



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE
LOCAIS DE MORTE
DOS DOENTES NÃO ONCOLÓGICOS
PORTUGUESES**

Dissertação apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por

Mafalda Filipa Gonçalves Coelho

Lisboa, março de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LOCAIS DE
MORTE DOS DOENTES NÃO ONCOLÓGICOS
PORTUGUESES**

***EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF
PLACE OF DEATH OF NON-CANCER
PATIENTS IN PORTUGAL***

Dissertação apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por

Mafalda Filipa Gonçalves Coelho

Sob a Orientação de

Prof. Doutor Manuel Luís Capelas

Lisboa, março de 2021

Índice

| | |
|----------------------------------|-----|
| Índice | V |
| Lista siglas | VII |
| Resumo | IX |
| Abstract | XI |
| Introdução | 1 |
| Revisão de Literatura | 3 |
| Problema da Investigação | 9 |
| Material e Métodos | 11 |
| Apresentação de Resultados | 15 |
| Discussão | 35 |
| Conclusão..... | 39 |
| Referências Bibliográficas..... | 41 |
| Apêndice | 44 |

Lista siglas

A.M. – Área Metropolitana

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

INE - Instituto Nacional de Estatística

MGF – Medicina Geral e Familiar

NUTS II - Nomenclatura das Unidades Territoriais nível 2

OMS - Organização mundial de Saúde

Resumo

Introdução: Nos últimos anos, os avanços na medicina assim como com o envelhecimento da população, tornaram a morte excessivamente medicalizada e não parte de um processo natural da vida. Os Cuidados Paliativos vieram consciencializar o significado de morte e da relevância desta para o doente e para os seus familiares. Esta dissertação apresenta a evolução dos locais de morte dos doentes não oncológicos assim como outros indicadores e a preferência da população.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo com base nos óbitos da população portuguesa acima de 16 anos, de 2012 a 2018, por causa de morte (CID-10, doente não oncológico - Critérios Comissão Lancet), região de residência e local de morte (hospital, domicílio e outro). Comparação com preferências dos portugueses (PRISMA) e indicadores demográficos, sociais e de acessibilidade a cuidados de saúde, nomeadamente Cuidados Paliativos.

Resultados: A maioria dos doentes não oncológicos morre em meio hospitalar, no total 59.3%, os restantes 28,1% em domicílio e 12,5% em outros locais. A doença mais comum em domicílio é a D. Alzheimer (42%). O doente não oncológico morre mais em domicílio e menos em hospital face ao doente oncológico.

Conclusão: Em Portugal, mesmo como o aumento da acessibilidade a Cuidados de saúde quer cuidados Primários ou Paliativos, continua a existir a uma divergência entre o local de preferência de morte e o local de morte. De futuro será essencial rever e ajustar as políticas de saúde às necessidades particulares da população, garantindo assim um melhor cuidado ao doente e aos familiares/cuidadores.

Palavras-chave: Local de Morte, cuidados paliativos, doentes não oncológicos, Portugal

Abstract

Introduction: In recent years, the advances in medicine as well as the aging of the population, have made death over-medicalized and not part of the natural process of life. In this context, Palliative Care has been a force of change by raising awareness about the meaning of death and its relevance for the patient and their families. This dissertation presents the evolution of the places of death of non-cancer patients as well as other indicators and the population's preference.

Material and Methods: A retrospective and descriptive study based on the deaths of the Portuguese population over 16 years, ranging from 2012 to 2018, by disease (ICD-10, non-cancer patient - Lancet Commission Criteria), region of residence and place of death (hospital, home and other). The distribution of deaths by place of death is compared with Portuguese preferences (PRISMA) and by demographic, social and health care accessibility indicators, such as Palliative Care accessibility.

Results: Most non-cancer patients die in hospitals, totaling 59.3%. The remaining 28.1% die at home and 12.5% elsewhere. The most common disease to die from at home is Alzheimer Disease (42%). The non-cancer patient dies more at home and less at the hospital when compared to the cancer patient.

Conclusion: In Portugal, even with the increase in Health Care accessibility, whether Primary or Palliative Care, there is still a divergence between the place of death preference and the effective place of death. In the future, it will be essential to review and adjust health policies to the needs of the population, ensuring better care for the patient, family members and caregivers.

Keywords: Place of death, Palliative Care, non-cancer patient, Portugal

Introdução

O presente documento consiste na dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos. A dissertação versará sobre os locais de morte em Portugal dos doentes não oncológicos entre 2012 e 2018.

Esta dissertação vai ao encontro da necessidade de fundamentação de novas políticas de saúde personalizadas, bem como das características regionais e nacionais, apoiando prioridades e metas atualizadas às necessidades portuguesas, de forma a preparar para as tendências futuras de forma sustentada. Antes de existir uma mudança, é importante saber qual o ponto de situação de base, de forma a planear e promover estratégias mais eficazes.

Por outro lado, o último estudo a nível nacional sobre os locais de morte foi realizado em 2012, e este demonstrou um desfasamento considerável entre a realidade e as preferências dos locais de morte da população portuguesa, referindo como prioritário o desenvolvimento da rede de apoio a nível dos Cuidados Paliativos Domiciliários. Uma vez que houve alguns avanços a nível das políticas de saúde portuguesas sobre os Cuidados Paliativos em Portugal nos últimos anos, nomeadamente a publicação da Lei de Bases dos cuidados Paliativos, será particularmente pertinente analisar a evolução dos locais de morte entre 2012 e 2018. Nomeadamente, será relevante a análise a nível da população de doente não oncológico, uma vez que muitas medidas no âmbito dos cuidados paliativos acabam por ser extrapoladas de dados baseados no doente oncológico.

Por fim, será interessante analisar além dos locais de morte outros aspetos que coexistam de forma contemporânea, tais como dados demográficos, indicadores de saúde e acessibilidade aos cuidados de saúde primários, de forma a gerar novas hipóteses de investigação.

O trabalho foi redigido utilizando como norma bibliográfica a APA.

Revisão de Literatura

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define os Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias perante problemas de saúde que ameaçam a vida e/ou doenças graves com prognóstico limitado. Esta abordagem é feita através da prevenção e alívio do sofrimento do doente pela identificação precoce, avaliação e controlo da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. (*“WHO Definition of Palliative Care,” n.d., 2019*) Os cuidados paliativos surgem pela carência do cuidado ao doente em fase terminal, presenciando-se desde logo uma mudança de perspetiva, que primitivamente centrava os cuidados paliativos nas necessidades dos doentes oncológicos, mas que rapidamente se estenderam, incluindo também os doentes não oncológicos. (*Addington-hall, 1998*)

Cada vez mais, o peso que as doenças não oncológicas têm a nível socioeconómico tem vindo a aumentar. O envelhecimento progressivo da população mundial é e será uma realidade determinante na evolução dos cuidados de Saúde, particularmente nos Cuidados Paliativos. O aumento de sobrevivência dos indivíduos levará inevitavelmente a um aumento de doentes com doenças progressivas e incuráveis. A esperança média de vida em Portugal tem também vindo a aumentar, e atualmente está nos 81,3 anos, estando acima da média europeia, que é de 80,6 anos. (*Health at a Glance : Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, 2018*)

A principal causa de morte em Portugal assim como na Europa continua a ser as doenças cardiovasculares, sendo responsáveis por mais de 1 900 000 mortes em 2015 na União Europeia, quando comparadas com cerca 1 320 000 mortes por doença oncológica. (*Health at a Glance : Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, 2018*)

Num estudo publicado em 2006, foram utilizados modelos de forma a projetar tendências a nível de mortalidade mundial até 2030 sob três cenários: base, otimista e pessimista. Isto demonstrou que a tendência futura do aumento do envelhecimento e

do peso deste no estado económico e social irá continuar em qualquer um dos cenários. *(Mathers & Loncar, 2006)*

Um outro estudo em 2016, que analisou a tendência das mortes hospitalares na população portuguesa, previu uma subida de cerca de 5.6% de mortes anuais até 2030. Esta tendência devia-se sobretudo ao aumento de mortes de pessoas acima dos 85 anos, que refletiria num aumento de 52.1% de mortes hospitalares quando comparado com 2010. *(Sarmiento, Higginson, Ferreira, & Gomes, 2016)*

Com base na mortalidade de 2011 das Estimativas Globais de Saúde da OMS e na prevalência da dor, foi calculada a necessidade de cuidados paliativos no fim de vida, apesar de ser um número apenas representativo, uma vez que os cuidados paliativos começam muito antes da fase terminal. A *World Palliative Care Alliance* aponta para 12 807 851 doentes não oncológicos com necessidades paliativas, quase o dobro dos doentes oncológicos. *(Connor & Sepulveda Bermedo, 2014)*

Neste relatório são apontadas as doenças que exigem cuidados paliativos no adulto, nomeadamente Alzheimer e outras demências, neoplasia, doenças cardiovasculares (excluindo morte súbita), cirrose hepática, doenças pulmonares obstrutivas crónicas (DPOC), Diabetes, VIH/SIDA, insuficiência renal, esclerose múltipla, doença de Parkinson. *(Connor & Sepulveda Bermedo, 2014)* No entanto, é preciso ter algum espírito crítico, neste ou noutros estudos quando os cuidados paliativos são delimitados por doenças, uma vez que qualquer doente poderá vir a necessitar de cuidados paliativos, independente do diagnóstico. Apesar de ser uma forma de facilitar a análise de factos, é preciso lembrar que o foco de cuidado se transformou da doença para o doente. *(“WHO Definition of Palliative Care,” n.d., 2019)*

O envelhecimento populacional a par com os avanços da medicina, levaram a um aumento do número de mortes a nível hospitalar. *(Sarmiento et al., 2016)* A morte tornou-se medicalizada, institucionalizada e um tema de discussão cada vez mais evitado, existindo um afastamento das pessoas a esta realidade. No entanto com o aparecimento dos cuidados paliativos ressurgiu uma nova consciencialização sobre a

morte. O fim de vida é mais uma etapa na história natural da pessoa, tal como nascer. (Bowling, 1983)

Os cuidados paliativos trazem então uma nova visão sobre o cuidado do doente, um cuidado mais global e centrado no doente, na defesa da dignidade, na melhoria do conforto em fim de vida, proporcionado uma “boa morte”. (Jordão & Leal, 2014; Meier et al., 2017; Murtagh, Preston, & Higginson, 2004)

No entanto, o conceito de “boa morte” é individual podendo existir diferenças entre opinião de doentes, família e dos próprios profissionais de saúde. Talvez o aspeto mais consensual esteja relacionado a uma morte sem dor nem sofrimento seguida de dignidade, (Meier et al., 2017) lembrando que o alívio do sofrimento humano é um dos objetivos fundamentais da intervenção dos cuidados paliativos. (“WHO Definition of Palliative Care,” n.d.) Um estudo em 2014 com 205 participantes, avaliou o conceito de “boa morte” na população portuguesa. Esta valorizou sobretudo a ausência de dor, ser pouco prolongada e ter a presença de familiares. (Jordão & Leal, 2014)

Além do aparecimento dos cuidados paliativos e de uma nova aprendizagem sobre o significado de morte, que reconhece a importância do lugar onde se morre, pois representa uma condição para que o bem-estar seja oferecido ao doente e à família, também o local onde esta ocorre cada vez mais é discutido, quer a nível social quer económico, pela saturação dos serviços hospitalares face às novas tendências demográficas. (Traue & Ross, 2005)

Em 2000, surge a primeira revisão sobre os locais de morte, que mostrou que mais de 50% dos doentes oncológicos, cuidadores e membros do público preferiam morrer em casa (Higginson & Sen-Gupta, 2000). Em 2013, numa nova revisão sistemática, Gomes et al demonstra também que maioria das pessoas preferem morrer em casa. Dos 210 estudos analisados nesta revisão, em 130 estudos (95 publicados após 2000) mais de 50% dos participantes referiram que gostaria de morrer em casa. Além disso também se demonstrou que 4/5 dos doentes não alterava a sua preferência com a progressão da doença. (Barbara Gomes, Calanzani, Gysels, Hall, & Higginson, 2013)

Especificamente sobre o local de morte de doentes não oncológicos, um relatório publicado em 2012 mostra que a preferência sobre o local de morte destes continua a ser em casa. No entanto a evidência afere uma frequência ligeiramente inferior comparada com a dos doentes oncológicos. *(Murtagh et al., 2012)* Um estudo na Bélgica, conclui também que a probabilidade de morrer em casa seria menor nos doentes não oncológicos. *(Cohen et al., 2006)*

