço Nacional de Saúde** assegurando o envolvimento dos cuidadores no meio habitual de vida do doente, principal objectivo dos cuidados de proximidade. **Deve ser considerada na prestação de cuidados o conforto e qualidade de vida**, por profissionais com formação específica, para a prestação de Cuidados Paliativos.

##### Medidas Gerais:

As medidas adoptadas por todos os serviços de saúde para melhorar a prestação de Cuidados (protocolos, formação entre outras), bem como o treino a nível dos Cuidados Primários de Saúde a par com supervisão e suporte através das ECSCP, EIHSCP ou Unidades de Cuidados Paliativos permitem a disseminação de conhecimento e conseqüente reforço da qualidade das prestações de acções paliativas, assim como a inovação.

Neste sentido pode equacionar-se um modelo que consiste em:

1. Combinar medidas gerais em serviços convencionais, cuja existência é simultânea à de serviços específicos.
2. Intervenção de equipas e serviços específicos baseada nas necessidades, e na complexidade, e não apenas no prognóstico.
3. Intervenção preventiva, flexível e partilhada de equipas e serviços específicos.

“Os Cuidados Paliativos não são separados do SNS, sendo dele um elemento integrante, com enfoque nos Cuidados Domiciliários”.

**Medidas Específicas:**

- ✓ As **Equipas de suporte**: multidisciplinares no hospital ou no domicílio - Equipas específicas ou equipas compostas por elementos com formação em Cuidados Paliativos.
- ✓ As **Unidades** de internamento em Hospitais e **Unidades** de Internamento na RNCCI.

**Na organização de Serviços Específicos de Cuidados Paliativos ter em conta:**

- ✓ Os Cuidados Paliativos devem ser prestados com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento e/ou doença avançada, incurável e progressiva, através de uma rede de serviços que vai desde estruturas de internamento ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade.
- ✓ Estes Cuidados requerem especificidade e rigor técnico, e devem ser acessíveis a todos os que deles carecem, estando inseridos no sistema de saúde. Requerem formação específica adequada e sem esta, não é possível a prática deste tipo de cuidados. Os líderes dos principais grupos profissionais envolvidos devem possuir obrigatoriamente formação intermédia/avançada (formação em sala e estágios) reconhecida em Cuidados Paliativos.
- ✓ A implementação de uma unidade/equipa de Cuidados Paliativos pressupõe um conjunto de profissionais devidamente treinados, a definição do tipo de doentes a atender (fase da doença, patologias, níveis de complexidade) e da estrutura a desenvolver (tipologia de unidades de internamento, de suporte e de apoio domiciliário)

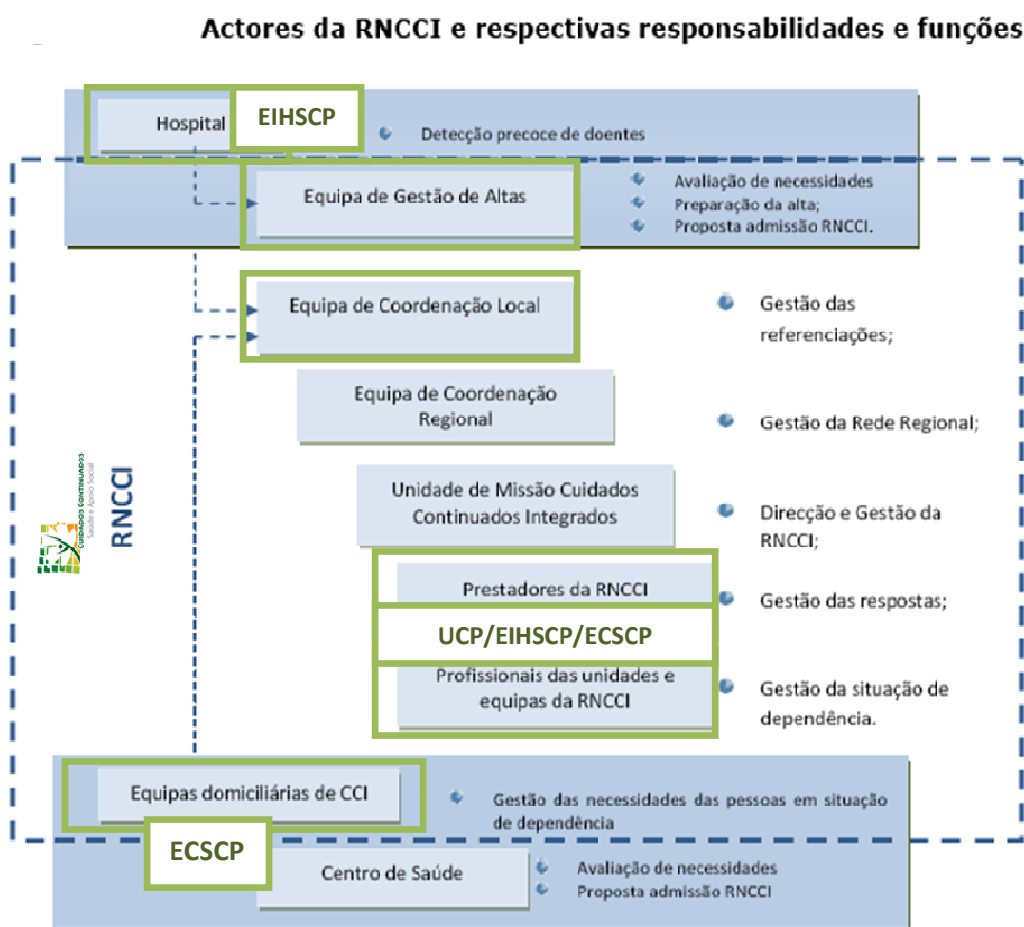
**No PNCP prevê-se que as EIHSCP prestem, para além de apoio intra-hospitalar, suporte de consultoria** em Cuidados Paliativos às unidades de internamento da RNCCI e às ECCL. Neste sentido, e pelo papel que estas equipas assumirão no âmbito da consultoria, importa reforçar as suas capacidades através de programas de formação contínua e monitorizar as suas actividades.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são de primordial importância no planeamento de recursos quer a nível da Equipa Coordenadora Local (ECL) quer a nível

das Equipas Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e ainda na articulação com a Unidade de Saúde Pública (USP), que funciona como um observatório de saúde da área geo-demográfica do ACES.

Na figura 1 encontra-se o modelo de organização da RNCCI, onde se integra a prestação de Cuidados Paliativos.

Figura 1. Organograma da RNCCI



#### 2.4.2.1 Evolução e previsão dos recursos

A situação actual da oferta de Cuidados Paliativos expressa-se em:

- ✓ Número de prestadores;
- ✓ N.º de lugares de internamento (LI);
- ✓ Dados de actividade e patologias atendidas;

- ✓ Formação realizada;
- ✓ Competências técnicas apuradas nas equipas.

Pela observação dos dados da oferta de Cuidados Paliativos disponíveis desde 2006 até ao presente ano, é possível observar, em termos de lugares de internamento de Cuidados Paliativos em hospitais e em Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos (UCP) da RNCCI, que os rácios de cobertura encontram-se aquém dos previstos no PNCP (6-8 camas por 100.000 habitantes), como se verifica na tabela 3.

*Tabela 3. N.º de lugares de internamento em UCP e cobertura populacional, em Hospitais e na RNCCI, por região e em Portugal Continental (30.11.10)*

Região	N.º de Lugares de Internamento			Cobertura Populacional - N.º de Lugares de Internamento por 100.000 Habitantes		
	Em UCP – Hospitais	Em UCP da RNCCI	Total LI em UCP	Em UCP - Hospitais	Em UCP da RNCCI	Total LI em UCP
Norte	20	35	55	0,53	0,93	1,47
Centro	25	40	65	1,05	1,68	2,73
LVT	0	63	63	0	2,23	2,23
Alentejo	5	12	17	0,66	1,59	2,26
Algarve	0	10	10	0	2,30	2,30
<b>Total Portugal Continental</b>	<b>50</b>	<b>160</b>	<b>210</b>	<b>0,49</b>	<b>1,58</b>	<b>2,07</b>

*Elaboração Própria. Fonte: UMCCI 2010;INE - Estimativas da população, 2009*

Segundo dados da UMCCI no ano de 2010 o **número de unidades de internamento** pertencentes à RNCCI eram de cerca de 15 enquanto o **número de equipas prestadoras de Cuidados Paliativos**, subdivididas em Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) com formação em Cuidados Paliativos, correspondiam, a 15 e 40 equipas respectivamente, em Agosto de 2010,

Desde 2006 até Novembro de 2010 situa-se em 4.183 o número total de **utentes assistidos** nas UCP da RNCCI, tendo sido **referenciados** para estas unidades um total de 5.178 utentes, o que corresponde a uma percentagem de atendimento do número de utentes em cerca de 81% como se verifica na tabela 4.

A evolução do número de doentes admitidos na RNCCI em UCP desde 2006 até ao 1º semestre de 2010, tabela 4, mostra que as respostas são cada vez maiores, mas consideradas ainda insuficientes para as necessidades dos doentes, atingindo a taxa de ocupação em 2010 de 91% e uma demora média de internamento de 28,5 dias a nível nacional, representados na tabela 5.

