

PROJECTO DE RESOLUÇÃO Nº 435/XII/1ª

Pela melhoria da Rede Hospitalar e pela plena integração dos Cuidados Paliativos no Serviço Nacional de Saúde.

1 – O aumento da longevidade, do número de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência implica o reconhecimento da necessidade de cuidados de saúde específicos para essa realidade. Por outro lado, estima-se hoje que os gastos associados às doenças crónicas representam 60-80% do total do orçamento da Saúde. Estes foram alguns dos fatores que levaram à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2006.

2 - Dentro de um vasto grupo populacional de pessoas mais vulneráveis, destaca-se o das pessoas com doença grave e/ou avançada, incurável e progressiva, que reúnem critérios para receber Cuidados Paliativos. É sabido que esta vertente de Cuidados Paliativos tem sido, desde a criação da Rede em 2006, a menos desenvolvida, com prejuízo claro dos mais de 60.000 portugueses que se estima carecerem desta resposta assistencial, que deve ser oferecida não apenas nos últimos dias de vida, mas ao longo de períodos que se prolongam por semanas, meses e, às vezes, anos. A estes pacientes, teremos que acrescentar as suas famílias, que devem, elas próprias, ser alvo deste tipo de cuidados de saúde.

3 – É também sabido que a maioria dos portugueses morre de doença crónica e prolongada, que mais de 60% morre nos hospitais e que estes, maioritariamente, não estão preparados para receber e tratar adequadamente doentes em fim de vida, como revela um estudo recente da Profª Maria do Céu Machado sobre a Morte e o Morrer em Portugal (2011). Por outro lado, os internamentos por doença oncológica (nomeadamente, por complicações do tratamento e por doentes que vêm a morrer da sua doença oncológica) representam atualmente o grupo mais numeroso nos internamentos hospitalares em todas as regiões do país (vd. Relatório da Primavera 2012 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde). O período do final de vida (últimos 12 meses) é também aquele em que se verifica maior consumo dos recursos de saúde e um aumento das despesas nessa área.

Os doentes com necessidade de Cuidados Paliativos representam hoje cerca de 25-30% dos doentes internados em hospitais de agudos e, ao não terem respostas específicas de Cuidados Paliativos para

atender às suas necessidades, estão a ser tratados de forma menos adequada e mais onerosa. São doentes que já circulam nos Hospitais, quer nas urgências, quer nos internamentos, e que importa tratar melhor e de forma mais eficiente, acrescentando a isso que se irá gastar menos.

4 – Numa ocasião em que se estuda a necessária reorganização da Rede Hospitalar, com vista à sua maior adequação às necessidades das populações, à melhoria da qualidade assistencial e a uma maior eficiência, com garantia de um financiamento sustentável, importa ressaltar que essa reforma se deve fazer de forma articulada com as outras Redes de prestação de cuidados de saúde (quer de Cuidados Primários, quer de Cuidados Continuados, quer de Paliativos).

5 - O CDS-PP tem estado atento a estas realidades. Preocupa-se com a efetivação da reforma hospitalar e colocou os Cuidados Paliativos na agenda política, insistindo na prioridade que tem que ser dada a esta matéria, que diz respeito a uma população tão vulnerável e com especificidades, aos seus direitos, à promoção da eficiência e combate ao desperdício na saúde, e à Humanização e Promoção da Dignidade nos cuidados de saúde, valores da maior relevância para nós. Por tal motivo, propusemos a criação de uma Rede específica de Cuidados Paliativos, de carácter eminentemente funcional, não burocratizada, e que visasse a plena integração dos mesmos no SNS, já aprovada em Plenário no Parlamento e neste momento a ser ultimada na especialidade.

6 – Não obstante a baixa concretização das respostas de Cuidados Paliativos no nosso país, existem recomendações internacionais com orientações técnicas aplicáveis a estas matérias, plasmadas já em recomendações nacionais, como por exemplo o Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2010 e o Documento da RNCCI com a Estratégia para a sua implementação, onde se prevê que as respostas assistenciais de Cuidados Paliativos sejam de diferentes tipologias – internamento, apoio domiciliário específico e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte.

7 - No caso de camas em internamento, recomendam os referidos documentos nacionais que se disponha de 80-100 camas por milhão de habitantes, e que estas se devem dividir da seguinte forma:

- Em Hospitais de Agudos (30% do total, destinadas a um perfil de doentes mais complexos, nomeadamente nos Hospitais com mais de 250 camas e naqueles que são especializados em Oncologia);
- Em Unidades específicas de Cuidados Paliativos fora dos Hospitais de Agudos, em IPSS, hospitais de proximidade ou outras instituições de saúde adequadas (50% do total, para tratamento de situações crónicas e menos complexas);
- Em unidades para Doentes Crónicos, não específicas de Cuidados Paliativos (20% do total, para tratamento de doentes de longa evolução).