Alguns fatores relacionados às doenças não oncológicas foram apontados como razões para a diferença no local de morte em relação aos doentes oncológicos: i) a trajetória das doenças não oncológicas que poderão ser mais imprevisíveis comparadas com as oncológicas, o que poderá influenciar o cuidado prestado, como por exemplo doenças cuja progressão é mais flutuante como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica em que o cuidador está habituado a períodos de internamento hospitalar por agudização, seguidos de melhoria; ii) o prognóstico que é mais difícil de estimar, pelo que o reconhecimento das necessidades paliativas é mais difícil, assim como gerir as expectativas dos doentes e cuidadores ; iii) a idade avançada associada a múltiplas comorbilidades; iv) os modelos de cuidados paliativos dos doentes não oncológicos por limitação de evidencia são muitas vezes baseados nos existentes para doentes oncológicos sem avaliação da sua verdadeira adequação para esta população, assim como para as necessidades de cada doença. *(Addington-hall, 1998; Murtagh et al., 2004; Traue & Ross, 2005)*

Gomes e Higginson desenvolveram um modelo conceptual sobre os fatores que influenciam o local de morte de doentes oncológicos. Neste foram incluídos fatores relacionados com o doente, família e perspetivas profissionais, centrado sobretudo no doente numa perspetiva biopsicossocial multidimensional *(Barbara Gomes & Higginson, 2006)*. Com base nesse modelo Murtagh *et al* criaram um novo modelo conceptual para os doentes não oncológicos, acrescentando outras perspetivas relativas a doença não oncológica. Uma vez que a evidência teórica para as doenças não oncológicas era limitada, também foi incorporada a opinião de especialistas convidados nas diferentes áreas das várias patologias. *(Murtagh et al., 2012)*

A revisão sistemática Murtagh *et al* sobre o local de morte em doentes não oncológicos, incluiu 290 estudos, dos quais 234 quantitativos, 55 qualitativos e um misto, explorando os múltiplos e complexos fatores envolvidos. Elevada evidência foi encontrada que a idade por si não era um fator determinante na morte em casa, já outros estudos de baixa evidência determinaram que havia um aumento de morte em casa depois dos 75 anos. No contexto das doenças, a DPOC foi a que apresentou informação mais consistente, e esteve associada a um aumento da probabilidade de morte em casa. A probabilidade de morrer em casa diminuía quando existia um aumento das comorbilidades dos doentes, uma maior disponibilidade de camas hospitalares e uma trajetória da doença média (1 a 30 dias). (Murtagh *et al.*, 2012) Um estudo em 2005, sobre o cuidado nos últimos 3 meses de vida de doentes com demência, refere que a probabilidade de morte no hospital aumentava quase quatro vezes quando existiam apenas cuidadores informais, comparando com a presença de cuidadores formais e informais. (Klinkenberg *et al.*, 2005) Anteriormente, também Gomes e Higginson demonstraram uma associação entre a disponibilidade do cuidado formal na área de residência com probabilidade de morrer em casa. (Barbara Gomes & Higginson, 2006) Também Costa, numa revisão sobre os determinantes no local de morte em 2014, aponta para o fato de que a presença de cuidadores informais e cuidados paliativos domiciliários aumenta a probabilidade de morrer em casa. (Costa, 2014)

Em Portugal, o primeiro estudo epidemiológico sobre o local de morte foi realizado em 2010, com a análise de 105 471 certificados de óbitos. Destes, 61.7% morreram em hospitais/clinicas, e 29.6% no domicílio. Na análise regional, manteve-se a tendência de mais de metade das mortes ocorrerem em meio hospitalar/clinico, variando entre 58.7% no Alentejo e 76% na Madeira. Em relação às mortes em domicílio regional, verificou-se uma variação entre um mínimo de 17% na Madeira e 36% no Norte do país. (Bárbara Gomes, Sarmiento, Ferreira, & Higginson, 2013)

Estes dados foram comparados com os resultados do inquérito PRISMA, realizado em 2010, no qual foram avaliadas as preferências sobre o local de morte. Este inquérito questionou via telefónica 9344 participantes de vários países da Europa, 1286

portugueses, onde a maioria (51,2%) manifestou preferência por morrer em casa. *(Harding & Higginson, 2010)*

Em 2010 demonstrou-se então uma divergência clara entre o local de morte e o local de preferência da população portuguesa, destacando a importância de alteração de estratégias para o apoio ao cuidado no domicílio, tendo em contra as preferências da população.

Pivodic *et al* em 2016 apresentou um outro estudo, onde analisou o local de morte em 14 países de pessoas que morreram de doenças com necessidade de cuidados paliativos. O local de morte mais provável dos doentes oncológicos era em casa quando comparado com o dos doentes não oncológicos, na generalidade. Neste estudo foram encontradas diferenças relevantes entre os vários países, que são explicadas apenas em parte pelas diferentes causas de morte, de características demográficas, assim como disponibilidade hospitalar e acesso a cuidados primários. Os autores consideram que parte desta diferença também poderá ser explicada por diferentes políticas de saúde quer no cuidado social, quer no cuidado de fim de vida. *(Pivodic et al., 2016)*

Mais recentemente Gomes *et al* apresentou um estudo sobre a análise dos fatores de risco para a morte em hospital, analisando os certificados e óbito entre 2003 e 2012 na população portuguesa. Cerca de 70% das mortes foram por situações com necessidades paliativas. O local de morte mais comum continua a ser o hospital, com uma tendência crescente, sobretudo em doentes oncológicos, doenças neurodegenerativas e respiratórias. Esta tendência que não se enquadra nas tendências de outros países com cuidados paliativos mais integrados. A probabilidade de morrer em hospital era menor com o avançar da idade, em doentes com algum tipo de demência comparando com os doentes oncológicos, e maior no caso de doentes com VIH ou casados. *(Barbara Gomes et al., 2018)*

Problema da Investigação

O tema do central do estudo a desenvolver será sobre local de morte. Cada vez mais o local de morte é uma dimensão de interesse a nível da investigação dos cuidados paliativos. O conhecimento sobre o local de morte, juntamente com possíveis fatores associados é essencial para prestar um cuidado de qualidade. A inexistência de dados recentes sobre o tema é uma das motivações da realização deste estudo.

Torna-se vital compreender a evolução dos locais de morte em Portugal nos últimos anos apresentando evidência atual, e identificando se existiu avanço nesta área. No caso de este ter existido, torna-se também importante averiguar se este foi ao encontro das preferências dos portugueses, tendo em conta a realidade de toda a evolução legislativa e prática nos cuidados paliativos portugueses verificados nos últimos anos.

Também é pertinente uma avaliação mais dirigida aos locais de morte de doentes não oncológicos, pois muitas vezes as políticas e planos de saúde são extrapolados a partir de estudos em doentes oncológicos, podendo estes não serem os mais adequados. Esta avaliação será feita não esquecendo a existência da mudança de paradigma atual, tal como o envelhecimento da população portuguesa, o aumento da esperança de vida e como tal um maior número de doentes que sofrem de doenças não oncológica. (*Murtagh et al., 2012*)

Por fim, saber as tendências do local de morte é essencial para ajustar e implementar políticas de saúde e serviços adequados às necessidades atuais e futuras da população portuguesa, avaliando-os ao longo do tempo, de forma a garantir um cuidado de qualidade às pessoas com doenças progressivas e incuráveis, e possibilitando assim uma morte digna e no lugar de sua preferência.

Questão e objetivos de Investigação

Questão: “Quais os locais de morte dos doentes não oncológicos Portugueses, que evolução aconteceu entre 2012 e 2018 e que indicadores de saúde, demográficos e sociais os influenciam?”

Objetivos:

- Descrever a evolução dos locais de morte em Portugal;
- Comparar com as preferências do local de morte (PRISMA 2010);
- Identificar diferenças entre as causas de morte não oncológicas e os locais de morte;
- Identificar quais as causas de morte mais comuns em cada um dos locais;
- Identificar os locais de morte mais comuns em cada doença;
- Comparar as diferentes acessibilidades aos cuidados de saúde primários, especializados e cuidados paliativos face aos locais de morte;
- Reconhecer outros indicadores de saúde, sociais e demográficos que poderão estar envolvidos nos locais de morte.

Material e Métodos

Tipo de Estudo

Este trabalho consiste num estudo epidemiológico, observacional, retrospectivo, descritivo e analítico (Estudo Ecológico), não tendo como objetivo provar relações, mas sim de criar hipóteses para o desenvolvimento de investigação epidemiológica.

População

A população alvo foi a população portuguesa que morreu em Portugal entre 2012 e 2018.

Amostra

Os dados fornecidos pelo INE corresponderam população adulta portuguesa que morreu entre 2012 e 2018 com idade superior a 16 anos. Não foi realizada colheita de dados primários, apenas utilização dos mesmos.

Variáveis

Pelo estudo aplicado a esta dissertação as variáveis são discretas e categóricas:

- a) **Local de morte**, a informação recolhida a partir dos certificados de óbito que identificam três locais de morte: domicílio (inclui locais privados, seja casa própria ou de outrem, bem como lares ou residências); hospital/clínica (privado ou público); outro local (inclui outros como lar, via pública).
- b) **Causa de morte**, segundo a classificação internacional de doenças, 10ª Edição (CID-10). Considerando causas não oncológica e não agudas, utilizando como base o grupo de doenças com necessidade paliativas proposto pelo Relatório da Comissão Lancet; (LANCET COMMISSION ON GLOBAL ACCESS TO PALLIATIVE, 2017) (Apêndice 1)

- c) **Região de residência**, segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais nível 2 (NUTS II): Norte, Algarve, Centro, Área Metropolitana De Lisboa (A.M. Lisboa), Alentejo, região autónoma dos Açores e Madeira;
- d) **Preferências do local de morte**, obtidas através do estudo epidemiológico publicado em 2013. Foram utilizados os dados relativos apresentados em % por NUTS II assim como a diferença entre a realidade e as preferências de 2010; (*Bárbara Gomes, Sarmiento, Ferreira, & Higginson, 2013*)
- e) **Indicadores demográficos** (Densidade Populacional, Índice de Envelhecimento e Esperança média de vida à nascença);
- f) **Indicadores sociais** (Subsídio por assistência a 3ª pessoa, Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido (RMG) e Rendimento Social de Inserção (RSI), Casamento dissolvidos por morte; Taxa bruta de viuvez);
- g) **Indicadores de saúde:**
- Acessibilidade Cuidados Primários (número médicos, número de médicos de Medicina Geral e Familiar, rácio de habitantes por médico);
 - Acessibilidade aos Cuidados Especializados (Número total de Hospitais (públicos e privados); Número de camas hospitalares, Número de Internamentos hospitalares; Número Urgências Hospitalares);
 - Acessibilidade a Cuidados Paliativos (Número de camas em unidade de Cuidados Paliativos; Evolução do número de equipas em UCP, Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

Procedimento de colheita da Amostra

Os dados de óbitos por causa de morte, região de residência e local de óbito foram fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), através de dados colhidos pela plataforma dos Sistemas de Informação dos certificados de óbito (SICO) (*Sistemas de Informação dos Certificados de Óbito: Manual de Utilizador, 2011*). De forma a completar a informação fornecida pelo INE, também se analisaram outros dados e indicadores fornecidos pela PORDATA, Direção Geral de Saúde e Observatório Português de Cuidados Paliativos. (Apêndice 2)

Processamento dos dados

De forma a processar a informação recolhida, esta será analisada em Microsoft EXCEL® recorrendo à utilização de estatística descritiva e analítica, não tendo sido realizados testes de inferência estatística.

Considerações éticas e formais

A dissertação foi submetida à aprovação do Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Uma vez que todos os dados utilizados nesta dissertação são públicos não foi necessária a submissão à Comissão de Ética.

Apresentação de Resultados

1. Caracterização

De forma a completar a caracterização dos dados analisados sobre os locais de morte dos portugueses entre 2012 e 2018, foram também utilizados indicadores demográficos, sociais, e de acessibilidade a cuidados de saúde primários, secundários e especializados.

1.1. Indicadores demográficos

Ao longo do tempo analisado não existiu grande variação demográfica, porém entre regiões é marcada a diferença em alguns indicadores demográficos, nomeadamente densidade populacional (Tabela 1) bastante mais elevada na região metropolitana de Lisboa face as restantes regiões.