*Tabela 4. Número de utentes referenciados para UCP e outras tipologias da RNCCI desde 2006 até à actualidade*

Período	Utentes referenciados	Incremento Inter-anual	Utentes assistidos	Incremento Inter-anual
<b>01.10.2006-31.12.07</b>	255	-	270	-
<b>2008</b>	1.408	452%	645	139%
<b>2009</b>	2.198	56%	2.018	213%
<b>01.01.10-15.08.10</b>	1.317	-	1.250	-
<b>Total</b>	5.178	-	4.183	-

*Fonte: Relatórios de monitorização do desenvolvimento e actividade da RNCCI 2007, 2008 e 2009 e dados ad-hoc 1º semestre 2010, UMCCI*

*Tabela 5. Demora média e taxa de ocupação nas UCP da RNCCI (2007-2010)*

PERÍODO	Demora média de internamento	Taxa de ocupação
01.10.06 – 31.12.07	26	70%
2008	32	s.d.
2009	25	89%
2010	31	91%
Média	28,5	83%

*Fonte: UMCCI*

Tabela 6. Diagnósticos mais comuns nas UCP da RNCCI(2010)

Diagnósticos mais comuns nas UCP em 2010	
Doenças oncológicas	87%
Doenças neuro-degenerativas	7%
Doenças cardiovasculares	3%
Outros diagnósticos	3%
Taxa de mortalidade em internamento em UCP – 66%	
Tempo médio de internamento até óbito – 5 dias	
Média de idade dos óbitos – 76 anos	

Fonte: UMCCI

No que respeita à tabela anterior podemos observar que os **diagnósticos mais frequentes** nas UCP da RNCCI no primeiro semestre de 2010, foram as doenças oncológicas (87 %), às quais se seguiam as neurodegenerativas (7%), cardiovasculares (3%) e outros diagnósticos onde se incluem as doenças de foro respiratório (2%) (UMCCI, 2010). Mostra-nos ainda que, os Cuidados Paliativos na RNCCI se destinam sobretudo a doentes da área oncológica e são prestados a doentes terminais, pois o tempo médio de internamento até ao óbito é de 5 dias, tabela 6.

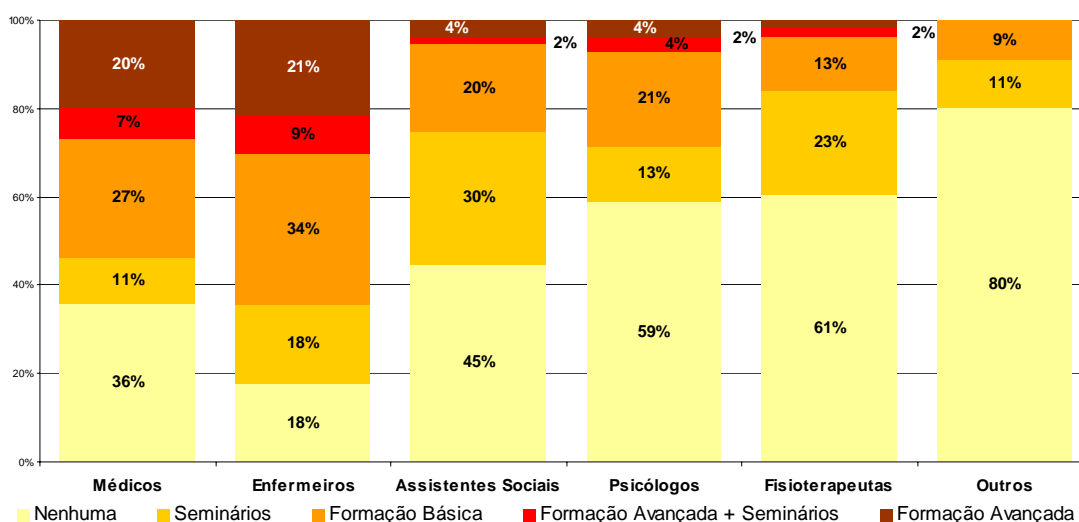
Realçamos aqui a necessidade de alteração desta abordagem aos cuidados paliativos, que requer por parte de todos os profissionais de saúde, um trabalho conjunto de mudança que permita estabelecer no início da doença, um plano de cuidados estabelecendo uma relação de apoio e segurança entre os doentes e seus familiares e os profissionais de saúde que os apoiam, melhorando, necessariamente, os resultados dos cuidados prestados.

Relativamente a **indicadores de qualidade do processo de referenciação de utentes para UCP da RNCCI**, para o primeiro semestre de 2010, a demora média de admissão nestas unidades cifrava-se em 7 dias, sendo que este tempo médio varia desde os dois dias (Norte, Alentejo e Algarve) até aos 20 dias em LVT (UMCCI, 2010), o que está

directamente relacionado com os lugares de internamento disponíveis nas várias tipologias da RNCCI e o volume da procura.

No que diz respeito às actividades de **formação** realizadas pela UMCCI na área dos Cuidados Paliativos, entre 2006 e 2010 foram realizadas 21 acções de formação, que englobaram um total de 542 participantes (UMCCI, 2010).

Apesar dos esforços de formação encetados, verificam-se ainda carências de formação em Cuidados Paliativos. Segundo um inquérito realizado em Dezembro de 2009 (UMCCI), aplicado a profissionais de várias ECCI do país, constatou-se que no universo das respostas (68%), 36% dos médicos e 18% dos enfermeiros declararam não ter formação em cuidados paliativos. O gráfico 3 ilustra os resultados obtidos.



*Elaboração própria. Fonte: Inquérito às ECCI (UMCCI, 2009)*

*Gráfico 3. Nível de formação em Cuidados Paliativos entre os profissionais das ECCI*

Nas tabelas 7 e 8 podemos observar a situação actual ao nível dos recursos estruturais, bem como a sua previsão baseada nos rácios estabelecidos no PNCP, a serem atingidos no final da implementação em 2013.

Tabela 7. Rádios de cobertura de necessidades, n.º de recursos previstos no PNCP

Tipologia	Situação actual	Previsão
EHSCP	15 Equipas	1 por hospital
Lugares de Internamento (LI)	-	648 – 810 LI
30% em hospitais de agudos (hospitais com mais de 250 camas ou especializados em oncologia), destinadas a um perfil agudo e complexo.	50 LI, entre 21% a 26% do previsto.	194 a 243 LI
50% em UCP da RNCCI, para tratamento de situações crónicas e menos complexas.	126* LI de UCP na RNCCI (Agosto 2010): entre 31% a 39% do previsto.	324 a 405 LI
20% para prestação de CP, em unidades não específicas da RNCCI.	-	Entre 130 a 162 LI
ECSCP	No PNCP considera-se não estarem reunidas as condições necessárias para o seu desenvolvimento generalizado a curto-prazo.	Planear-se-á a sua criação em áreas em que a densidade populacional o justifique.
ECCI com formação em CP	40 ECCI com formação em CP.	1 ECCI por UCC com formação em CP.

\* Destaca-se que 66% (83 LI) da capacidade instalada provém da reconversão de recursos de serviços de Hospitais.

No âmbito do programa Modelar I e II, foram atribuídos apoios financeiros que permitem estender o n.º de LI a 190 (59% do previsto).

Fontes:  
 PNCP, 2009  
 Estimativas da população 2008, INE  
 Capacidade instalada na RNCCI a 15 Agosto de 2010 (UMCCI)  
 Levantamento dos RH das ECCI com formação específica em CP, 2009 (UMCCI)



Tabela 8. N.º de lugares de internamento em Cuidados Paliativos necessários em Portugal Continental, por nível e por região, de acordo com 80% dos rácios internacionais

(Valor máximo: 80 LI por 1 M habitantes. Valor mínimo: 64 LI por 1 M habitantes)

Região	População (INE 2008)	N.º total de LI em CP necessários em Portugal Continental (80% rácios internacionais – Valor mínimo e máximo)							
		N.º total LI		N.º total LI em H. agudos (30%)		N.º total LI em UCP da RNCCI (50%)		N.º total LI em UI da RNCCI não específicas em CP (20%)	
		Valor Mín.	Valor Max.	Valor Mín.	Valor Max.	Valor Mín.	Valor Max.	Valor Mín.	Valor Max.
Norte	3.745.439	239	299	72	90	120	150	48	60
Centro	1.786.692	114	143	34	43	57	71	23	29
LVT	3.665.613	234	293	70	88	117	146	47	59
Alentejo	507.481	32	41	10	12	16	20	6	8
Algarve	430.084	27	34	8	10	14	17	5	7
<b>TOTAL</b>	<b>10.135.309</b>	<b>648</b>	<b>810</b>	<b>194</b>	<b>243</b>	<b>324</b>	<b>405</b>	<b>130</b>	<b>162</b>

Fonte: PNCP, 2009; INE - Estimativas da população, 2008

Tabela 9. N.º de lugares de internamento de CP em hospitais existentes a 30.11.10 e n.º de lugares em falta, de acordo com os rácios internacionais (80%)

Região	N.º LI em UCP - H. agudos (30% dos rácios internacionais)		N. LI de UCP em Hospitais (30.11.1010)	N.º LI de UCP em Hospitais em falta	
	Valor mínimo	Valor máximo		Valor mínimo	Valor máximo
Norte	72	90	20	52	70
Centro	34	43	25	9	18
LVT	70	88	5	65	83
Alentejo	10	12	0	10	12
Algarve	8	10	0	8	10
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>243</b>	<b>50</b>	<b>144</b>	<b>193</b>
%	-	-	<b>21-26%</b>	-	-

Fonte: PNCP, 2009; INE - Estimativas da população 2008

No que diz respeito à competência técnica das ECCI para prestar Cuidados Paliativos, os resultados do inquérito efectuado em 2009, tabela 10, indicam-nos a necessidade de um plano de formação destinado a estas equipas.

*Tabela 10. Competências técnicas das ECCI em Cuidados Paliativos*

Competência técnica pelas ECCI para prestar CP	%	Observações
Não tem	38%	-
Tem competência técnica	23%	-
Tem competência mas necessita de apoio de retaguarda especializada	39%	68% Recorre a serviços nos Hospitais; 32% Recorre a outra ECCI.

*Universo de respostas: 57  
Fonte: Inquérito às ECCI (2009)*

#### **2.4.2.2 Interligação com outros programas do PNS**

O Programa Nacional do Controlo de Dor (PNCDOR) de 2008, refere que “...A dor oncológica frequentemente encarada como uma das principais causas de dor crónica, representa uma pequena percentagem de doentes que padecem de dor crónica, no entanto, tem uma importância especial pela patologia referida ser a segunda causa de morte em Portugal e por existir dor moderada a intensa em mais de 90% dos doentes em situação oncológica terminal”. A generalização da avaliação e registo da intensidade da dor poderá ter um impacto muito significativo na terapêutica da dor nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e proporcionar um grande salto qualitativo na humanização dos cuidados por elas prestados.

O cumprimento das orientações da Circular Normativa de 14/6/03 da Direcção Geral de Saúde na qual são obrigatórios o registo e avaliação regular da intensidade da dor em todas as tipologias da RNCCI, constitui uma boa prática clínica e é considerado um dos indicadores de qualidade da prestação de cuidados de saúde RNCCI.