A vertente das camas hospitalares de Cuidados Paliativos é, como já mencionámos, a menos desenvolvida no atual panorama assistencial, representando um fator de preocupação adicional, quer no âmbito da sustentabilidade dos serviços hospitalares, quer no contexto global de insuficiência para as respostas dos Cuidados Paliativos. Convém lembrar que esta resposta assistencial se insere nas respostas no âmbito dos Serviços de Saúde e não nas de âmbito social.

8 – Estamos em crer que se deve usar esta ocasião para assegurar maior sustentabilidade do Sistema, para operacionalizar melhores cuidados globais e especificamente nos Hospitais de Agudos, nas suas diferentes vertentes de oferta de cuidados, criando assim uma oportunidade para impulsionar a tão necessária implementação da Rede de Cuidados Paliativos a esse nível, seja através da criação de Unidades específicas de internamento (desejavelmente com 8-15 camas, que podem ser reconvertidas da tipologia de agudos para paliativos), seja através da implementação de equipas de suporte intra-hospitalar de Cuidados Paliativos. Na atual situação de maiores constrangimentos financeiros, essas medidas irão traduzir-se em ganhos económicos significativos (estima-se uma redução de 2.000-4.000 euros/doente/ano).

9 – Por ter consciência dos ganhos em saúde que a abordagem proposta representa, em primeiro lugar para o cidadão, depois para o sistema, por ter consciência da necessidade de repensar os gastos e investimentos em saúde numa perspectiva de maior eficiência e de redução do endividamento, e também pelo que isto representa de evolução positiva na nossa sociedade, o CDS-PP apresenta esta iniciativa legislativa.

Pelo exposto, a Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166º da Constituição da República Portuguesa, recomendar ao Governo:

1. Que o Ministério da Saúde promova estudos que visem averiguar da realidade dos doentes com necessidades de Cuidados Paliativos nos hospitais de agudos do nosso país, nomeadamente no que toca aos critérios para os identificar, ao tipo de cuidados que atualmente recebem, aos custos económicos (diretos e indiretos) a eles associados, ao impacto da sua situação nos seus cuidadores (formais e informais).
2. Que se implementem, de forma faseada, equipas de suporte de Cuidados Paliativos nos Hospitais de Agudos com mais de 250 camas, equipas essas com recursos humanos devidamente formados e qualificados para essa prática, em número adequado e com tempo próprio e suficiente para essa atividade assistencial.
3. Que a nova Carta Hospitalar possa incluir as seguintes recomendações, num processo de implementação faseada e tendo em conta os pressupostos atrás mencionados:

CAMAS (EQUIPAS ESPECIALIZADAS) DE CUIDADOS PALIATIVOS EM INSTITUIÇÃO DE AGUDOS:

Distrito	Estimativa Min-Máx. (Média)	Localização prioritária sugerida
Aveiro	17-21 (19)	Hospital Infante D. Pedro (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE) Hospital São Sebastião, EPE (Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE)
Beja	4-5 (4)	Hospital José Joaquim Fernandes (ULS do Baixo Alentejo, EPE)
Braga	20-25 (23)	Hospital de Braga

		Unidade Hospitalar de Guimarães (Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE)
Bragança	3-4 (4)	Unidade Hospitalar de Bragança (ULS Nordeste, EPE)
Castelo Branco	5-6 (5)	Hospital Amato Lusitano (ULS de Castelo Branco, EPE)
Coimbra	10-13 (12)	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
Évora	4-5 (5)	Hospital do Espírito Santo, EPE
Faro	11-14 (12)	Hospital de Faro, EPE
Guarda	4-5 (4)	Hospital Sousa Martins (ULS da Guarda, EPE)
Leiria	11-14 (13)	Hospital de Santo André (Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE)
Lisboa	54-67 (61)	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE Hospital de Vila Franca de Xira HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE
Portalegre	3-4 (3)	Hospital Dr. José Maria Grande (ULS do Norte Alentejo, EPE)
Porto	44-54 (49)	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (readequar as já existentes) Hospital São João (Centro Hospitalar de São João, EPE) Centro Hospitalar do Porto, EPE ou Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE
Santarém	11-14 (12)	Hospital de Santarém, EPE
Setúbal	20-25 (23)	Hospital São Bernardo (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE) Hospital Litoral Alentejano, EPE
Viana do Castelo	6-7 (7)	Hospital Santa Luzia de Viana do Castelo (ULS do Alto Minho, EPE)
Vila Real	5-6 (6)	Hospital São Pedro de Vila Real (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE)
Viseu	9-11 (10)	Hospital São Teotónio, EPE (CHTV, EPE)
Açores	6-7 (7)	Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE
Madeira	6-8 (7)	Hospital Dr. Nélio Mendonça

Palácio de São Bento, 16 de Julho de 2012.

Os Deputados,