Tabela 1 - Densidade Populacional (N.º médio de indivíduos por Km²) de 2012 a 2018, por NUTS II. Fonte PORDATA

| Densidade Populacional | | | | | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 172,7 | 171,7 | 170,7 | 169,7 | 168,9 | 168,2 | 167,9 | -4,8 |
| Centro | 81,8 | 81,2 | 80,6 | 80,2 | 79,8 | 79,4 | 78,9 | -2,9 |
| A.M. Lisboa | 940,3 | 932,9 | 931,4 | 932,2 | 934,3 | 937,7 | 941,9 | 1,6 |
| Alentejo | 23,8 | 23,6 | 23,4 | 23,1 | 22,8 | 22,6 | 22,4 | -1,4 |
| Algarve | 89,1 | 88,7 | 88,4 | 88,4 | 88,4 | 88,2 | 87,9 | -1,2 |
| Açores | 106,5 | 106,6 | 106,3 | 106,0 | 105,7 | 105,3 | 104,8 | -1,7 |
| Madeira | 329,1 | 327,3 | 324,4 | 321,3 | 319,0 | 317,7 | 317,1 | -12,0 |

Em relação ao índice de envelhecimento, a região do Alentejo apresenta o índice de envelhecimento mais elevado (178) face a média nacional de (117), contraria a da região dos Açores (73.3). No que toca a esperança media de vida a nascença esta é mais uniforme quer ao longo dos anos quer entre as várias regiões do país. A região dos Açores apresenta a esperança média de vida menor de todo o país, porem também foi a região com o maior aumento da mesma. (Tabela 2)

Tabela 2 - Índice de Envelhecimento e Esperança média de vida à nascença de 2012 a 2018, por NUTS II. Fonte PORDATA

| | Índice de Envelhecimento | Esperança Média de Vida à Nascença | | | | | | |
|-------------|--------------------------|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| | 2011 | | | | | | | |
| Norte | 113,3 | 80,3 | 80,6 | 80,7 | 81,0 | 81,1 | 81,2 | 81,3 |
| Centro | 163,4 | 80,2 | 80,6 | 80,8 | 81,0 | 81,1 | 81,1 | 81,2 |
| A.M. Lisboa | 117,3 | 80,0 | 80,3 | 80,5 | 80,7 | 80,9 | 80,9 | 81,0 |
| Alentejo | 178,0 | 79,5 | 79,8 | 80,0 | 80,0 | 80,2 | 80,2 | 80,4 |
| Algarve | 131,0 | 80,0 | 80,2 | 80,4 | 80,3 | 80,2 | 79,9 | 80,0 |
| Açores | 73,3 | 76,5 | 76,8 | 77,2 | 77,3 | 77,5 | 77,9 | 77,9 |
| Madeira | 90,7 | 77,5 | 77,7 | 77,8 | 78,0 | 78,2 | 78,3 | 77,9 |

1.2. Indicadores sociais

Ao longo dos anos existiu uma redução do número de subsídios por assistência à terceira pessoa, com destaque na região Alentejo (-9%) e Açores (-11%) e com exceção da região metropolitana de Lisboa e Algarve em que existiu um crescimento (7%) assim como no Algarve (10%). Continuando a região Norte a ter mais subsídios que o resto do país. (Tabela 3)

Tabela 3 - Subsídio por assistência a 3ª pessoa de 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte PORDATA

| | Subsídio por assistência à 3ª pessoa | | | | | | | |
|-------------|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 5070 | 5047 | 5027 | 5105 | 5089 | 5116 | 5063 | -7 |
| Centro | 2334 | 2294 | 2211 | 2216 | 2222 | 2177 | 2154 | -180 |
| A.M. Lisboa | 3201 | 3202 | 3203 | 3262 | 3310 | 3412 | 3436 | 235 |
| Alentejo | 959 | 964 | 939 | 918 | 887 | 869 | 873 | -86 |
| Algarve | 492 | 501 | 504 | 531 | 535 | 544 | 543 | 51 |
| Açores | 501 | 498 | 490 | 486 | 471 | 475 | 448 | -53 |
| Madeira | 490 | 483 | 466 | 459 | 466 | 464 | 449 | -41 |

Já em relação aos beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção a evolução foi semelhante em todo o território, existindo uma diminuição sendo esta maior na região do Algarve. (Tabela 4)

Tabela 4 - Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido (RMG) e Rendimento Social de Inserção (RSI) em % da população residente em Portugal de 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte PORDATA

| Beneficiários do RMG e RSI em % da pop. Residente | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 5,4 | 4,5 | 3,9 | 3,7 | 3,6 | 3,7 | 3,5 | -1,9 |
| Centro | 3,1 | 2,7 | 2,5 | 2,3 | 2,2 | 2,2 | 2,2 | -0,9 |
| A.M. Lisboa | 4,5 | 4,0 | 3,5 | 3,1 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | -1,5 |
| Alentejo | 5,0 | 4,2 | 3,9 | 3,6 | 3,6 | 3,5 | 3,4 | -1,6 |
| Algarve | 4,3 | 3,6 | 2,9 | 2,5 | 2,3 | 2,2 | 2,0 | -2,3 |
| Açores | 12,8 | 11,7 | 11,9 | 11,6 | 11,6 | 11,6 | 11,1 | -1,7 |
| Madeira | 3,9 | 3,5 | 3,2 | 3,0 | 2,9 | 2,8 | 2,9 | -1,0 |

Em relação ao número total de casamentos dissolvidos por morte, a região dos Açores foi que menos sofreu alterações ao longo do tempo. (Tabela 5) Ao longo de 2013 a 2018, a menor taxa de viuvez foi observada na região dos Açores, Madeira e Lisboa. Sendo a região dos Açores a única a apresentar um decréscimo. A região do Alentejo (5,7%), seguida do Centro foram as regiões com a taxa viuvez mais elevada, com taxas superiores ao valor nacional. (Tabela 6)

Tabela 5 - Casamento dissolvidos por morte em Portugal entre 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte PORDATA

| Casamentos dissolvidos por morte | | | | | | | | |
|-----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 14833 | 14534 | 14268 | 14579 | 14999 | 14889 | 14926 | 93 |
| Centro | 11967 | 11895 | 11254 | 11534 | 11839 | 11701 | 11823 | -144 |
| A.M. Lisboa | 11113 | 11037 | 10791 | 11065 | 11116 | 10871 | 11226 | 113 |
| Alentejo | 4281 | 4207 | 4170 | 4145 | 4306 | 4042 | 4032 | -249 |
| Algarve | 2028 | 1913 | 1885 | 1901 | 2006 | 2078 | 2020 | -8 |
| Açores | 933 | 1005 | 927 | 894 | 997 | 897 | 938 | 5 |
| Madeira | 1062 | 980 | 1041 | 1008 | 1014 | 963 | 1041 | -21 |

Tabela 6 - Taxa bruta de viuvez (por mil habitantes) em Portugal entre 2013 a 2018 por NUTS II. Fonte Estatísticas Demográficas 2018 (INE)

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Norte | 4,0 | 3,9 | 4,0 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 0,2 |
| Centro | 5,2 | 5,0 | 5,1 | 5,3 | 5,2 | 5,3 | 0,1 |
| A.M. Lisboa | 3,9 | 3,8 | 3,9 | 3,9 | 3,8 | 4,0 | 0,1 |
| Alentejo | 5,6 | 5,6 | 5,7 | 6,0 | 5,7 | 5,7 | 0,1 |
| Algarve | 4,3 | 4,3 | 4,3 | 4,5 | 4,7 | 4,6 | 0,3 |
| Açores | 4,1 | 3,8 | 3,6 | 4,1 | 3,7 | 3,9 | -0,2 |
| Madeira | 3,7 | 4,0 | 3,9 | 4,0 | 3,8 | 4,1 | 0,4 |

1.3. Indicadores de saúde

1.3.1. Acessibilidade cuidados primários

Em relação a acessibilidade nos cuidados de saúde primários, ao longo dos 7 anos em análise, houve um aumento não só do número total de médicos, entre 2 a 5% (Tabela 8), reduzindo o rácio de habitantes por médico de forma geral em todas as regiões de Portugal, sobretudo nas regiões autónomas de Açores e Madeira (Tabela 7).

Tabela 7 – Rácio Habitantes por médico (População média anual residente / Médicos no ano civil) de 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte PORDATA

| | Rácio Habitantes por Médico | | | | | | | |
|-------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 254,6 | 241,8 | 232,6 | 220,9 | 210,9 | 201,9 | 193,6 | -61,0 |
| Centro | 265,8 | 256,0 | 244,4 | 235,1 | 225,6 | 215,3 | 206,6 | -59,2 |
| A.M. Lisboa | 174,4 | 170,7 | 166,6 | 162,3 | 158,4 | 155,4 | 152,6 | -21,8 |
| Alentejo | 433,2 | 411,5 | 391,9 | 376,1 | 358,6 | 347,9 | 335,1 | -98,1 |
| Algarve | 303,3 | 293,4 | 283,3 | 272,5 | 262,0 | 255,1 | 245,2 | -58,1 |
| Açores | 403,5 | 386,1 | 364,2 | 338,9 | 318,9 | 303,8 | 291,1 | -112,4 |
| Madeira | 353,0 | 337,0 | 309,2 | 281,8 | 264,1 | 246,7 | 235,3 | -117,7 |

As regiões com maior aumento de médicos face a 2012 foi Açores (45%) e Madeira (36%), e a menor foi a região de Lisboa (15%). Em relação aos MGF, o maior crescimento

do número de MGF por habitante foi na região do Norte e Algarve e o menor na região do Alentejo. A região dos Açores é a que menos MGF tem por cada habitante, seguida do Alentejo. (Tabela 9)

Tabela 8 – Número total de médicos de 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte PORDATA

| Médicos | | | | | | | | |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 14 439 | 15 119 | 15 617 | 16 356 | 17 045 | 17 730 | 18 463 | 4 024 |
| Centro | 8 680 | 8 945 | 9 299 | 9 615 | 9 975 | 10 391 | 10 765 | 2 085 |
| A.M. Lisboa | 16 181 | 16 482 | 16 860 | 17 317 | 17 784 | 18 197 | 18 607 | 2 426 |
| Alentejo | 1 735 | 1 813 | 1 884 | 1 938 | 2 011 | 2 055 | 2 115 | 380 |
| Algarve | 1 468 | 1 511 | 1 560 | 1 621 | 1 686 | 1 727 | 1 791 | 323 |
| Açores | 613 | 641 | 678 | 726 | 770 | 805 | 836 | 223 |
| Madeira | 747 | 778 | 841 | 914 | 968 | 1 032 | 1 080 | 333 |

Tabela 9 – Número de médicos de Medicina geral e Familiar (MGF) por 100 000 habitantes de 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte PORDATA

| Médicos MGF por 100 000 habitantes | | | | | | | | |
|-------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 53,55 | 56,93 | 59,90 | 62,69 | 64,83 | 68,23 | 72,38 | 18,82 |
| Centro | 64,31 | 67,33 | 69,48 | 71,68 | 73,28 | 76,33 | 81,88 | 17,57 |
| A.M. Lisboa | 54,66 | 56,56 | 57,90 | 60,48 | 61,84 | 64,93 | 68,70 | 14,03 |
| Alentejo | 44,31 | 46,51 | 48,08 | 50,08 | 51,16 | 54,12 | 57,00 | 12,70 |
| Algarve | 39,53 | 43,98 | 46,62 | 48,68 | 50,03 | 54,48 | 58,28 | 18,76 |
| Açores | 27,89 | 29,90 | 30,38 | 32,92 | 36,66 | 38,84 | 43,56 | 15,66 |
| Madeira | 41,72 | 43,10 | 45,77 | 48,92 | 50,46 | 54,59 | 59,81 | 18,09 |

Desde 2012 a 2018 existiu um contínuo crescimento na cobertura de doentes inscritos com médico de família atribuído, existindo regiões com cobertura perto de 100%, nomeadamente Norte e Centro que em 2018 verificaram uma cobertura de 99,0% e 97,1%. Na região do Algarve foi onde existiu uma maior evolução face a 2012, com um aumento de 19,4%, porém continua a ser das regiões a nível nacional com menor cobertura. (Tabela 10)

Tabela 10– Evolução percentual dos utentes inscritos com MGF atribuído de 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte Relatório Anual sobre o acesso a Cuidados De Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas 2018 (ACSS)

| Evolução % dos utentes inscritos com MGF atribuído | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 92,0 | 94,9 | 95,5 | 97,1 | 98,7 | 98,2 | 99,0 | 7,0 |
| Centro | 92,1 | 93,0 | 92,4 | 94,4 | 97,2 | 97,4 | 97,1 | 5,0 |
| A.M. Lisboa | 77,6 | 81,6 | 77,5 | 79,9 | 83,3 | 85,4 | 85,1 | 7,5 |
| Alentejo | 93,5 | 92,7 | 91,9 | 92,6 | 96,5 | 96,4 | 95,5 | 2,0 |
| Algarve | 69,2 | 68,9 | 65,0 | 77,0 | 84,1 | 85,5 | 88,6 | 19,4 |