A implementação do Programa Nacional de Controlo da Dor pressupõe a participação e colaboração das várias entidades ligadas ao sector da saúde, nomeadamente os CSP, os Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, interligando-se nas áreas que são tangenciais ao PNCP, como formação específica e ainda medidas de intervenção que visam o reforço da capacidade organizativa e o desenvolvimento de modelos de boas práticas na gestão da abordagem da dor.

O Programa de Desenvolvimento de Prevenção e Controle da Doença Oncológica 2007/2010 em que as **metas operacionais na área de CP para 2010** incluem: Divulgação e implementação dos instrumentos de avaliação de sintomas e qualidade de vida; Criação de uma equipa ou unidade de Cuidados Paliativos em todos os hospitais incluídos na rede de referência; publicação de recomendações para cuidados de suporte e paliativos aos doentes oncológicos. A concretização destas metas serão necessariamente um grande avanço na prestação de Cuidados Paliativos quer seja no âmbito da rede quer para todo o SNS.

Para o próximo triénio 2011 – 2013 reforçar-se-á a articulação com estes e outros programas do Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016, assim como com as sociedades científicas, ordens profissionais e sociedade civil, com o objectivo de melhorar a actuação disciplinar e multidisciplinar na prestação de cuidados paliativos. A experiência de trabalho e a cada vez maior adesão dos profissionais para a constituição de equipas multidisciplinares para a intervenção paliativa activa na doença grave, incurável e progressiva e para o apoio na fase terminal da vida, constitui já uma evidência de que a intervenção paliativa se integra em todos os níveis de cuidados do SNS e é também parte integrante dos cuidados de saúde e de apoio social em que assenta a RNCCI.

#### **2.4.2.3 Modelo conceptual do nível de necessidades dos doentes de CP**

Estudos realizados, estimam que 37,5% dos doentes com necessidades em Cuidados Paliativos sofrem de situações intermédias ou complexas que podem requerer a intervenção de equipas específicas de Cuidados Paliativos e os restantes 62,5% sofrem de situações passíveis de ser resolvidas ao nível dos CSP, embora todos doentes se movimentem em qualquer momento da evolução da doença, nos diferentes níveis cuidados, como na figura seguinte.

*Figura 2. Modelo conceptual do nível de necessidades dos doentes com doença em fase terminal ou avançada*

Estes fluxos são garantidos na RNCCI através dos processos de mobilidade na rede, desde as ECCI, EIHSCP, UCCI, UCP e ECSCP.

Significa que é recomendável uma formação de nível básico em todas as Unidades da RNCCI e de nível avançado para os cuidadores de uma população utente de 37,5% de todos os doentes com necessidades em Cuidados Paliativos.

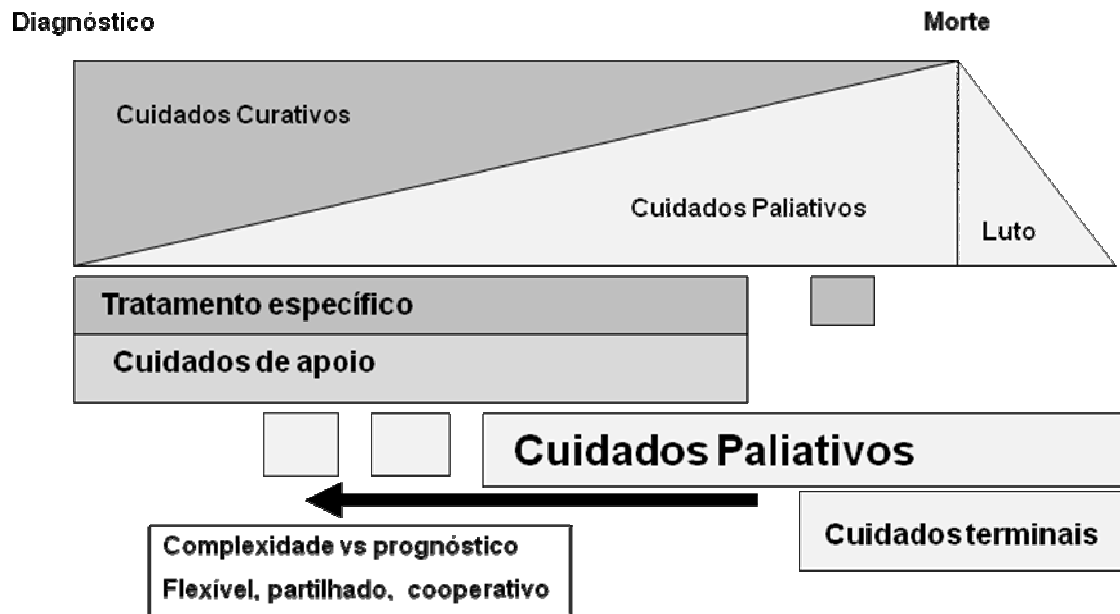
Podemos além destes estudos, a combinar com os de outros autores, em que avançam em estabelecer uma cobertura adequada em equipas de cuidados específicos de Cuidados Paliativos para 60% de doentes oncológicos e de 30% para doentes não oncológicos, tendo em conta somente as 9 causas seleccionadas por McNamara, Insuficiência cardíaca, insuficiência renal, insuficiência hepática, doença pulmonar obstrutiva crónica, doenças neurodegenerativas (esclerose lateral amiotrófica, doença de Parkinson, doença de Huntington, doença de Alzheimer) e HIV/Sida.

Isto quer dizer que cada País pode adequar as respostas às suas necessidades, de acordo com os recursos humanos e financeiros disponíveis.

Observando a figura seguinte podemos observar o Modelo Organizativo de Cuidados Paliativos da OMS, em que os Cuidados Paliativos se aplicam precocemente ao longo da doença, em conjugação com outros tratamentos que, podem prolongar a vida do doente. Este tipo de abordagem de aproximação da equipa para responder as

necessidades do doente/cuidador, permite uma melhor prestação de cuidados que irão influenciar a qualidade de vida e o curso da doença.

Figura 3. Modelo Organizativo de Cuidados de Paliativos, OMS



## 2.5 O CUIDADOR INFORMAL<sup>1</sup> UM RECURSO VALORIZADO

A abordagem multi e interdisciplinar implicam necessariamente uma nova forma de incluir o cuidador informal no plano de cuidados não só a prestar ao doente, como a ele próprio, perante a sua vulnerabilidade, devido ao impacto da doença em quem cuida. Hoje o papel do cuidador tornou-se mais claro e imprescindível, no evoluir de uma sociedade que se quer mais humanizada na prestação integral de cuidados de saúde, que contribui conjuntamente com outros prestadores de cuidados de saúde para o bem-estar físico, psicológico e emocional do doente. Por tudo isto, é necessário protegê-lo do maior risco de doença física e mental, do que a restante população, assim como fazer face às necessidades identificadas.

A RNCCI integra o cuidador informal/familiar no seu programa de cuidados através do Plano de Intervenção Integrado (PII) em todas as tipologias da rede e ainda «A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior (90 dias consecutivos), em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias.». Este cuidador além dos ganhos em saúde que representa para o doente, representa também uma mais-valia económica, sob o ponto de vista de gastos para sistema de saúde e segurança social, tornando-o um pilar importante a ser considerado em qualquer programa de apoio dirigido a estas duas vertentes, centrado no doente com necessidade de cuidados continuados integrados, especificamente na área de Cuidados Paliativos.

Nas situações em que se perde a autonomia para o auto-cuidado, as pessoas recebem apoio dos seus familiares, de acordo com múltiplos estudos acerca desta temática que concluem que “...80% do tempo empenhado em cuidados de saúde é oferecido como assistência informal, frente a 12% do tempo que dedica o sistema formal, incluindo o público e o privado”. Desta forma, pode considerar-se que, são fundamentais para a saúde do indivíduo doente, já que se dá um grande valor aos hábitos e costumes de quem os recebe, incorporando formas personalizadas de cuidar. Sendo assim é necessário considerar os sistemas informais de saúde como recurso importante, tanto para as pessoas doentes como para comunidades e instituições de saúde.

Neste contexto, a família e o meio ambiente social próximo têm de ser considerados desde o início como parte do processo de intervenção. De facto o domicílio é o lugar onde os doentes em fase terminal passam a maior parte do seu tempo e é aqui que os familiares prestam 80 a 90% dos cuidados embora possam vir a morrer no hospital.

---

<sup>1</sup> **Cuidador Informal:** membro da família que ajuda outro, a realizar actividades de vida diária, de uma forma regular (adapt. ANDRADE [et al.], 1999).

Segundo Palliative Care in European, a percentagem de doentes que morrem no seu domicílio, tem sido sugerido como um indicador de qualidade, dado que os doentes preferem permanecer em casa até à morte. Apesar disto, na Europa quase dois terços dos doentes passam os seus últimos dias no hospital.

É provavelmente por este motivo que os cuidadores informais apresentam uma maior morbimortalidade e por isso devem ser alvo de intervenção.

Em Portugal não existem estudos que nos indiquem quantos doentes e quais as principais patologias que se encontram no domicilio *ao cuidado* do cuidador informal.

O reconhecimento das necessidades dos cuidadores e o apoio à implementação de programas de intervenção a eles dirigidos são de primordial importância para que cada um possa decidir em como prestar os melhores cuidados ao seu familiar doente.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE LINHAS ESTRATÉGICAS**



### 3.1 CONSIDERAÇÕES

A evolução dos Cuidados Continuados Integrados na sua vertente de Cuidados Paliativos na maior parte dos países da Europa, conjugado com o avanço técnico-científico nesta área, permitem o conhecimento das características da doença em fase avançada ou terminal, dos critérios de definição dos níveis de cuidados a prestar, a identificação das necessidades das pessoas e as dimensões específicas dos doentes e das famílias que devem ser incluídas no plano de cuidados de Cuidados Paliativos. Existem vários modelos de intervenção, baseados em diferentes graus de complexidade.