1.3.2. Acessibilidade Cuidados Hospitalares

A acessibilidade a cuidados hospitalares, em termos de estabelecimento pouco variou (Tabela 11), com abertura de 2 estabelecimentos na região Centro e Algarve e diminuição de 2 na área de Lisboa e de 1 no Alentejo. Já em relação ao número de camas a região Centro foi a que apresentou uma maior uma redução do número de camas, com uma redução de 8% face a 2012. Por outro lado, a região do Algarve apresentou o maior crescimento, com um aumento de 12% face a 2012 (Tabela 12)

Tabela 11– Número total de Hospitais (públicos e privados) de 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte PORDATA

| Hospitais (Públicos e Privados) | | | | | | | | |
|----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 74 | 74 | 72 | 72 | 71 | 72 | 74 | 0 |
| Centro | 57 | 55 | 55 | 56 | 57 | 57 | 59 | 2 |
| A.M. Lisboa | 61 | 59 | 60 | 59 | 60 | 59 | 59 | -2 |
| Alentejo | 11 | 11 | 11 | 11 | 10 | 10 | 10 | -1 |
| Algarve | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 2 |
| Açores | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 0 |
| Madeira | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 0 |

Tabela 12– Número de camas hospitalares de 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte PORDATA

| Nº de Camas Hospitalares | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 10903 | 10895 | 10897 | 10766 | 11041 | 11183 | 11445 | 542 |
| Centro | 7633 | 7247 | 6788 | 6916 | 7026 | 7040 | 6986 | -647 |
| A.M. Lisboa | 11102 | 11147 | 10836 | 11156 | 10994 | 10770 | 10880 | -222 |
| Alentejo | 1689 | 1643 | 1560 | 1583 | 1538 | 1551 | 1545 | -144 |
| Algarve | 1111 | 1170 | 1127 | 1104 | 1105 | 1128 | 1247 | 136 |
| Açores | 1111 | 1170 | 1127 | 1104 | 1105 | 1128 | 1247 | 136 |
| Madeira | 1517 | 1509 | 1492 | 1506 | 1520 | 1480 | 1480 | -37 |

Nos anos em questão o número de camas hospitalares diminuiu nas regiões Centro, Lisboa e Alentejo, sendo mais evidente a nível da região do Centro com cerca de menos de 600 camas, cerca de 8% face a 2012, enquanto a região do Algarve a apresentou um aumento de 12% face a mesmo ano. A região do Algarve foi também a região com o maior aumento de internamento nos 7 anos em análise, ao contrário da região do Centro que apresentou uma diminuição de internamentos.

No que toca a internamentos hospitalares, a região do Algarve apresentou o maior aumento, com um crescimento de 13% face a 2012, ao contrário da região Centro que reduziu 6% no mesmo tempo. (Tabela 13) Sobre o número de urgências hospitalares, ao longo dos 7 anos não existiu grande variação nas várias regiões. (Tabela 14)

Tabela 13 – Número Internamentos hospitalares de 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte PORDATA

| Internamentos nos hospitais | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 412052 | 406435 | 402014 | 404377 | 410844 | 409990 | 407909 | -4143 |
| Centro | 248197 | 241232 | 239972 | 239774 | 234904 | 231842 | 233518 | -14679 |
| A.M. Lisboa | 370721 | 363665 | 364812 | 362661 | 361995 | 369613 | 361128 | -9593 |
| Alentejo | 54780 | 54578 | 54227 | 53873 | 53895 | 51953 | 51957 | -2823 |
| Algarve | 39364 | 43001 | 39233 | 39493 | 39131 | 39927 | 44623 | 5259 |
| Açores | 27742 | 28413 | 27550 | 27730 | 28738 | 30219 | 30107 | 2365 |
| Madeira | 24923 | 25026 | 25780 | 24714 | 25662 | 25070 | 25814 | 891 |

Tabela 14 – Número Urgências Hospitalares de 2012 a 2018 por NUTS II. Fonte PORDATA

| Urgências nos hospitais | | | | | | | | |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 2034582 | 2075583 | 2085716 | 2015172 | 2102019 | 2114747 | 2123463 | 88881 |
| Centro | 1521690 | 1476464 | 1449918 | 1412075 | 1473772 | 1466370 | 1458079 | -63611 |
| A.M. Lisboa | 1726606 | 1777082 | 1792218 | 1778156 | 1890504 | 1877309 | 1893811 | 167205 |
| Alentejo | 391249 | 395351 | 397095 | 377328 | 395444 | 376087 | 424519 | 33270 |
| Algarve | 239913 | 241463 | 235633 | 245170 | 250882 | 246300 | 249040 | 9127 |

1.3.3. Acessibilidade aos Cuidados Paliativos

Após a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, prevista na Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, a prestação de cuidados paliativos em Portugal apresentou um crescimento positivo. Com uma cobertura nacional mais abrangente, como também um aumento do número de camas e de equipas.

Em relação ao número de camas em unidade de cuidados paliativos, no total existiu um aumento de 191 camas a nível nacional, crescimento de 99% face a 2012, tendo sido a região do Centro a região com maior crescimento, passando de 45 camas a 104. Por outro lado, a região do Algarve manteve-se sem alterações. Em relação a região da Madeira e dos Açores, entre 2017 e 2018 também não existiu variação face ao número de camas. (Tabela 15)

Tabela 15 - Número de camas em unidade de Cuidados Paliativos (UCP) entre 2012 e 2018 por NUTS II. Fonte: Relatório Anual Sobre O Acesso A Cuidados De Saúde nos Estabelecimentos Do SNS E Entidades Convencionadas 2012-2016, Relatório Outono 2018 e 2019 Observatório Português Cuidados Paliativos*

| Nº de Camas UCP | | | | | | | | | |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Δ | 2017* | 2018* | Δ |
| Norte | 53 | 46 | 36 | 41 | 93 | 40 | 93 | 100 | 7 |
| Centro | 45 | 45 | 45 | 69 | 89 | 44 | 103 | 104 | 1 |
| A.M. Lisboa | 68 | 77 | 77 | 139 | 124 | 56 | 133 | 129 | -4 |
| Alentejo | 17 | 17 | 17 | 19 | 46 | 29 | 23 | 22 | -1 |
| Algarve | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 0 | 10 | 10 | 0 |
| Açores | // | // | // | // | // | // | 11 | 11 | 0 |
| Madeira | // | // | // | // | // | // | 8 | 8 | 0 |
| Total | 193 | 195 | 185 | 278 | 362 | 169 | 381 | 384 | 3 |

// - sem informação disponível

Em relação à tipologia de equipas de cuidados paliativos, entre 2017 e 2018 não existiu uma grande diversificação. A região do Norte teve uma pequena diminuição com menos duas unidades de cuidados paliativos, menos três equipas comunitárias e menos uma equipa intra-hospitalar. A região do centro com um aumento de três unidades de cuidados paliativos, duas equipas comunitárias e outras duas equipas intra-hospitalares. A região da Madeira manteve uma única UCP e uma única equipa comunitária. (Tabela 16)

Tabela 16 - Evolução do número de equipas em UCP, Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) de 2017 e 2018 por NUTS II. Fonte: Relatório Outono 2018 e 2019 Observatório Português Cuidados Paliativos.

| | UCP | | | ECSCP | | | EIHSCP | | |
|--------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | 2017 | 2018 | Δ | 2017 | 2018 | Δ | 2017 | 2018 | Δ |
| Norte | 7 | 5 | -2 | 8 | 5 | -3 | 14 | 13 | -1 |
| Centro | 4 | 7 | 3 | 1 | 3 | 2 | 10 | 12 | 2 |
| A.M. Lisboa | 8 | 11 | 3 | 6 | 6 | 0 | 13 | 13 | 0 |
| Alentejo | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 | 0 | 5 | 6 | 1 |
| Algarve | 1 | 1 | 0 | 3 | 3 | 0 | 1 | 2 | 1 |
| Açores | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 3 | 2 |
| Madeira | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 26 | 30 | 4 | 25 | 24 | -1 | 43 | 49 | 6 |

2. LOCAL DE MORTE

Desde 2012 que a morte do doente não oncológico se mantém maioritariamente a nível hospitalar, com ligeira descida, variando entre mínimo de 58.2% em 2014 e máximo de 60.9% em 2013. A morte em domicílio também apresentou com um decréscimo, passando de 30.4% em 2012 para 26,9% em 2018. Nos outros locais de morte existiu um ligeiro aumento, chegando máximo de 14% em 2017. (Figura 1)

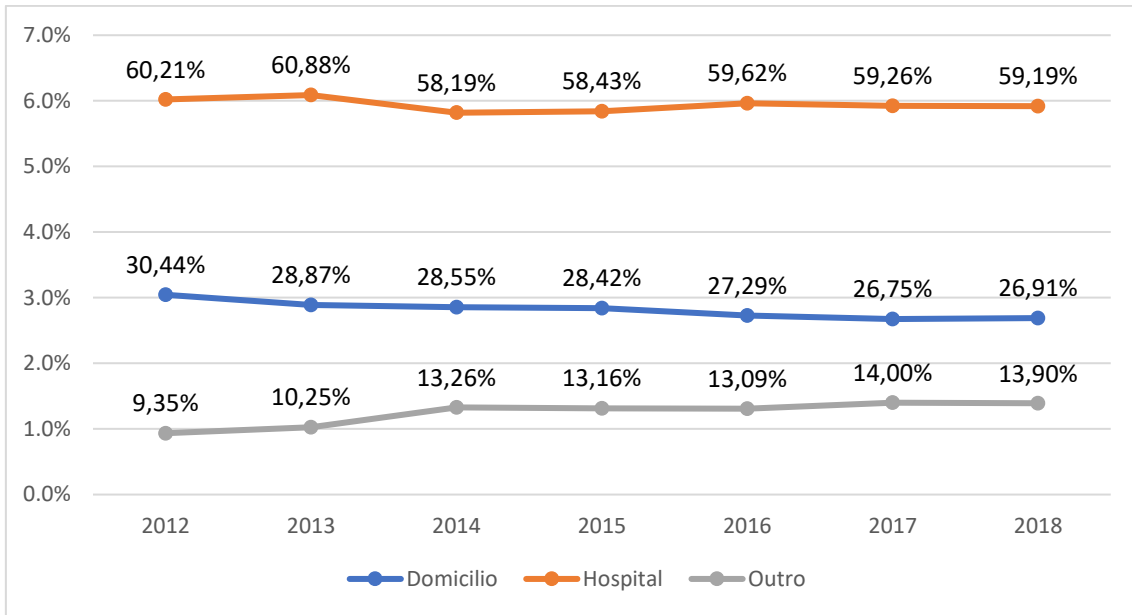


Figura 1 - Local de morte (%) do doente não oncológico entre 2012 e 2018

Quando se compara os doentes oncológicos com os não oncológicos, a tendência entre ambos mantém-se, sendo o local de morte mais comum o hospital, o doente oncológico (74% a 78%) e o não oncológico (59% a 61%).

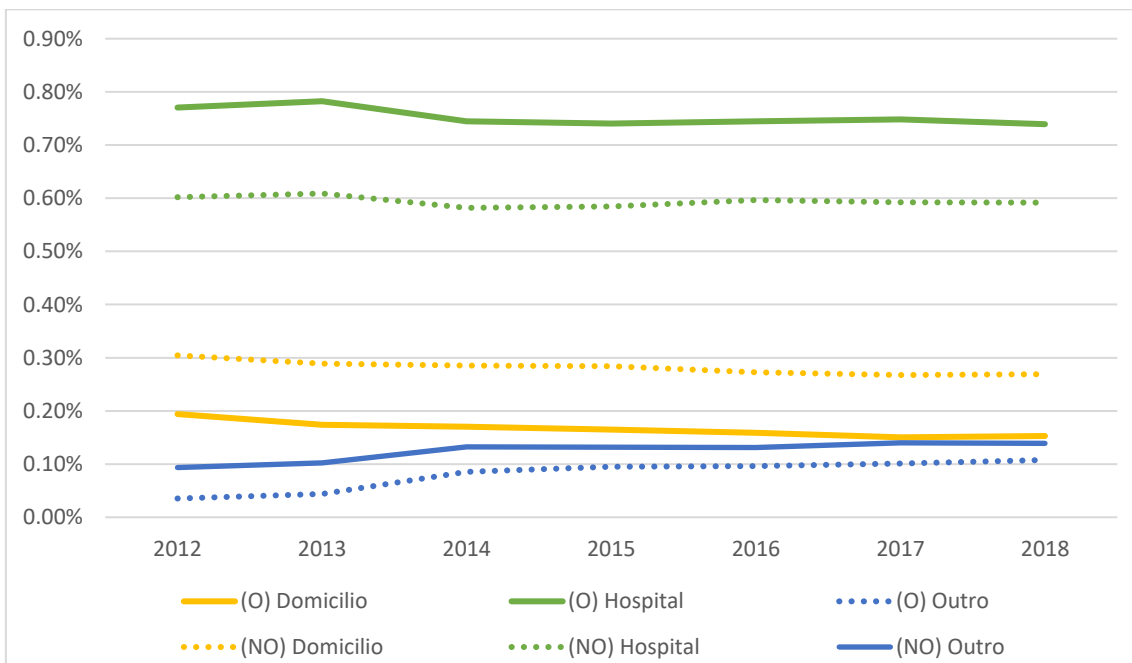


Figura 2 -Local de morte do doente oncológico e não oncológico entre 2012 e 2018

2.1. DOMICÍLIO

2.1.1. NUTS

No período de 2012 a 2018 existiu um ligeiro decréscimo do número de mortes em domicílio. Verificando que em 2018, a região Norte, Alentejo e Madeira reverteram essa tendência. A Madeira foi a que apresentou uma maior variância nesses 7 anos, com um aumento de 14% (2012) para 20% (2018) do número total de mortes em domicílio. (Figura 3)

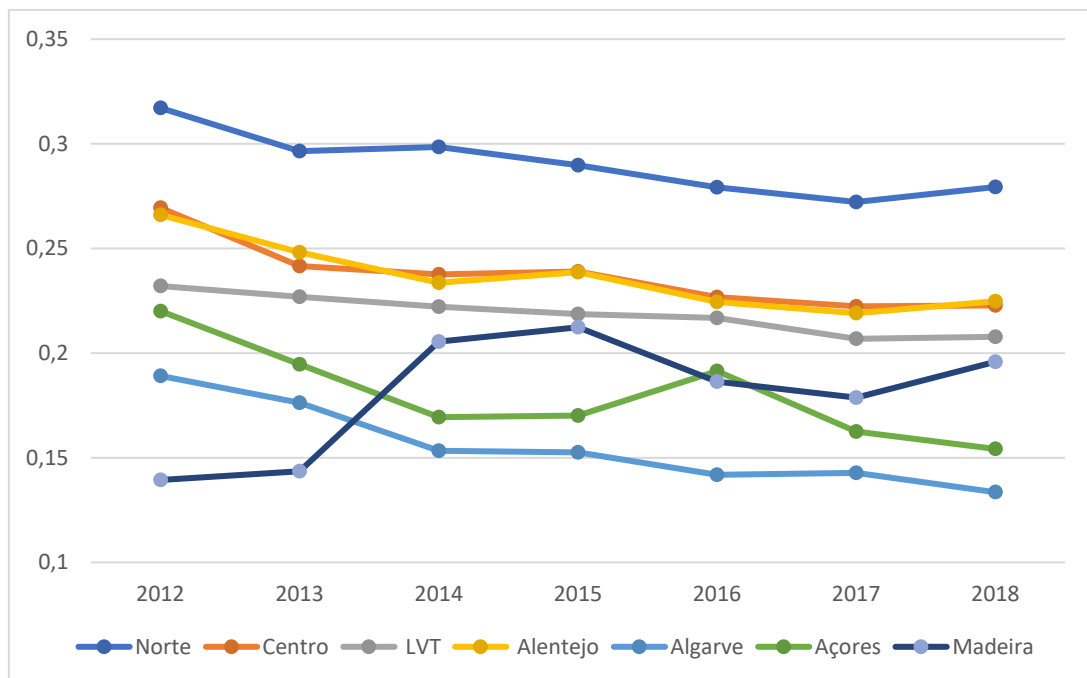


Figura 3 - Morte (%) em Domicílio por NUTS II entre 2012 e 2018 por NUTS II

Em relação aos doentes não oncológicos a tendência mantém-se decrescente tal como no total dos doentes. Mantendo-se a exceção da Madeira, com um aumento, passando de 17% (2012) a 24% (2018). (Figura 4)

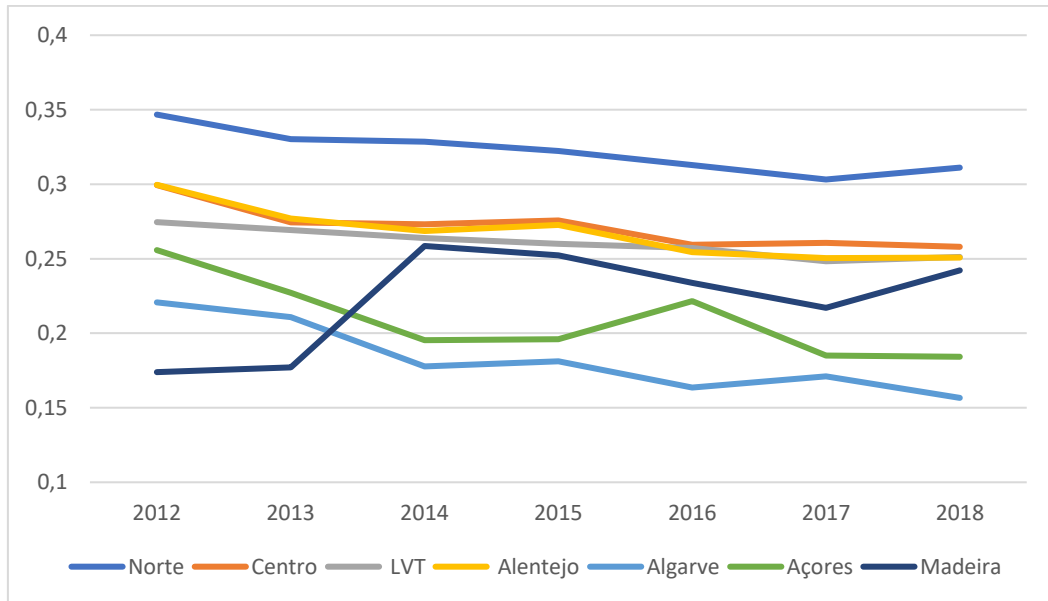


Figura 4 - Morte (%) do doente não oncológico por NUTS II entre 2012 e 2018

2.1.2. Doença

Em relação ao tipo de doença, os doentes de Alzheimer são os que mais morrem em domicílio, 42% de mortes por Alzheimer entre 2012 e 2018 foram em domicílio. Seguindo-se das doenças isquémicas cardíacas (40%). (Figura 5)

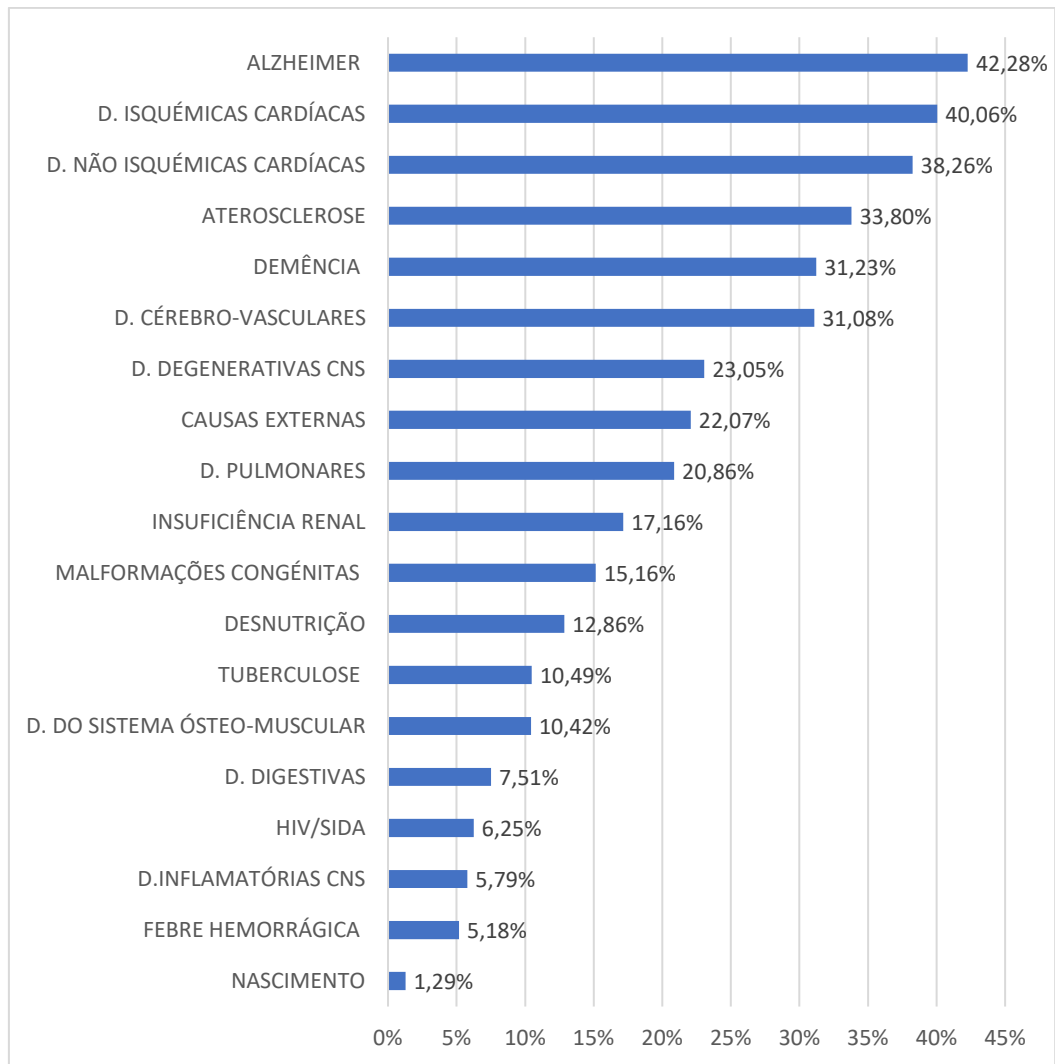


Figura 5 - Percentagem total de Mortes em Domicílio dos doentes não oncológicos por doença (CID-10) por NUTS II entre 2012 e 2018

2.2. HOSPITAL

2.2.1. NUTS

A nível hospitalar em 2014, a maioria dos territórios apresentou um decréscimo do número de total de mortes hospitalares, exceto Açores (aumento de 7%) e Algarve (aumento de 17%) nos 7 anos avaliados. (Figura 6)

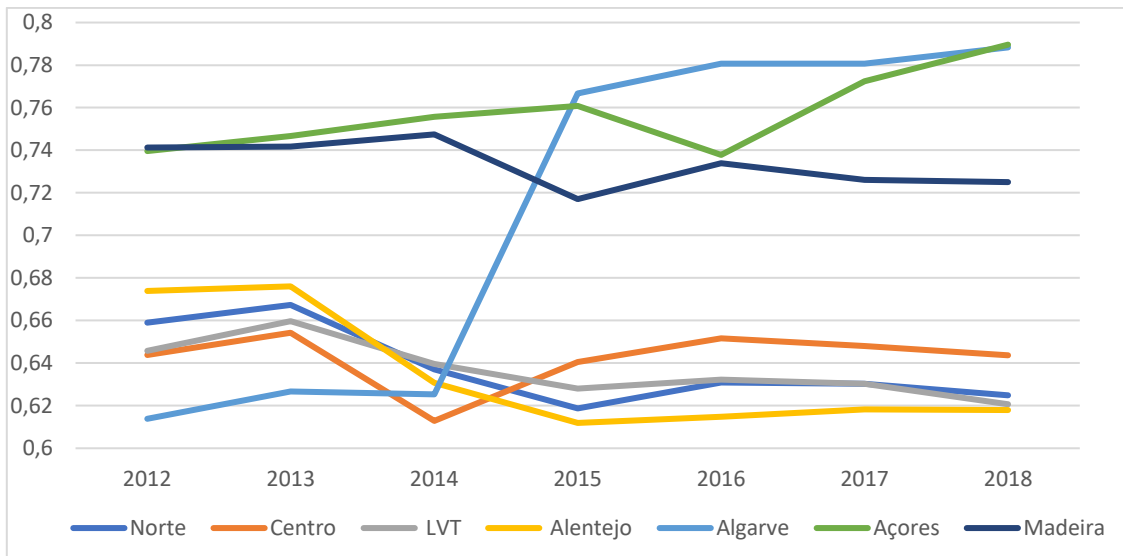
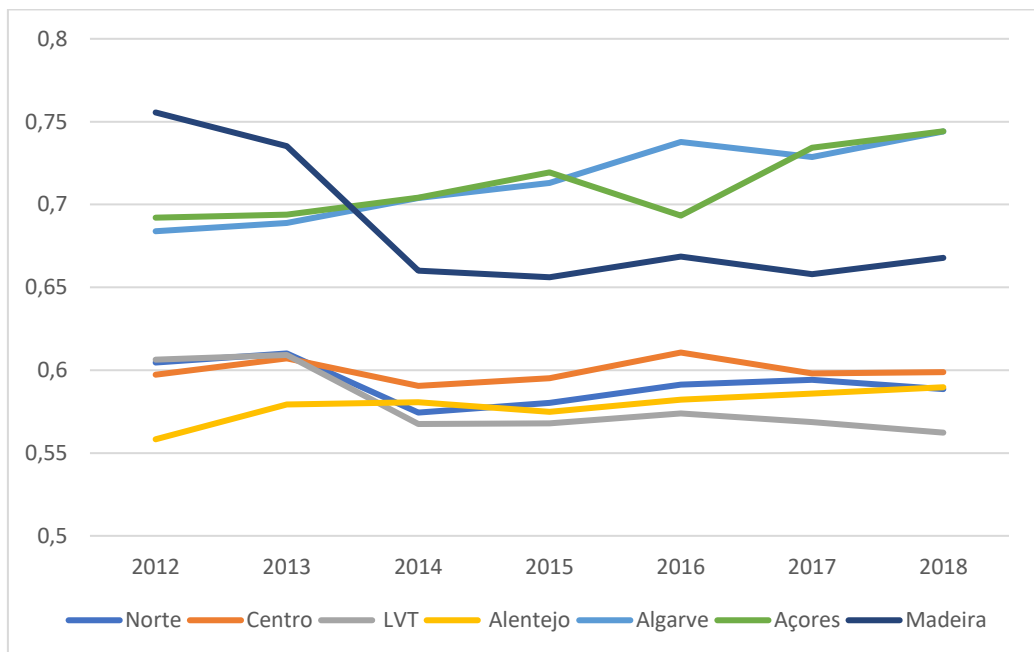