Os Cuidados Paliativos no âmbito do PNCP destinam-se essencialmente a doentes que, tenham prognóstico de vida limitado, intenso sofrimento, problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar. Aborda ainda os critérios de prioridade e intervenção que se devem considerar multi-factoriais e relacionados com a complexidade que os doentes apresentam.

As diferentes dimensões da prestação de cuidados ao doente em fase avançada de doença ou terminal são da maior importância, sendo classificados os seus elementos em grandes grupos: avaliação da doença, necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais, necessidades e cuidados na agonia, e processo de luto. Não existem indicadores universalmente reconhecidos para avaliar a eficácia dos Cuidados Paliativos. Melhor qualidade estrutural (rácios de profissionais, população coberta e áreas de cobertura) não significa necessariamente melhores resultados, dado que factores como a motivação e entusiasmo, ou o trabalho voluntário, podem contribuir de forma significativa para os resultados.

A abordagem holística e empática, central nos Cuidados Paliativos, é difícil de avaliar.

O PNCP ao traçar as metas operacionais, chama a atenção das Administrações Regionais de Saúde do seu papel dinamizador local no garantir respostas adequadas e de qualidade para a população abrangida, assegurando a existência de locais de formação diferenciada, respeitando o princípio da continuidade de cuidados e promovendo uma efectiva articulação entre os diferentes tipos e níveis de CP existentes em cada espaço geográfico.

Identifica e define os requisitos estruturais e funcionais: Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-hospitalares de Suporte, Equipas Comunitárias de Suporte.

A estratégia para o desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos é o resultado da avaliação de todo um esforço de implementação já realizado a nível nacional e a realizar, consensualizado com os diferentes profissionais nos diferentes níveis de cuidados. Consubstancia, ainda, a operacionalização do respectivo programa

através de eixos prioritários, estabelecendo princípios orientadores e recomendações e ainda um plano de acção de âmbito nacional e regional, afim de ser concretizado até final de 2013.

Permite a flexibilidade no avanço da operacionalização pelas regiões, que se encontram a níveis diferentes de desenvolvimento do respectivo programa para que no final de 2013 possam em comum, ter atingido todos os objectivos apresentados, de acordo com os eixos prioritários.

### **3.2 EIXO PRIORITÁRIO I - Políticas para captação de recursos e determinação dos modelos organizacionais**

#### **Objectivo Geral 1**

Disponer de um modelo organizativo ao nível de recursos estruturais e humanos de cuidados paliativos, de acordo com as necessidades dos doentes, num processo de continuidade de cuidados nas 5 regiões do País no final de 2013, que dê respostas a todos os doentes com necessidades de Cuidados Paliativos.

#### **Objectivos específicos:**

##### **1.1 Elaboração de um Programa de Cuidados Paliativos, integrado nos planos regionais em todas as regiões do País.**

#### ***Recomendações***

- ✓ Todas as regiões devem dispor de um programa regional de Cuidados Paliativos no final de 2013, com objectivos e metas operacionais, que inclua níveis de cuidados, dependências orgânicas e funcionais, garantia da qualidade, indicadores de monitorização e avaliação.

**1.2 Que todas as equipas que prestam Cuidados Paliativos incluindo as domiciliárias, tenham um referencial de apoio, e em particular para casos de maior complexidade.**

***Recomendações***

- ✓ Melhorar os canais de comunicação informais com os “target services”, incluindo com as unidades de dor;
- ✓ Incentivar a criação de uma consulta intra-hospitalar;
- ✓ Promover a criação de lugares de internamento de curta duração;
- ✓ Promover a “visita de articulação”/familiarização do utente com as equipas de CP;
- ✓ Estabelecer uma rede de referências regionais para os casos de maior complexidade.

**1.3 Proporcionar Cuidados Paliativos a todos os doentes que se encontram a viver em residências assistidas, lares, instituições, em igualdade de condições relativamente à população em geral.**

***Recomendações***

- ✓ Melhorar a interligação a nível local com as entidades supra mencionadas com fim ao levantamento das necessidades em CP;
- ✓ Facilitar a acessibilidade das equipas de CP às respectivas entidades;
- ✓ Cursos de formação em CP a cuidadores e trabalhadores destes serviços.

**1.4 Implementar um sistema de apoio e acompanhamento dos aspectos emocionais dos profissionais que trabalham com doentes em fase avançada/terminal.**

***Recomendações***

- ✓ Interligar a nível regional com as Faculdades de Psicologia no apoio e supervisão<sup>2</sup>, através de parcerias /Protocolos;
- ✓ Desenvolver protocolos e medidas específicas para identificação de riscos e vulnerabilidades nomeadamente, o stress, a necessidade de descanso, apoio emocional e reconhecimento do trabalho realizado.

---

<sup>2</sup> Se entende supervisão, um sistema externo de reflexão e análise de situações vinculadas a relações emocionais e assistencial com doentes e familiares, assim como a dinâmica relacional das equipas profissionais em Cuidados Paliativos.

## **Objectivo Geral 2**

### **1.1 Garantir a mobilidade entre os diferentes níveis da REDE de forma célere para Cuidados Paliativos.**

#### ***Recomendações***

- ✓ Adequar a nível regional medidas que garantam resposta célere para os casos identificados;
- ✓ Promover a gestão activa das listas de espera, com priorização dos utentes;
- ✓ Garantir a resposta adequada às necessidades do doente/cuidador informal;

## **Objectivo Geral 3**

### **1.1 Valorizar o cuidador informal como um dos factores importantes no conforto e bem-estar do doente.**

#### ***Recomendações***

- ✓ Valorizar a eventual solicitação para descanso do cuidador informal, como uma resposta de melhoria de prestação de cuidados de saúde;
- ✓ Garantir a educação/informação/formação dos cuidadores e valorizar o seu papel na prestação de cuidados;
- ✓ Estabelecer as parcerias necessárias (nomeadamente faculdades) de modo a identificar/impulsionar/treinar acções de voluntariado tendo em vista, a criação de um movimento de voluntariado específico para CP.

### 3.3 EIXO PRIORITÁRIO II - Garantia da qualidade de cuidados

#### Objectivo Geral 4

Em final de 2013, proporcionar aos doentes com doença em fase avançada ou terminal, assim como os seus familiares/cuidadores, cuidados de saúde adequados e integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) por via da RNCCI.

#### Objectivos específicos:

##### 1.1 Identificar os doentes com doença em fase avançada ou terminal.

###### *Recomendações*

- ✓ Adoptar critérios de definição e identificação de situações com necessidades de cuidados paliativos nos diferentes níveis de cuidados, CSP, CH, RNCCI, baseados nos “Gold Standards Framework”.

##### 1.2 Dispor de um plano terapêutico e de cuidados interdisciplinar, Plano Individual de Intervenção (PII), instrumento de trabalho a aplicar a todos os doentes que necessitem de CP.

###### *Recomendações*

- ✓ Incluir neste instrumento a caracterização da dor e outros sintomas onde constem a identificação de critérios de risco de descompensação, a capacidade funcional e o nível de dependência, a valorização cognitiva, a avaliação psicossocial, plano terapêutico, plano individual intervenção;
- ✓ Aplicar a todas as equipas a trabalhar em CP o instrumento de trabalho definido;
- ✓ Aplicar o instrumento de avaliação de sintomas, com uma periodicidade estabelecida, para todos os serviços/equipas para prestação de CP;
- ✓ Dar cumprimento às recomendações para cuidados de suporte e paliativos aos doentes oncológicos (Meta para 2010 - Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Doença oncológica);
- ✓ Promover o ensino ao utente (*advanced care planning*) – perspectivar uma lista de cenários previsíveis de necessidades de CP.

**1.3 Avaliar a família do doente, com especial ênfase no cuidador principal, com o objectivo de prevenir a fadiga, promover o auto-cuidado e confiança na equipa.*****Recomendações***

- ✓ Adotar uma escala para avaliação do estado de saúde do principal cuidador;
- ✓ Monitorizar o impacto na RNCCI da procura do tipo internamento para descanso do cuidador e identificar o problema de saúde que mais contribuiu para esta solicitação;
- ✓ Avaliar a necessidade de apoio psicossocial no processo de luto, após a morte.

**1.4 Avaliar a capacidade para o cuidar e proporcionar apoio educativo aos cuidadores.*****Recomendações***

- ✓ Valorizar e figurar em destaque no plano individual de intervenção o cuidador principal do doente e a sua rede de apoio sócio familiar;
- ✓ Promover o ensino do cuidador informal (presencial ou telefónico), assim como o seu reforço;
- ✓ Implementar um protocolo de identificação do risco de “falha” do Cuidador principal;
- ✓ Implementar de um protocolo de risco de dor patológica, onde se incluirá as crianças, adolescentes, conjugues de idade avançada e pessoas com pouco/sem apoio social;
- ✓ Estabelecer protocolos com serviços especializados (Psicologia, psiquiatria) em caso de dor complexa.

**1.5 Monitorização contínua dos doentes a quem são prestados CP em fase de avançada ou terminal no âmbito das UCP.*****Recomendações***

- ✓ Desenvolver um Sistema de Informação para CP.
- ✓ Monitorizar em especial as úlceras de pressão, quedas, síndromes confusionais e as incontinências.
- ✓ Reconhecer/identificar os doentes com dificuldade de expressão oral da dor e avaliá-la através de observação directa dos cuidadores informais.
- ✓ Avaliar sistematicamente a satisfação dos doentes e famílias a quem são prestados cuidados.

## **Objectivo Geral 5**

Proporcionar a todos os doentes com doença em fase avançada ou terminal os melhores cuidados baseados nas melhores práticas e evidência científica.

### **Objectivos específicos:**

#### **1.1 Aplicar o modelo de intervenção dos Cuidados Paliativos, transversais ao longo da doença, até fase terminal.**

##### ***Recomendações***

- ✓ Melhorar a “Informação” e formação básica em Cuidados Paliativos junto de todos os profissionais de saúde;
- ✓ Dirigir “ Campanha de Informação” ao cidadão sobre Cuidados Paliativos.

#### **1.2 Implementar guias de actuação para a prática clínica de acordo com critérios de qualidade estabelecidos no SNS.**

##### ***Recomendações***

- ✓ Elaborar guias de prática clínica, com a colaboração e consenso dos diferentes profissionais e de acordo com a complexidade de cuidados.
- ✓ Estabelecer um plano para proceder à sua divulgação.
- ✓ Promover projectos-piloto de intervenção paliativa e proceder à sua divulgação.

## **3.4 EIXO PRIORITÁRIO III - Formação e investigação**

### **Princípio**

Sendo a patologia oncológica a maior procura de internamento na rede para as tipologias de cuidados paliativos até ao momento, a acessibilidade ao tratamento da dor oncológica, torna-se assim, num imperativo de natureza ética e num direito do doente com cancro, impedindo que a fatalidade da doença continue a ser acompanhada pela expectativa de um sofrimento doloroso inevitável. Deve ser considerada como uma experiência sensorial, emocional, social, subjectiva e desagradável.

A formação é um dos pilares básicos de desenvolvimento de Cuidados Paliativos, inscrevendo-se esta nos diferentes níveis de prestação de cuidados dos diferentes profissionais, mas também na criação de “*padrões*” formativos e certificação de competências para implementação curricular de futuros profissionais.

O objectivo da formação básica é permitir conhecimentos para a acção paliativa e ainda reconhecer o encaminhamento adequado dos doentes para os diferentes níveis de Cuidados Paliativos.

A UMCCI fez o levantamento ao nível das tipologias da RNCCI que prestam Cuidados Paliativos, dos profissionais com formação na área de Cuidados Paliativos, sendo da responsabilidade das ECR a identificação de necessidades formativas. A prestação de cuidados paliativos no âmbito da rede obriga a formação específica (ponto 2, art.40 do Dr.nº101/2006 de 6 de Junho).

Neste contexto a UMCCI estabeleceu os seguintes princípios para a formação:

- ✓ **Parceria com o Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. ( IPOLFG )** que será um centro de referência em Cuidados Paliativos, com vertentes de formação teórico-prática e consultoria especializada;
- ✓ **Formação de cerca de 1.000 profissionais** que prestam cuidados, nas unidades de internamento da RNCCI em Dor Crónica e Cuidados Paliativos;
- ✓ ***Mentoring* específico**

## **Objectivo Geral 6**

Estabelecer em conjunto com o Coordenador Programa Nacional de Controlo da Dor um cronograma de implementação de formação nesta área, tendo em conta as necessidades da RNCCI e dando prioridade aos recursos já existentes em campo.

### **Objectivos específicos:**

**1.1 Garantir que todos os profissionais a trabalhar em CP, disponham de formação adequada ao nível de cuidados que prestam.**

#### ***Recomendações***

- ✓ Desenvolver a criação de centros de referência para formação a nível regional;
- ✓ Promover o levantamento das necessidades de formação dos profissionais de CP nas diferentes áreas profissionais a nível regional;



- ✓ Estimular/Promover periodicamente programas de formação continua em CP por área profissional e/ ou multidisciplinaridade a nível regional com definição de cronograma e conteúdos formativos a ser publicitada anualmente;
- ✓ Garantir formação aos profissionais de acordo com o nível de complexidade dos doentes ao seu cuidado.

## **1.2 Chamar a atenção de outras áreas profissionais a trabalhar em CP para a formação específica e a importância do trabalho interdisciplinar de apoio ao doente / cuidador informal.**

### ***Recomendações***

- ✓ Incentivar a formação junto de todos os médicos dos CSP para a referenciação dos utentes com necessidades de CP;
- ✓ Promover junto de outras áreas com relevância no apoio ao doente/cuidador informal (psicologia, sociologia, fisioterapia, e outras), uma formação específica, para trabalhar com este tipo de doentes;
- ✓ Promover a discussão inter-pares;
- ✓ Valorizar a “ Espiritualidade” como um factor de conforto e bem-estar do doente.

## **Objectivo Geral 7**

### **1.1 Definir a nível nacional, regional e local as áreas de investigação prioritárias e promover mecanismos de financiamento, junto Ministério da Saúde, organizações não-governamentais, dedicadas à investigação e estudo do cancro e outras doenças crónicas incapacitantes.**

#### ***Recomendações***

- ✓ Fazer levantamento e publicitar o nº de trabalhos e artigos publicados, financiados e ou com apoio da UMCCI e ainda Projectos específicos que acrescentem valor à RNCCI na área de CP;
- ✓ Estimular as sociedades científicas, ordens profissionais e outras a desenvolver conteúdos prioritários a investigar;
- ✓ Promover a criação de redes temáticas em CP de uma forma integrada e interdisciplinar;
- ✓ Promover estudos de potenciais necessidades da RNCCI de uma possível cobertura telefónica de 24 horas todos os dias da semana ao doente e seus cuidadores informais no domicílio de uma forma integrada, evitando a

utilização desnecessária dos serviços de urgência e internamento (preferencialmente de âmbito regional e articulada com a rede de referência por complexidade).

### **3.5 EIXO PRIORITÁRIO IV - Monitorização contínua e avaliação**

#### **Objectivo Geral 8**

Integrar no Sistema de Informação da RNCCI o registo dos dados mínimos necessários à monitorização das boas práticas em CP.

#### ***Recomendações***

Todas as regiões devem proceder à monitorização sistemática e periódica com indicadores consensuais a nível nacional, nomeadamente os que vierem a ser estabelecidos no PNS 2011 – 1016.

### **3.6 INDICADORES E METAS**

#### **Indicadores**

No que respeita aos indicadores para monitorização e avaliação da qualidade de cuidados, serão publicados pela UMCCI, seguindo as orientações da OMS e do Parlamento Europeu “a garantia da qualidade dos cuidados paliativos é necessária mas a discussão sobre avaliação da qualidade e monitorização óptima ainda está em aberto”. Quanto a outros indicadores de avaliação estão incluídos no Q.2.

#### **Metas**

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos – 2010 assim como a Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011 – 2013 apresentam as metas operacionais a atingir anualmente até ao final da sua implementação 2013, Q.1., Q.2.

As metas apresentadas reflectem as necessidades de saúde em Cuidados Paliativos de Portugal Continental e estabelecem um número de indicadores possíveis de determinar, de forma que todos os intervenientes aos diferentes níveis da prestação e organização de cuidados acompanhem o desenvolvimento do respectivo programa.

Tabela 11. Metas do Programa Nacional de Cuidados Paliativos para 2013

<b>METAS DO PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA 2013</b>			
	<b>Metas para 2011</b>	<b>Metas para 2012</b>	<b>Metas para 2013</b>
<b>Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)</b>	em 60% dos hospitais com mais de 250 camas	em 80% dos hospitais com mais de 250 camas	em 100% dos hospitais com mais de 250 camas
<b>Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)</b>	3	a determinar de acordo com as necessidades identificadas	a determinar de acordo com as necessidades identificadas
<b>Equipas Cuidados Continuados Integrados com competência em Cuidados Paliativos</b>	40	–	1 ECCI por UCC
<b>Número de lugares de internamento de Cuidados Paliativos integradas em hospitais de agudos*</b>	50	–	194 a 243 LI
<b>Número de lugares de internamento de Cuidados Paliativos integradas na RNCCI**</b>	126	163	324 a 405 LI
<b>Número de lugares noutras tipologias da RNCCI com competência em Cuidados Paliativos***</b>	a determinar		130 a 162 LI****

Tabela 12. Metas Operacionais do Programa Nacional de Cuidados Paliativos para 2013

<b>METAS OPERACIONAIS DO PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA 2013</b>			
	<b>Metas para 2011</b>	<b>Metas para 2012</b>	<b>Metas para 2013</b>
<b>Demora média de admissão nas Unidades de Cuidados Paliativos da REDE</b>	48h a 72h	48h	24h
<b>Taxa de ocupação das Unidades de Cuidados Paliativos da REDE</b>	> ou =85%	> ou =85%	> ou =85%
<b>Número de doentes admitidos para CP, para descanso do Cuidador informal</b>	70% dos referenciados para CP, para descanso do cuidador	85% dos referenciados para CP, para descanso do cuidador	100% dos referenciados para CP, para descanso do cuidador
<b>Número de regiões com Programa Regional anual de CP</b>			100%
<b>Número de regiões que implementaram monitorização contínua e sistemática</b>			100%
<b>Número de regiões com plano de formação para profissionais em CP</b>			100%
<b>Número de centros de referência para formação teórico-prática</b>	2	3	5
<b>Número de auditorias de âmbito clínico/regional</b>	50% das unidades	70% das unidades	90% das unidades
<b>Número de auditorias de âmbito organizacional/regional</b>	50% das unidades	70% das unidades	90% das unidades

\*20 a 30% dos lugares nacionais

\*\*50% dos lugares nacionais

\*\*\*20% dos lugares nacionais

\*\*\*\*nº de possíveis vagas ocupadas por doentes com necessidades de CP

## **4. PLANO DE ACÇÃO**

## 4.1 LINHAS DE ACÇÃO

O Plano de Acção para o próximo triénio que de seguida se apresenta tem em conta os objectivos definidos no PNCP, o diagnóstico de situação actual para os CP e ainda, os eixos prioritários apresentados no capítulo anterior. Nesse sentido as linhas de acção são:

- 1. Consolidar o PNCP:** incorporar o PNCP no SNS como uma política de saúde pública, desenvolvida de forma integrada, sustentável e com os recursos adequados para responder às necessidades existentes;
- 2. Melhorar a qualidade assistencial:** garantir a qualidade na organização e prestação de cuidados ao longo de todo o continuum assistencial de acordo com as melhores práticas organizativas e assistenciais;
- 3. Promover as competências técnicas das equipas e a investigação científica:** assegurar que todos os profissionais que coordenam o PNCP e que aqueles que prestam cuidados directos a utentes com doença avançada e progressiva dispõem das competências necessárias de acordo com a tipologia de serviço em que se encontram e o seu perfil profissional. Distinguir as competências clínicas das organizativas. Integrar a produção de conhecimento científico como medida para a adequação do modelo e qualificação das equipas;
- 4. Desenvolver massa crítica e disseminar os resultados:** impulsionar a criação de uma *pool* de agentes (políticos, prestadores, profissionais, sociedade civil) comprometidos com o desenvolvimento do PNCP.