Figura 6 - Morte (%) em Hospital por NUTS II entre 2012 e 2018

Em relação ao doente não oncológico, existiu um maior crescimento do número de mortes em nível hospitalar, com exceção das regiões Norte, Lisboa e Madeira, sendo o Algarve onde mais se morreu a nível hospitalar (71%) face as restantes regiões. Na região Lisboa foi onde se verificou a menor % de mortes (57%) do total das mortes não oncológicas em ambiente hospitalar. (Figura 7)

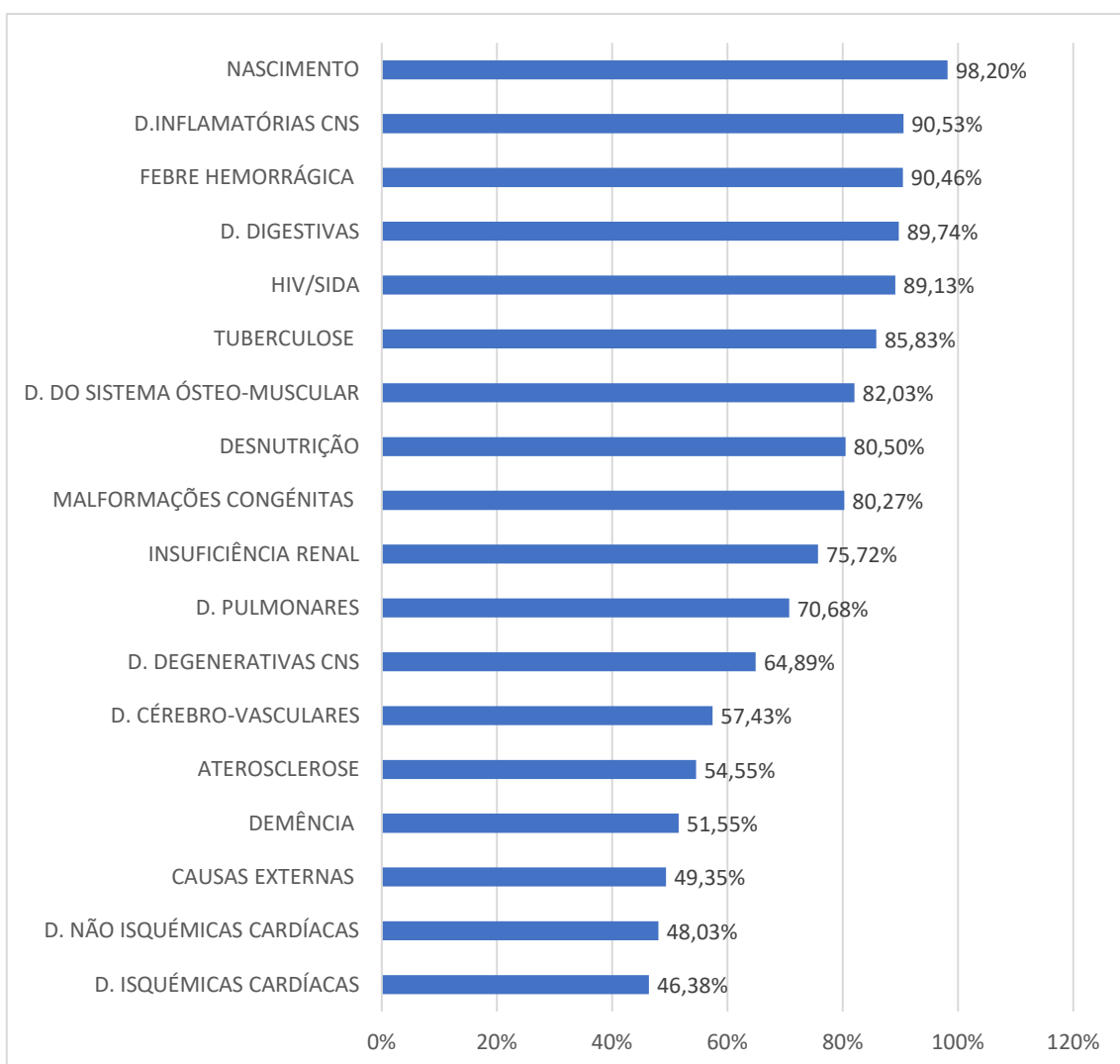
Figura 7 - Morte do doente não oncológico (%) em Hospital por NUTS II entre 2012 e 2018.



2.2.2. Doença

As doenças mais comuns (> 91%) em hospital serão as patologias relacionados como o nascimento, seguindo-se as doenças inflamatórias do sistema nervoso (encefalite, meningite) e febre hemorrágica, provavelmente pela sua necessidade de intervenção em contexto agudo, seguindo-se Doenças Digestivas e VIH. (Figura 8)

Figura 8 - Percentagem total de Mortes em Hospital dos doentes não oncológicos por doença (CID-10) por NUTS II entre 2012 e 2018



2.3. OUTROS

2.3.1. NUTS

Entre 2012 e 2018 existiu um aumento de mortes quer totais quer dos doentes não oncológicos em outros locais. Esse crescimento foi sobretudo verificado na região Lisboa (8% no total e 7% em doentes não oncológicos) e Norte (6% no total e 5% em doentes não oncológicos). O Algarve apresentou um menor crescimento (0,7% no total e 0,4% em doentes não oncológicos). (Figura 9)

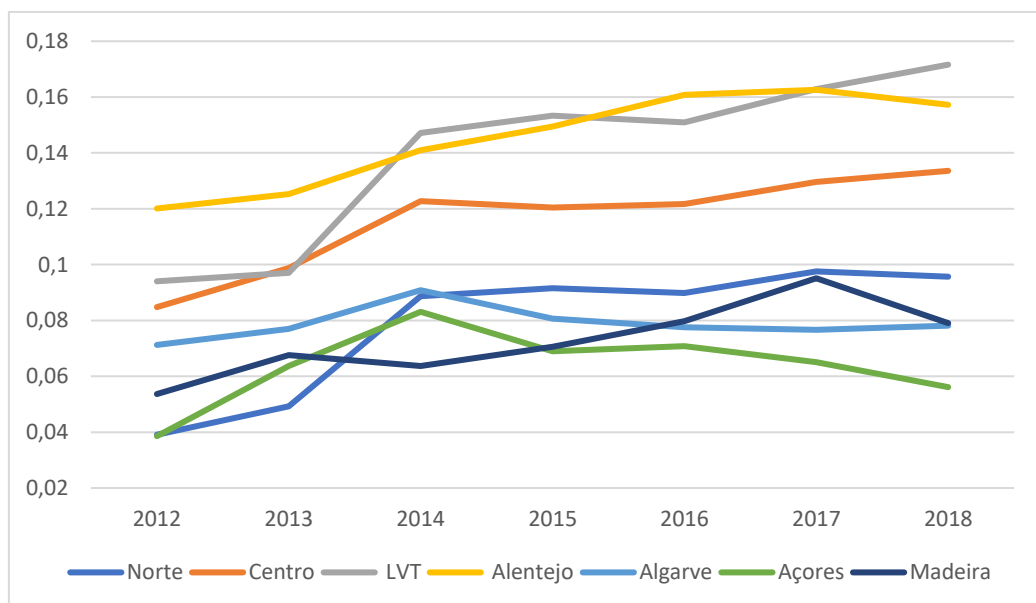


Figura 9 - Morte (%) em Hospital por NUTS II entre 2012 e 2018.

Em relação aos doentes não oncológicos, a região onde mais morrem em outros locais foi a região Lisboa (17%), e menos nos Açores (8%). (Figura 10)

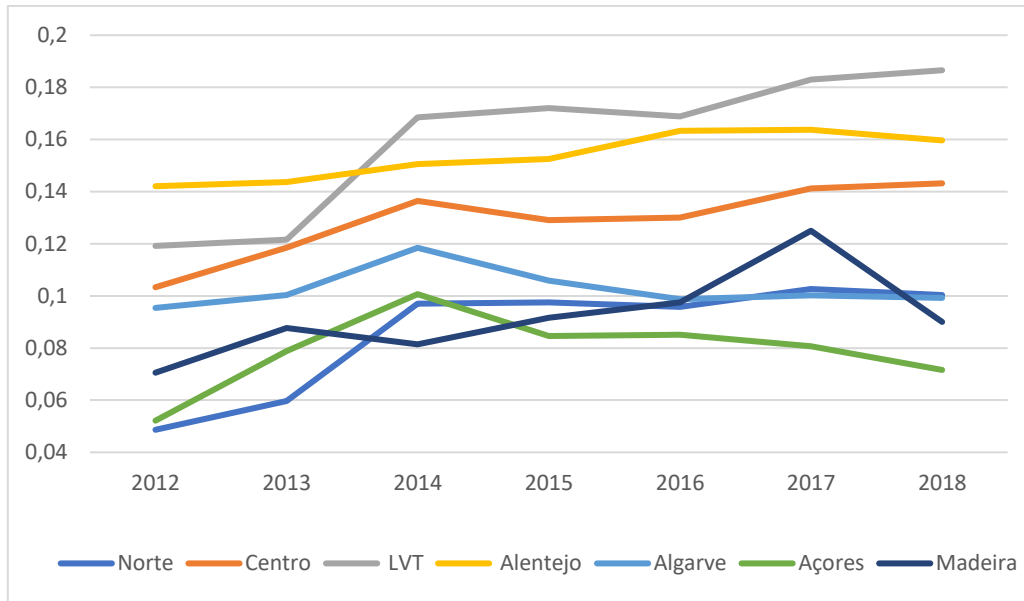


Figura 10 - Morte do doente não oncológico (%) em outro local por NUTS II entre 2012 e 2018.