#### **4.1.1 Consolidar o PNCP**

---

DESCRIÇÃO: incorporar o PNCP no SNS de forma integrada, sustentável e com os recursos adequados para responder às necessidades existentes.

---

##### **4.1.1.1 Garantir a Liderança**

**Acções:**

1. Nomear formalmente os referentes técnicos que em cada região coordenarão a implementação do PNCP;
2. Desenvolver os mecanismos de articulação e comunicação entre a coordenação nacional e regional;
3. Definir um Plano de formação dirigida aos líderes nacionais e regionais;
4. Criar parcerias estratégicas a nível nacional e regional que acrescentem valor ao PNCP;
5. Elaborar um Plano anual de acção por região;
6. Elaborar o Plano nacional de acção para o triénio 2013-2016 e garantir a sua execução.

##### **4.1.1.2 Avaliar as necessidades e planear a oferta de cuidados de forma faseada**

**Acções:**

1. Elaborar os Programas de Cuidados Paliativos integrados nos planos regionais no final de 2013;

2. Definir as respostas com base nas necessidades de cobertura populacional contemplando diferentes modelos de organização por área demográfica (urbana, semi-urbana, rural) e incluindo todas as tipologias de serviços (específicos e convencionais);
3. Ajustar anualmente o planeamento às necessidades de cobertura populacional e à capacidade de implementação;
4. Elaborar planos anuais regionais de implementação identificando:
  - As possibilidades de optimização/ aproveitamento dos recursos já existentes;
  - Novos recursos;
  - A existência de equipas com as competências técnicas necessárias para assegurar a prestação de cuidados;
  - Áreas de referência que reúnam características para se constituírem como áreas exemplares/ cuidados de excelência;
  - Atribuição de mérito às Unidades consideradas com “Cuidados de Excelência.”

#### **4.1.1.3 Implementar respostas**

##### **Acções:**

1. Implementar os planos de acção anuais regionais e nacionais consentâneos com o PNCP;

#### **4.1.1.4 Definir os recursos necessários e garantir a sua disponibilidade e sustentabilidade**

##### **Acções:**

1. Definir e alocar anualmente as verbas destinadas à implementação do PNCP;



2. Avaliar os custos totais (indirectos e directos) por cada tipologia de equipa;
3. Definir os recursos humanos, materiais e físicos mínimos necessários em cada tipologia específica de Cuidados Paliativos;
4. Incluir nos contratos os requisitos de recursos humanos, materiais e físicos, por tipologia específica de Cuidados Paliativos;
5. Garantir a disponibilidade dos medicamentos opióides elencados no prontuário terapêutico;
6. Garantir a disponibilidade de ajudas técnicas e de serviços de apoio social;

#### **4.1.1.5 Favorecer a integração de cuidados e a articulação de recursos**

##### **Acções:**

1. Realizar acções de sensibilização e informação sobre o valor de uma prestação de cuidados paliativos precoce e integrada com a prestação de outros cuidados de saúde;
2. Definir e desenvolver a articulação do PNCP com outros programas de saúde afins, nomeadamente o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Oncológica e Programa Nacional de Controlo da Dor;
3. Definir e desenvolver mecanismos de coordenação e articulação com os serviços de apoio social, garantindo a sua disponibilidade especialmente para utentes que recebam cuidados paliativos domiciliários.

#### **4.1.1.6 Elaborar e gerir os procedimentos necessários para o correcto funcionamento dos serviços**

##### **Acções:**

1. Incluir os critérios de admissão definidos no sistema de registo e referenciação da RNCCI;
2. Definir o conjunto mínimo de informação a constar na referenciação;
3. Definir o conjunto de informação mínima para o sistema de registo e monitorização e a periodicidade de registo por parte das equipas prestadoras;
4. Possibilitar o acesso à informação agregada a nível regional por parte das equipas coordenadoras regionais;
5. Definir a informação de gestão a disponibilizar à Coordenação nacional/regional e a sua periodicidade;
6. Elaborar um Plano de formação e desenvolver acções de formação no âmbito da organização funcional e na utilização dos instrumentos do PNCP.

#### **4.1.1.7 Desenhar e implementar as ferramentas de monitorização e controlo dos resultados**

##### **Acções:**

1. Definir e incluir indicadores Cuidados Paliativos nos contratos das equipas prestadoras;
2. Divulgar periodicamente os resultados obtidos.

#### 4.1.1.8 Garantir a avaliação contínua

##### Acções:

1. Monitorizar e avaliar o desenvolvimento do Plano de acção nacional;
2. Monitorizar e avaliar o desenvolvimento dos Planos de acção regionais;
3. Utilizar os resultados das avaliações para propor medidas de melhoria e evolução contínua visando constituir-se como Projecto Demonstrativo da OMS, de acordo com o PNCP;
4. Avaliar periódica e sistematicamente os resultados dos contratos com os prestadores;
5. Analisar de forma periódica os indicadores - chaves de resultados específicos para Cuidados Paliativos, constantes em documento a elaborar;
6. Realizar estudos comparativos de âmbito nacional e internacional;
7. Monitorizar a execução financeira dos Planos;
8. Verificar o cumprimento dos requisitos de recursos humanos, materiais e físicos definidos para as equipas prestadoras.

#### 4.1.2 Melhorar a qualidade assistencial

---

DESCRIÇÃO: Garantir a qualidade na organização e prestação de cuidados ao longo de todo o contínuo assistencial de acordo com as melhores práticas organizativas e assistenciais.

---

#### **4.1.2.1 Garantir os cuidados no serviço e em tempo adequados**

##### **Acções:**

1. Formar os profissionais no âmbito da sinalização e referenciação de utentes com necessidades de Cuidados Paliativos;
2. Elaborar um plano de comunicação que:
  - Informe os profissionais do valor positivo dos cuidados paliativos;
  - Estenda o conhecimento de que não são opostos aos curativos (podem coexistir) e que quanto mais precocemente se detectem as necessidades de Cuidados Paliativos mais efectivos são estes cuidados, os quais não são exclusivos para utentes oncológicos;
  - Sensibilize para a importância da prestação de cuidados de proximidade e, se possível, no domicílio sempre que estejam reunidas as condições que garantam a qualidade dos cuidados e a segurança do utente;

#### **4.1.2.2 Assegurar a prestação holística de cuidados**

##### **Acções:**

1. Avaliar os doentes e o seu contexto familiar de forma multi e interdisciplinar, assegurando que as necessidades físicas, sociais, emocionais e espirituais são adequadamente avaliadas e respondidas;
2. Elaborar um Plano Individual de Intervenção, interdisciplinarmente, para cada utente;
3. Implementar e avaliar periodicamente o Plano Individual de Intervenção por utente;
4. Definir para cada caso a periodicidade de comunicação com o utente e a família e identificar um interlocutor da equipa;

5. Incluir na história clínica o grau de conhecimento do utente e familiar/ cuidador informal do seu estado de saúde e prognóstico;
6. Integrar na história clínica, na informação de referenciação e na nota de alta as preferências do utente em relação ao processo de cuidados e expectativas em relação ao local da morte;
7. Identificar e prestar apoio específico no processo de luto patológico;
8. Elaborar guias de actuação sobre a intimidade e o conforto do utente;
9. Criar comissões de Deontologia e Bioética.

#### **4.1.2.3 Garantir a continuidade na prestação de cuidados**

##### **Acções:**

1. Identificar e preparar a data prevista de alta a partir do momento de admissão do utente, se for o caso;
2. Incluir no registo de referenciação/ nota de alta a identificação do serviço precedente, o médico/ enfermeiro responsável, contactos directos e disponibilidade;
3. Promover o desenvolvimento e elaboração de protocolos assistenciais e guias clínicos transversais envolvendo os profissionais dos diferentes níveis de cuidados e tipologias de serviços existentes em cada zona;
4. Facilitar a comunicação e coordenação através da implementação de tecnologias da informação e comunicação.

#### **4.1.2.4 Fomentar a literacia em saúde do utente e o apoio ao cuidador informal**

##### **Acções:**

1. Comunicar ao utente os objectivos terapêuticos definidos pela equipa e proceder à sua revisão em conjunto;
2. Manter uma comunicação adequada e personalizada, com intensidade e recursos consonantes com as necessidades de cada caso;
3. Educar o cuidador/família e o utente na prestação de cuidados/ auto-cuidado;
4. Apoiar a tomada de decisões do utente e família/ cuidador informal, através do esclarecimento sobre o processo de cuidados;
5. Elaborar guias de informação sobre os Cuidados Paliativos dirigidos a utentes e cuidadores/familiares.

#### **4.1.2.5 Desenvolver mecanismos de apoio ao cuidador formal**

##### **Acções:**

1. Definir metodologias para a identificação precoce de sintomas de *burnout* dos profissionais das equipas;
2. Prestar apoio aos profissionais com *exaustão*

#### **4.1.2.6 Promover boas práticas na prestação de cuidados**

##### **Acções:**

1. Elaborar guias de boa prática assistencial de acordo com os princípios e recomendações emanadas por organismos com reconhecido valor científico;
2. Divulgar formulário com os medicamentos mais utilizados em Cuidados Paliativos, de acordo com princípios e recomendações internacionais.

#### 4.1.2.7 Promover e avaliar a qualidade da prestação de cuidados

##### Acções:

1. Definir o núcleo de indicadores centrais e as metas de qualidade;
2. Incluir o núcleo de indicadores e metas a atingir nos contratos a celebrar com as equipas prestadoras de Cuidados Paliativos;
3. Realizar anualmente inquéritos de satisfação a profissionais, utentes e cuidadores em todas as tipologias de prestação de cuidados;
4. Incentivar/Apoiar a criação de “Fóruns” de discussão participativa com entidades nacionais e internacionais prestadoras de cuidados paliativos, assim como a participação de utentes, familiares e representantes da sociedade civil;
5. Realizar auditorias externas em todas as tipologias (internamento, ambulatório, domicílio) com mais de um ano de funcionamento;
6. Incluir a realização de auditorias internas como requisito obrigatório nos contratos e definir a sua periodicidade.