2.3.2. Doença

Em relação as mortes em outros locais de morte, a maior causa está relacionado com causas externas, possivelmente pela natureza do tipo de lesão, como por exemplo trauma, seguindo-se os doentes de Alzheimer (19%) e Demência (17%), provavelmente pela idade avançada ou pela institucionalização dos doentes face ao peso em contexto familiar e/ou cuidador informal. (Figura 11)

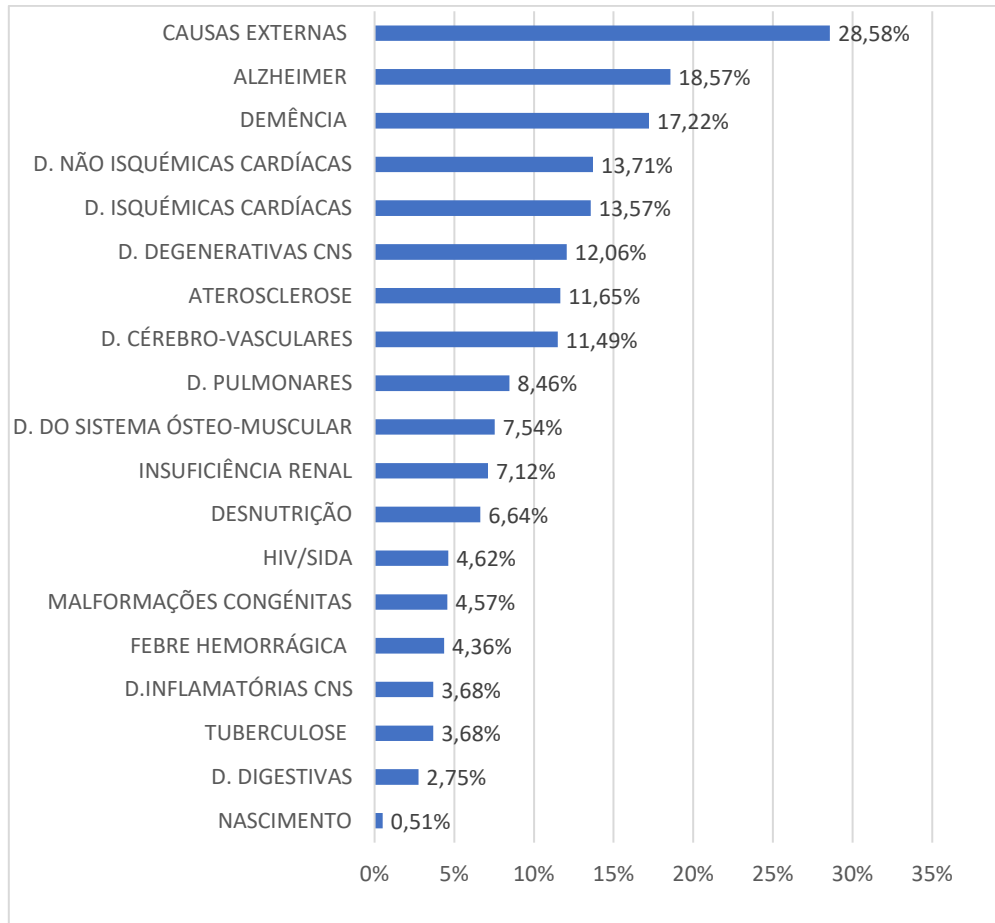


Figura 11 - Percentagem total de Mortes em outro local dos doentes não oncológicos por doença (CID-10) por NUTS II entre 2012 e 2018

3. Comparação com Preferência Local de Morte

Ao comparar o local de morte real de 2018 com as preferências dos portugueses em 2010 (Estudo PRISMA), verifica-se a existência de uma discrepância entre ambas. A morte em domicílio em 2018 do doente não oncológico foi de 28,4% face a preferência de 53,4%. A diferença percentual é ainda maior, quando se trata do meio hospitalar, onde apenas 8,2% referiam-no como meio preterido, face a morte de 63,6% em hospital. (Figura 12)

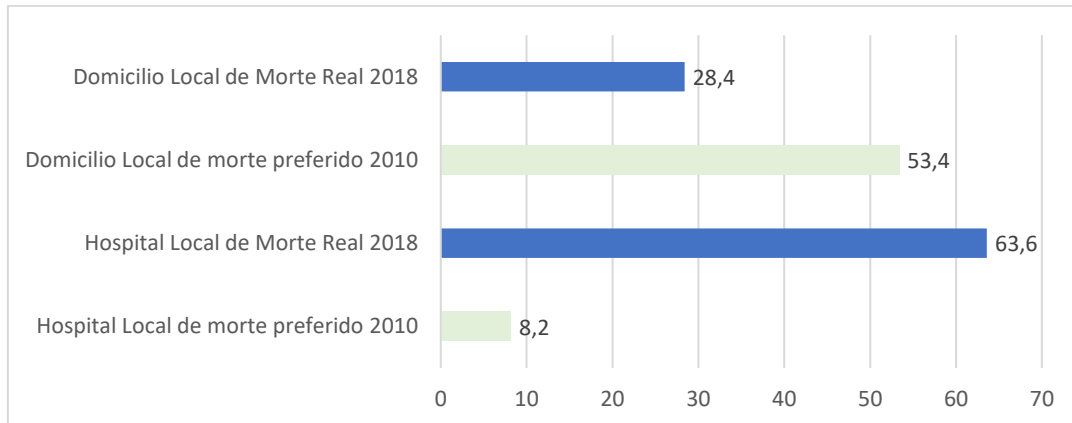


Figura 12 - Comparação de óbitos por local de morte do doente não oncológico 2018 (%) com preferências para morrer no hospital ou domicílio (%) 2010 (Estudo PRISMA)

Quando comparamos por área de residência, a diferença existente em 2010 entre o local de morte e a preferência dos portugueses, com a diferença entre as preferências de 2010 e o local de morte em 2018 dos doentes não oncológicos, em domicílio constata-se que a diferença entre a escolha e a realidade aumentou em todas as regiões exceto na região da Madeira. (Figura 13)

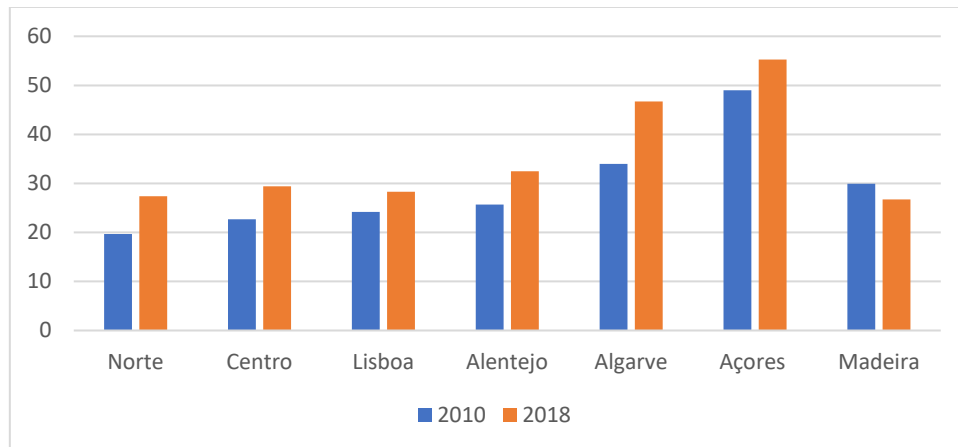


Figura 13 - Comparação entre a diferença de Preferência e Realidade do local de morte 2010 com diferença de Preferência de 2010 e realidade do local de morte doente não oncológico 2018 em Domicílio por NUTS II.

Já em relação ao meio hospitalar, essa diferença diminuiu não só na região da Madeira como também na região de Lisboa. (Figura 14)

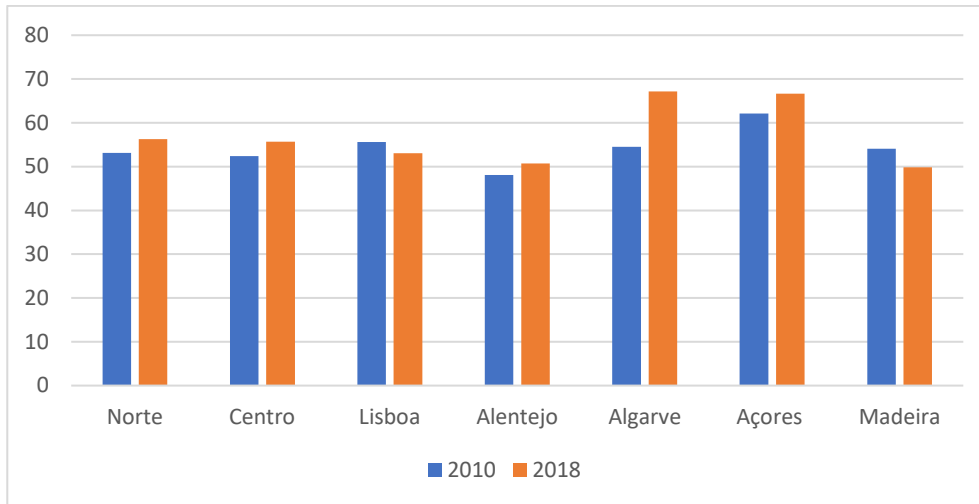


Figura 14 - Comparação entre a diferença de Preferência e realidade do local de morte 2010 com diferença de Preferência de 2010 e realidade do local de morte doente não oncológico 2018 em Hospital, por NUTS II

Discussão

Entre 2012 e 2018 a maioria das mortes dos portugueses continuaram a ser em ambiente hospitalar, tanto os doentes oncológicos como não oncológicos, tendência já prevista pelo estudo de Sarmiento, et al de 2016. Esta tendência contraria a preferência dos portugueses de morrer em domicílio, preferência esta demonstrada pela população geral no estudo PRISMA em 2010 e por Gomes, et al em 2013, assim como a preferência dos doentes não oncológicos, demonstrada num estudo de 2012 por Murtagh et al. (Figura 2)

Os doentes não oncológicos morrem mais em domicílio e noutros locais comparando com os doentes oncológicos, enquanto os doentes oncológicos face aos não oncológicos morrem mais em ambiente hospitalar, tendência já abordada por Gomes et al. em 2016. (Figura 2) No entanto, esta tendência contraria estudos anteriores como Cohen et al., 2006 e Murtagh et al., 2012, que aferiam uma menor probabilidade (apesar de ligeira) de morrer em casa nos doentes não oncológicos, assim como Pivodic em 2016, quando afirmou que os doentes oncológicos morriam mais em domicílio quando comparados com os não oncológicos.

O local de morte dos doentes não oncológicos é influenciado por múltiplos fatores, sendo estes variados e complexos, pelo que foram analisados alguns indicadores demográficos, sociais, saúde e acessibilidade a cuidados.

Do ponto de vista **demográfico**, entre 2012 e 2018, não existiu uma grande variação nos dados. Gomes et al apresentou a idade avançada como um fator para o decréscimo do número de mortes em Hospital. No entanto, na região dos Açores onde existiu o maior aumento da esperança média de vida não houve um decréscimo, mas sim um aumento do número de mortes a nível hospitalar. (tabela 2) (Figura 7)

No que toca a **fatores sociais**, Barbara Gomes et al. indica que os doentes casados teriam uma maior probabilidade de morrer em meio hospitalar. Em Portugal entre 2013 e 2018, a taxa de viuvez e como tal o maior número de casamentos dissolvidos por morte foram nas regiões do Alentejo e o Centro, ou seja, seriam regiões onde existiu decréscimo de

casais, no entanto foram regiões com crescimento a nível da morte em hospital do doente não oncológico. Por outro lado, os Açores onde a taxa de viuvez foi menor e a única com região com diminuição da mesma, também apresentou um aumento do número de mortes em hospital do doente não oncológico, não existido como tal coerência entre a relação entre casados e probabilidade de morrer em hospital (Tabela 5 e 6) (Figura 7)

Em relação ao subsídio de 3ª pessoa, a única região onde existiu crescimento foi na região de Lisboa, região que teve o maior decréscimo de mortes a nível hospitalar (Figura 7)

Um outro fator influenciador é a existência e a **acessibilidade aos cuidados de saúde**. Na região da Madeira, onde não existiu nenhuma alteração na acessibilidade aos cuidados Paliativos ou cuidados hospitalares, existiu um maior crescimento das mortes em domicílio, de 14 para 205. Este dado contraria Costa em 2014 que indicou como um dos indicadores de maior probabilidade de morrer no domicílio a existência de cuidados paliativos domiciliários. O que se destaca na região da Madeira foi uma melhoria no que toca à redução do número de habitantes por médico. (Tabela 7) (Figura 4)

Ainda em relação a acessibilidade dos cuidados de saúde, um dos fatores descritos por Pivodic et al e Murtagh et al como possível influenciador sobre local de morte é o número de camas hospitalares, onde um maior número de camas hospitalar levaria a uma menor probabilidade de morte em domicílio. A região do Algarve e região Norte apresentaram um aumento do número de camas hospitalares de 12% e 5% respetivamente, e também se verificou uma diminuição das mortes em domicílio, 6 % e 4% respetivamente. Assim como na Madeira onde existiu um decréscimo do número de camas existiu um aumento do número de mortes em domicílio. No entanto essa associação não se verificou nas restantes regiões. (Tabela 12) Em relação ao número internamentos este aumentou sobretudo no Algarve e Açores que também tiveram um aumento do número de mortes em meio hospitalar do doente não oncológico (Tabela 13) (figura 7)

Outro fator influenciador do local de morte é a **doença** terminal e o seu curso natural, sendo no doente não oncológico mais variável. No que toca ao VIH, segundo Barbara Gomes *et al* no estudo de 2018, a probabilidade de morrer em hospital era maior nestes doentes, o que também se verificou na análise realizada, uma vez que cerca de 89% das mortes VIH foram em ambiente hospitalar face a 6% em domicílio. (Figura 8) No mesmo estudo, os doentes com algum tipo de demência teriam uma menor probabilidade de morrer em hospital. Nos sete anos analisados, apesar de a maioria dos doentes com demência (52%) ter morrido em ambiente hospitalar, em relação à morte em domicílio esta representa a patologia mais frequente (42%). (Figura 5)

Alguns estudos, como Gomes *et al* 2018, indicaram que em doenças como DPOC face à sua natureza flutuante e curso de doença imprevisível, levaria a múltiplos internamentos e por tal maior probabilidade de morrer em hospital. Esta tendência verificou-se no período em análise com 71% da morte por doenças respiratórias a ocorrerem a nível hospitalar face a 21% em domicílio. (Figura 8)

Em relação à **preferência de local** de morte pelos portugueses, utilizando como ponto de referência o estudo PRISMA de 2010, verificou-se um aumento desta diferença no que toca a morte em domicílio a nível nacional, exceto na Madeira, onde realmente existiu um a tendência de aumento de mortes em domicílio; já no que toca a morte em hospital a diferença diminuiu quer na região da Madeira quer em Lisboa. (Figura 13 e 14)

Limitações e Vieses

O trabalho apresentado, pela sua própria metodologia contempla algumas limitações nas inferências finais do mesmo. Uma das limitações é a dependência do estudo na qualidade dos dados recolhidos pelo INE a partir dos certificados de óbito referentes ao local e motivo de morte. Esses dados estão sempre dependentes do registo do médico na altura do óbito, sendo passível de erro ou dúvida no preenchimento do certificado em si. Uma outra limitação é a existência de ambiguidade temporal no que toca à comparação com o estudo PRISMA realizado em 2010, uma vez que se está a comparar series temporais de exposição diferente dos dados analisados.

A seleção dos doentes não oncológicos foi realizada como base nos critérios utilizados no relatório da Comissão Lancet, o que impõe um viés de classificação, uma vez que apenas foram incluídos os doentes com determinadas causas de morte.

Conclusão

Nos últimos anos existiu uma evolução das políticas de saúde portuguesas em cuidados paliativos, nomeadamente a formulação Lei Base dos Cuidados Paliativos, que visava a equidade e a acessibilidade aos cuidados paliativos.

No entanto, Portugal continua a demonstrar um desfasamento considerável entre a realidade e as preferências dos locais de morte da população portuguesa, uma vez que de 2012 a 2018, a maioria das mortes dos portugueses continua a morrer em ambiente hospitalar, tanto oncológicos como não oncológicos. Mantendo a propensão desta diferença desde o último estudo sobre os locais de morte realizado em 2012 a nível nacional. A Madeira foi a única região a aumentar o número de mortes em domicílio, apesar da mesma não ter apresentado alterações a nível de acessibilidade de cuidados Paliativos.

O local de morte possui um vasto peso na sociedade, desde a nível individual do doente e do seu bem-estar, coletivo no meio familiar, social e económico. Dada a complexidade do mesmo, a abordagem dever ser cada vez mais realizada de uma forma multidimensional, adotando um modelo biopsicossocial, e assumindo a variabilidade dos vários fatores envolvidos, tais como a imprevisibilidade do curso de doença e das comorbidades associadas, as quais estarão em continua mudança.

As projeções para o futuro revelam um envelhecimento global crescente da população, com um aumento da esperança de vida e como tal do número de doentes com necessidades paliativas também irá aumentar. Neste âmbito, existe cada vez mais uma preocupação com o modelo do cuidado ao doente paliativo, do qual fazem parte os cuidados em fim de vida. A mudança será necessária de forma a se adequar de forma sustentada as políticas de saúde sobre o modelo de cuidado atual e futuro em Portugal, podendo existir uma maior aposta em cuidados domiciliários, tal como a hospitalização em domicílio.

De futuro seria interessante investigar mais sobre os outros locais de morte contemplados no certificado de óbito e tentar entender por que razão estes tem vindo a aumentar nos últimos anos, se por preferência, necessidade ou por maior acessibilidade. Outra sugestão seria exploração maior das motivações individuais para a escolha do local de morte e não apenas o foco no local físico final em si, ou seja, tentar compreender o que motiva a preferência do local de morte e adaptar as políticas de cuidado em fim de vida.

Referências Bibliográficas

- Addington-hall, J. (1998). Reaching Out: Specialist Palliative Care for Adult with Non-Malignant Diseases. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care services and Scottish Partnership Agency for Palliative and Cancer care.
- Bowling, A. (1983). The hospitalisation of death : should more people die at home ? *Journal of Medical Ethics*, 9, 158–161.
- Cohen, J., Bilsen, J., Hooft, P., Deboosere, P., Wal, G. Van Der, & Deliens, L. (2006). Dying at home or in an institution Using death certificates to explore the factors associated with place of death. *Health Policy*, 78, 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.11.003>
- Connor, S. R., & Sepulveda Bermedo, M. C. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. *World Palliative Care Alliance*. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2016.10.003>
- Costa, V. (2014). The Determinants of Place of Death : An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 14(16), 1–78. Retrieved from <http://www.hqontario.ca/evidence/publications-and-ohtac-recommendations/ontario-health-technology-assessment-series>.
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home : a systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(7).
- Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*, 55(February), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.38740.614954.55>
- Gomes, B., Higginson, I. J., & Saunders, C. (2008). Where people die (1974 – 2030): past trends , future projections and implications for care. *Palliative Medicine*, 22, 33–41.
- Gomes, B., Pinheiro, M. J., Lopes, S., Brito, M. De, Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L., & Barros, H. (2018). Risk factors for hospital death in conditions needing palliative care : Nationwide population-based death certificate study. *Palliative Medicine*, 32(4), 891–901. <https://doi.org/10.1177/0269216317743961>
- Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L., & Higginson, I. J. (2013). Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 26(4), 327–334.
- Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L., & Higginson, I. J. (2013). *Preferências e Locais de Morte*.
- Harding, R., & Higginson, I. J. (2010). Current perspective PRISMA : A pan-European co-ordinating action to advance the science in end-of-life cancer care. *European Journal of Cancer*, 46(9), 1493–1501. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.01.035>

- Health at a Glance : Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* (2018). Paris: OECD Publishing.
- Higginson, I., & Sen-Gupta, G. (2000). Place of Care in Advanced Cancer: a Qualitative Systematic Literature Review of Patient Preferences. *Journal of Palliative Medicine*, 3, 287–299.
- Jordão, J., & Leal, I. (2014). Conceito de boa morte na população portuguesa. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 15(1), 13–25.
- Klinkenberg, M., Ma, G. V., Groenou, M. I. B. Van, Wal, G. Van Der, Deeg, D. J. H., & Willems, D. L. (2005). The last 3 months of life : care , transitions and the place of death of older people. *Health and Social Care in the Community*, 13(5), 420–430.
- LANCET COMMISSION ON GLOBAL ACCESS TO PALLIATIVE. (2017). *Lancet Commission on global access to Palliative Care and pain Relief background document technical note and data appendix for report.*
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3(11), 2011–2030. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- Meier, E. A., Gallegos, J. V., Montross-Thomas, L. P., Depp, C. A., Irwin, S. A., & Jeste, D. V. (2017). Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *Am J Geriatr Psychiatry.*, 24(4), 261–271. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.01.135>. Defining
- Murtagh, F., Bausewein, C., Petkova, H., Sleeman, K., Dodd, R., Gysels, M., ... Higginson, I. (2012). *Understanding place of death for patients with non malignant conditions : a systematic literature review. Final Report.*
- Murtagh, F., Preston, M., & Higginson, I. (2004). Patterns of dying : palliative care for non-malignant disease. *Clinical Medicine*, 4(1), 39–44.
- Pivodic, L., Pardon, K., Morin, L., Addington-hall, J., Miccinesi, G., Cardenas-turanzas, M., ... Cohen, J. (2016). Place of death in the population dying from diseases indicative of palliative care need : a cross-national population-level study in 14 countries. *Journal Epidemiology Community Health*, 70, 17–24. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205365>
- Sarmiento, V. P., Higginson, I. J., Ferreira, P. L., & Gomes, B. (2016). Past trends and projections of hospital deaths to inform the integration of palliative care in one of the most ageing countries in the world. *Palliative Medicine*, 30(4), 363–373. <https://doi.org/10.1177/0269216315594974>
- Sistemas de Informação dos Certificados de Óbito: Manual de Utilizador.* (2011) (Versão 1.1). Lisboa: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.
- Stjernsward, J., Foley, K. M., & Ferris, F. D. (2007). The Public Health Strategy for Palliative Care The Need for Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 486–493.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.016>

Traue, D., & Ross, J. (2005). Palliative care in non-malignant diseases. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 98, 503–506.

WHO Definition of Palliative Care. (n.d.). Retrieved March 3, 2019, from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Apêndice

Apêndice 1 - Critérios Relatório da Comissão Lancet

| Doença | Código CID-10 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Febres hemorrágicas | A02, A05, A20-28, A31-32, A38, A40-49, A65-70, A74-79, A80-81, A87-89, A92-99, B0-04, B06-15, B25-49, B58-60, B64, B66-72, B74.3-74.9, B75, B78, B80-89, B91-99 (exceto B94.1) |
| Tuberculose | A15-19 |
| Vírus da Imunodeficiência Humana | B20-24 |
| Tumores malignos (exceto leucemia) | C00-C97 (exceto C91-95) |
| Leucemia | C91-95 |
| Demências | F01-03, G30-31 |
| Doenças inflamatórias do sistema nervoso central | A33-35, A39, A50-53, A82, A83-86, B05, B56, B94.1, G00, G03, G04 |
| Doenças degenerativas do sistema nervoso central | G06-12, G20-21, G23-25, G35-37, G40-41, G45-98 (except G72.1) |
| Doenças cerebrovasculares | I60-69 |
| Doenças não isquêmicas do coração | B57, I01-15, I30-33, I38, I40, I42, I50 |
| Doenças isquêmicas crônicas do coração | I20-25 |
| Doenças pulmonares | J30-98 |
| Doenças do fígado | B65, K20-22, K28-31, K38-66, K70-92 |
| Insuficiência renal | N00-19 |
| Afeções originadas no período perinatal | P03, P05, P07, P10-15, P20-22, P24-29 |
| Malformações congênitas e anomalias cromossômicas | Q00-99 |
| Causas externas de mortalidade | V01-Y98 |
| Aterosclerose e outras doenças vasculares | I00, I26-28, I34-37, I44-49, I70-83, I89, I95-97, I99 |
| Doenças do sistema osteo-muscular e do tecido conjuntivo | M00-99 |
| Desnutrição | E40-46 |

Apêndice 2 – Fonte das Variáveis

| Variáveis | | Fonte |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Local de Morte | | |
| Domicílio; Hospital /Clinica; Outro Local | | INE |
| Causa de morte | | |
| | | INE |
| Região de residência | | |
| NUTS II | | INE |
| Preferências do local de morte | | |
| | | Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. |
| Indicadores demográficos | | |
| Densidade Populacional, Índice de Envelhecimento e Esperança média de vida à nascença; | | PORDATA |
| Indicadores sociais | | |
| Subsídio por assistência a 3ª pessoa, Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido (RMG) e Rendimento Social de Inserção (RSI), Casamento dissolvidos por morte; Taxa bruta de viuvez; | | PORDATA |
| Indicadores de saúde | | |
| ✓ Acessibilidade Cuidados Primários | Número médicos; número de médicos de Medicina Geral e Familiar; Rácio de habitantes por médico; | PORDATA |
| ✓ Acessibilidade aos Cuidados Especializados | Número total de Hospitais (públicos e privados); Número de camas hospitalares; Número de Internamentos hospitalares; Número Urgências Hospitalares; | PORDATA |
| ✓ Acessibilidade a Cuidados Paliativos | Número de camas em unidade de Cuidados Paliativos; Evolução do número de equipas em UCP, Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). | Relatório Anual Sobre O Acesso A Cuidados De Saúde nos Estabelecimentos Do SNS E Entidades Convencionadas 2012-2016, Relatório Outono 2018 e 2019 Observatório Português Cuidados Paliativos Relatório Outono 2018 e 2019 Observatório Português Cuidados Paliativos |