### **4.1.3 Promover as competências técnicas das equipas e a investigação científica**

---

DESCRIÇÃO: Assegurar que todos os profissionais que prestam cuidados a utentes com doença avançada e progressiva dispõem das competências identificadas como necessárias de acordo com a tipologia de serviço em que se encontram e o seu perfil profissional.

Apoiar a qualificação dos serviços na organização e prestação de Cuidados Paliativos através da geração de conhecimento científico.

---

#### **4.1.3.1 Formação**

##### **Acções:**

1. Proceder um levantamento das competências teóricas e práticas dos profissionais, por tipologia e perfil profissional;
2. Elaborar e desenvolver Planos anuais de formação com base nas necessidades de formação identificadas. Os planos devem incluir:
  - Componente teórica;
  - Componente prática: estágios;
3. Elaborar e desenvolver um Plano de Formação específico para profissionais de serviços convencionais (Medicina Geral e Familiar e Enfermagem) que inclua no seu programa:
  - A identificação de utentes com necessidades de Cuidados Paliativos;
  - A gestão dos principais sintomas;
4. Elaborar e desenvolver *Workshop* conjunto em CP, para a equipa de coordenação nacional e equipas regionais;
5. Elaborar e desenvolver um plano de formação dirigido a utentes, familiares/cuidador principal e voluntariado;



6. Elaborar e desenvolver um plano de formação para a integração de novos profissionais nas equipas específicas de Cuidados Paliativos;
7. Elaborar e desenvolver um plano de formação para suporte à prestação de Cuidados Paliativos a grupos de patologias específicos (e.g. doenças neurológicas rapidamente progressivas, SIDA);
8. Definir o Plano de formação e desenvolver formação específica no âmbito da utilização de medicamentos opióides;
9. Realizar e divulgar a avaliação dos programas/ acções de formação;
10. Criar centros de referência que preste formação teórica de pré-graduação e pós-graduação e formação prática a nível regional, nacional.
11. Sensibilizar as entidades competentes para a importância da integração de cuidados paliativos nos curriculuns de medicina e enfermagem, quer em cursos de pré-graduação quer pós-graduação;
12. Sensibilizar as entidades competentes para a importância de incluir os Cuidados Paliativos nos programas de estágios/ aulas práticas/ internato;
13. Sensibilizar áreas afins nomeadamente a psicologia, técnico de serviço social, fisioterapia e outras para definirem um plano de formação específica em Cuidados Paliativos.

#### **4.1.3.2 Investigação**

##### **Acções:**

1. Iniciar/ reforçar linhas de investigação, para todos os serviços de Cuidados Paliativos. (Hospitais, RNCCI, CSP), Sociedades científicas, Ordens profissionais, Universidades e Outros.

#### **4.1.4 Desenvolver massa crítica**

---

DESCRIÇÃO: Impulsionar a criação de um *pool* de agentes (políticos, prestadores, profissionais, sociedade civil) comprometidos com o desenvolvimento do PNCP.

---

##### **4.1.4.1 Impulsionar uma ampla participação e compromisso na implementação do plano de acção por parte das equipas de coordenação regional, prestadores da RNCCI, profissionais e sociedade civil**

###### **Acções:**

1. Elaborar e desenvolver um plano de comunicação que divulgue o PNCP e o Plano de acção bem como os seus avanços;
2. Programar e realizar seminários de reflexão crítica com diversos agentes (e.g., prestadores, profissionais, associações, ....);
3. Elaborar e desenvolver programas de incorporação de voluntariado nas equipas: definir os critérios de selecção, o programa de formação, condições de participação;
4. Realizar um inquérito à população que permita conhecer o que pensa sobre a morte digna e as suas expectativas em relação à própria morte;
5. Informar as entidades competentes das necessidades de apoio ao cuidador informal que facilitem a disponibilidade efectiva na prestação de cuidados.

#### 4.1.4.2 Garantir a visibilidade social e científica

##### Acções:

1. Elaborar e desenvolver um plano de comunicação que informe a sociedade civil, os técnicos e políticos sobre:
  - O que são os Cuidados Paliativos;
  - Os seus objectivos;
  - Quem e como deve ser referenciado;
  - Quais são os serviços que se prestam;
  - N.º prestadores existentes.
2. Planear e realizar acções para sensibilizar a comunicação social para a criação de informação válida e não sensacionalista, reservando os direitos das famílias e utentes;
3. Planear e realizar actividades de benchmarking interno e externo;
4. Realizar estudos de resultados e publicá-los em revistas científicas reconhecidas;
5. Definir e desenvolver as acções para implementação do PNCP para obter o reconhecimento como Projecto Demonstrativo da OMS.

## 4.2 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO

### OBJECTIVO 1: CONSOLIDAR O PNCP

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
<b>1.1. Garantir a liderança</b>	1. Nomear formalmente o referente técnico que na UMCCI coordenará a implementação do PNCP.			
	2. Definir e desenvolver os mecanismos de articulação e comunicação entre a coordenação nacional e regional.			
	3. Definir um plano de formação contínua dirigida aos líderes nacionais e regionais.			
	4. Criar parcerias estratégicas a nível nacional e regional que acrescentem valor ao PNCP.			
	5. Elaborar o Plano Anual de Acção por região.			
	6. Rever e validar pela coordenação nacional os Planos Anuais de Acção regionais.			
<b>1.2. Estudar as necessidades e planear a oferta de cuidados de forma faseada</b>	1. Definir as respostas com base nas necessidades de cobertura populacional, contemplando diferentes modelos de organização por área demográfica (urbana, semi-urbana, rural) e todas as tipologias de serviços (específicos e convencionais).			

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
			1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
<b>1.2. Estudar as necessidades e planear a oferta de cuidados de forma faseada (cont.)</b>	2. Ajustar anualmente o planeamento às necessidades e à capacidade de implementação.	UMCCI/ECR			
	3. Elaborar planos anuais/regionais e plano nacional de implementação, identificando oportunidades de: optimização/aproveitamento de recursos já existentes; novos recursos; equipas com as competências técnicas necessárias; áreas de referência (reunir características de áreas exemplares).	UMCCI/ECR			
<b>1.3. Implementar</b>	1. Implementar os planos de acção anuais, regionais e nacional	UMCCI/ECR			
<b>1.4. Definir os recursos necessários e garantir a sua disponibilidade</b>	1. Definir e alocar anualmente verbas destinadas à implementação do PNCP.	Verbas transferidas para cada ARS/ verbas previstas.			
	2. Avaliar os custos totais (indirectos e directos) por cada tipologia de equipa;	UMCCI			

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
<b>1.4. Definir os recursos necessários e garantir a sua disponibilidade (cont.)</b>	3. Definir os recursos humanos, materiais e físicos mínimos necessários por tipologia específica de Cuidados Paliativos.			
	4. Incluir nos contratos-programa os requisitos relativos aos recursos humanos, materiais e físicos por tipologia específica de Cuidados Paliativos.			
	5. Garantir a disponibilidade dos medicamentos opióides definidos no prontuário terapêutico.			
	6. Garantir a disponibilidade de ajudas técnicas e de serviços de apoio social			
<b>1.5. Integrar cuidados e articular recursos</b>	1. Realizar acções de sensibilização e de informação sobre o valor da prestação de cuidados paliativos precoce e integrada com a prestação de outros serviços.			
	2. Definir e realizar actividades de coordenação do plano com outras actividades de planos de saúde afins.			
	3. Definir e implementar mecanismos de coordenação e de articulação com os serviços de apoio social.			

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
<b>1.6. Elaborar e gerir os processos necessários para o desenvolvimento do Plano Nacional de Cuidados Paliativos</b>	1. Incluir os critérios de admissão registos no sistema de registo e monitorização.			
	2. Definir o conjunto de informação mínima para o sistema de registo e monitorização e a periodicidade do registo de actividade das equipas prestadoras.			
	3. Definir o conjunto de informação mínima para o sistema de registo e monitorização e a periodicidade de registo por parte das equipas prestadoras			
	4. Possibilitar o acesso à informação agregada a nível regional por parte das equipas coordenadoras de cada região.			
	5. Definir a informação de gestão a disponibilizar à coordenação nacional/regional e a sua periodicidade.			
	6. Elaborar um Plano de Formação e desenvolver acções de formação no âmbito da organização funcional e utilização dos instrumentos do Programa.			
<b>1.7. Definir indicadores e metas de resultados</b>	1. Definir e incluir indicadores e metas de CP nos contratos-programa das equipas prestadoras.			
	2. Divulgar periodicamente os resultados obtidos.			

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
<b>1.8. Garantir a avaliação contínua: as decisões devem ser baseadas na evidência para melhorar os resultados</b>	1. Monitorizar e avaliar o desenvolvimento do Plano de Acção Nacional.			
	2. Monitorizar e avaliar o desenvolvimento dos Planos de Acção Regionais.			
	3. Utilizar os resultados das avaliações para propor medidas de melhoria e evolução contínua, visando constituir-se enquanto projecto demonstrativo da OMS.			
	4. Avaliar periódica e sistematicamente os resultados dos contratos com os prestadores.			
	5. Realizar estudos comparativos de âmbito nacional e internacional.			
	6. Monitorizar a execução financeira dos planos.			
	7. Verificar o cumprimento dos requisitos de recursos humanos, materiais e físicos definidos para as equipas prestadoras.			



**OBJECTIVO 2: MELHORAR A QUALIDADE ASSISTENCIAL**

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
2.1. Garantir o suporte sempre e quando exista necessidade, no serviço e em tempo adequado	1. Formar profissionais no âmbito da sinalização e referência de utentes com necessidades de CP.			
	2. Elaborar um plano de comunicação.			
2.2. Assegurar a prestação de cuidados holísticos	1. Avaliar de forma multi e interdisciplinar e assegurar que as necessidades são respondidas.	<b>ACTIVIDADES CONTÍNUAS E INERENTES À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</b>		
	2. Elaborar um PII interdisciplinarmente para cada utente.			
	3. Implementar o PII.			
	4. Definir para cada utente a periodicidade da comunicação com o utente/família e identificar um interlocutor.			
	5. Incluir na história clínica o grau de conhecimento do utente e familiar/cuidador do seu estado de saúde e prognóstico.			

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
<b>2.2. Assegurar a prestação de cuidados holísticos (cont.)</b>	6. Incluir na história clínica, na referenciação e na nota de alta as preferências do utente e familiar/cuidador e expectativas em relação ao processo de cuidados.	<b>ACTIVIDADES CONTÍNUAS E INERENTES À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</b>		
	7. Identificar e prestar apoio específico no processo de luto patológico.			
	8. Elaborar guias de actuação sobre a intimidade e conforto do utente.			
	9. Criar comissões de deontologia e bioética.			
<b>2.3. Garantir a continuidade da prestação de cuidados</b>	1. Identificar e preparar a alta a partir do momento de admissão do utente, se for o caso.	<b>ACTIVIDADES CONTÍNUAS E INERENTES À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS</b>		
	2. Incluir no registo de referenciação/nota de alta a identificação do serviço precedente, o médico/enfermeiro responsável, contactos directos e disponibilidade.			
	3. Promover o desenvolvimento e elaboração de protocolos assistenciais e guias clínicas transversais envolvendo os profissionais dos diferentes níveis de cuidados e tipologias de serviços existentes em cada zona.			
	4. Facilitar a comunicação e a coordenação através do impulso da implementação de TIC.			

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
2.4. Fomentar o <i>empowerment</i> do utente e o apoio ao cuidador informal	1. Comunicar ao utente os objectivos terapêuticos definidos pela equipa e proceder à sua revisão em conjunto.	ACTIVIDADES CONTÍNUAS E INERENTES À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS		
	2. Manter uma comunicação adequada e personalizada, com intensidade e recursos consonantes com as necessidades de cada caso.			
	3. Educar o cuidador/família na prestação de cuidados/auto-cuidado.			
	4. Apoiar a tomada de decisões do utente e família/ cuidador informal através do esclarecimento sobre o processo de cuidados.			
	5. Elaborar guias de informação sobre os cuidados paliativos dirigidas a utentes e cuidadores/familiares.			
2.5. Desenvolver mecanismos de apoio ao cuidador formal	1. Definir metodologias para identificação precoce de sintomas de <i>burnout</i> nos profissionais.			
	2. Prestar apoio aos profissionais com <i>burnout</i> .	ACTIVIDADES CONTÍNUAS E INERENTES À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS		
2.6. Elaborar guias de boas práticas	1. Elaborar guias de boas práticas na prestação de cuidados de acordo com os princípios e recomendações de organismos com reconhecido valor científico.			
	2. Elaborar um formulário com os medicamentos mais utilizados em Cuidados Paliativos, de acordo com princípios e recomendações internacionais.			

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
<b>2.7. Elaborar e monitorizar os indicadores e <i>standards</i> de qualidade da prestação de cuidados</b>	1. Definir a bateria de indicadores centrais e metas de qualidade.			
	2. Incluir a bateria de indicadores e metas a atingir nos contratos-programa celebrados com as equipas prestadoras de Cuidados Paliativos.			
	3. Realizar anualmente inquéritos de satisfação a profissionais, utentes e cuidadores em todas as tipologias de prestação de cuidados.			
	4. Realizar auditorias externas em todas as tipologias com mais de 1 ano de funcionamento.			
	5. Incluir a realização de auditorias internas como requisito obrigatório nos contratos-programa e definir a sua periodicidade.			

**OBJECTIVO 3: PROMOVER AS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS DAS EQUIPAS E A INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA**

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
<b>3.1. Formação</b>	1. Realizar um diagnóstico sobre as competências teóricas e práticas dos profissionais por tipologia e perfil.			
	2. Elaborar e desenvolver os planos anuais de formação, com base no diagnóstico realizado, que incluam: componente teórica e estágios.			
	3. Elaborar e desenvolver um plano de formação específico para profissionais de serviços convencionais (medicina familiar e geral e enfermagem) que inclua no seu programa: a identificação de utentes com necessidades de CP e a gestão dos principais sintomas.			
	4. Elaborar e desenvolver um plano de formação contínua para a equipa de coordenação nacional e regional.			
	5. Desenvolver um plano de formação dirigido a utentes, familiares/cuidadores principais e voluntariado.			
	6. Elaborar e desenvolver um plano de formação para a integração de novos profissionais nas equipas específicas de Cuidados Paliativos.			

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
<b>3.1. Formação</b> <i>(cont.)</i>	7. Elaborar e desenvolver um Programa de Formação para suporte à prestação de cuidados a colectivos específicos (ex. doenças neurológicas, SIDA e crianças).			
	8. Elaborar e desenvolver formação específica no âmbito da utilização de medicamentos opióides.			
	9. Definir critérios de selecção do corpo docente.			
	10. Realizar e divulgar a avaliação dos programas/acções de formação.			
	11. Criar um centro de referência com formação teórica (pré e pós-graduada) e prática incorporada enquanto actividade do centro.			
	12. Sensibilizar as entidades competentes para a importância da integração dos Cuidados Paliativos nos <i>curricula</i> de medicina e de enfermagem, quer em cursos de pré-graduação como em cursos de pós-graduação.			
	13. Sensibilizar as entidades competentes para a importância de incluir os CP nos programas de estágio/aulas práticas/internato.			
<b>3.2. Investigação</b>	1. Iniciar/reforçar linhas de investigação especialmente em serviços especializados de CP de nível 3 (alta complexidade).			

**OBJECTIVO 4: DESENVOLVER MASSA CRÍTICA E DISSEMINAR OS RESULTADOS**

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
4.1. Impulsionar a ampla participação e compromisso na implementação do Plano por parte das equipas de coordenação regional, prestadores, profissionais e sociedade civil	1. Elaborar e desenvolver um Plano de Comunicação que divulgue o PNCP e Plano de Acção bem como os seus avanços.			
	2. Programar e realizar seminários de reflexão crítica com a participação de diversos agentes.			
	3. Elaborar e desenvolver programas de incorporação de voluntariado nas equipas: definir os critérios de selecção, programa de formação tipo e condições de participação.			
	4. Realizar um inquérito à população que permita conhecer o que pensa sobre a morte digna e as suas expectativas em relação à própria morte.			
	5. Informar as entidades competentes da necessidade de apoio aos cuidadores informais que facilitem a disponibilidade efectiva na prestação de cuidados.			
4.2. Garantir visibilidade social e científica	1. Elaborar e desenvolver um Plano de Comunicação que informe a sociedade civil, os técnicos e classe política sobre: o que são os CP, os seus objectivos, perfil dos utentes e processo de referenciação, quais os serviços que prestam CP e o n.º de prestadores existentes.			
	2. Planear e realizar acções de sensibilização da comunicação social para a criação de informação válida e não sensacionalista, reservando os direitos das famílias e utentes.			

**Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos**

ESTRATÉGIAS	ACÇÕES A 3 ANOS (2011-2013)	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO		
		1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO
4.2. Garantir visibilidade social e científica (cont.)	3. Planear e realizar actividades de <i>benchmarking</i> interno e externo.			
	4. Realizar estudos de resultados e publicá-los em revistas científicas com impacto no sector			



## **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ✓ Xavier Gomez-Batiste, Antonio Pascual, Jose Espinosa y Carmen Caja -**Diseño, implementacion y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos** – *Med. Clin (Barc).* 2010; 135 (4): 179 – 185.
  
- ✓ Duran, citado por Alvear e Rey (1995, p.61).
  
- ✓ DGS - **Plano Nacional de Luta Contra a Dor.**
  
- ✓ DGS - **Programa de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007/2010** – Programa de Desenvolvimento.
  
- ✓ DGS - **Plano Nacional de Saúde 2004** – 2010, vol.I e II.
  
- ✓ EAPC: Radbruch L., Payne S, the Board of Directors of the European Association for Palliative Care (EAPC). **Standards and norms for hospice and palliative care in Europe** (EAPC): The EAPC white paper. 2009.
  
- ✓ **Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud** – Sanidad 2007, Ministerio da Sanidad y Consumo.
  
- ✓ Herrera E., Rocafort J., De Lima L., Bruera E., García-Peña F., Fernández-Vara G. **Regional Palliative Care Program in Extremadura: An Effective Public Health Care Model in a Sparsely Populated Region.** Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 33 Maio, 2007.
  
- ✓ **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil 2008** - 2ª Edição.

- ✓ **Integrating Palliative Care into National policies – Cancer Control and Palliative Care** (J.S.) the OMS *and others - Journal of Pain and Symptom Management*, v10.33 No. 5 May 2007.
- ✓ Martin-Moreno J.M., Harris M., Gorgojo L., Clark D., Normand C., Centeno C. **Palliative Care In The European Union. Policy Department Economic and Scientific Policy.** European Parliament. 2008.
- ✓ Mencia V, Garcia E, Prieto L, Lopez C. **Guia para cuidadores de enfermos terminales. Manejo de los síntomas más frecuentes en cuidados paliativos.** *Med.Paliat.*2002; 9: 60-64.
- ✓ **Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos**, Xavier Gomez-Batiste, Jose Espinosa; Josep Porta-Sales y Enric Benito, *Med. Clin (Barc)*. 2010; 135 (4): 179 – 185; *Med. Clin (Barc)*. 2010; 135 (2): 83 a 89.
- ✓ **The Public Health Strategy for Palliative Care**, Jan Stjernsward, MD, PhD, FRCP (Edin), Kathleen M. Foley, MD, and Frank D. Ferris, MD – Cancer Control and Palliative care, OMS, and others.; *Journal of Pain and Symptom Management – Vol.33 n.º. 5 May 2007*.
- ✓ **The Public Health Strategy for Palliative Care - Journal of Pain and Symptom Management**, v10.33 No. 5 May 2007.
- ✓ Twycross, Robert. **Cuidados Paliativos.** Climepsi, 2ª edição, Lisboa, Novembro de 2003.
- ✓ UMCCI - **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**, 2010.
- ✓ UMCCI - **Relatório do 1º semestre de 2010 de Cuidados paliativos da RNCCI.**

- ✓ Xavier Gomez-Batiste, Jose Espinosa, Porta-Sales J, Benedito E. **Modelos de Atención, organización y mejora de calidad para la atención de enfermos avanzados terminales y sus familias: la aportación de los cuidados paliativos.** Med Clin (Barc). En prensa 2010.