

VIVER EM TEMPOS INCERTOS SUSTENTABILIDADE E EQUIDADE NA SAÚDE



6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL CONTINENTAL

CONTEXTUALIZAÇÃO
E CARATERIZAÇÃO

Manuel Luís Capelas
Sandra Martins Pereira
Catarina Simões
Patricia Coelho

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Em 2013 e mais tarde em 2015, foram publicadas duas análises independentes sobre o estado dos Cuidados Paliativos (CP) em Portugal⁽¹⁻²⁾ tendo, na altura, ambas realizado um conjunto de críticas e recomendações para uma evolução

mais favorável. Quatro anos depois, e já com quase 1 ano de criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos⁽³⁾ e da sua Comissão Nacional⁽⁴⁾ importa realizar uma análise da evolução efetuada, tendo em conta as recomendações efetuadas.

A análise agora efetuada, apenas relativa a Portugal Continental e com data de fecho a 31/12/2016, está baseada em dados disponibilizados pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP), pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). Esta última fonte, sendo importante e real, não deixa de apresentar limitações, pois alguns dos dados apresentados foram disponibilizados após serem pré-processados, ou seja, não dispomos dos dados originais, mas já depois de uma análise e apresentação estatística por parte do MS, o que impede uma análise crítica e independente da realidade. Estamos, nomeadamente, a referir-nos, por um lado, aos dados relativos aos elementos integradores das equipas e sua carga horária de alocação à equipa e, por outro lado, à não existência de registos estandardizados e centralizados de todos os doentes assistidos pelos recursos de CP o que impede a sua identificação e caracterização adequada.

A presente contextualização e caracterização assentam, pois, numa análise efetuada com base na triangulação dos dados disponibilizados pelas fontes supracitadas, tendo em conta esta última salvaguarda.

Recursos de cuidados paliativos

As tipologias de recursos de CP no nosso país assumem três dimensões essenciais: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

A *European Association for Palliative Care* (EAPC) recomenda, para uma cobertura adequada, 1 ECSCP/10⁽⁵⁾ habitantes, 1 EIHSCP/Hospital ou no mínimo por cada hospital com pelo menos 250 camas, e 80-100 camas/10⁽⁶⁾ habitantes⁽⁵⁾ considerando-se que apenas 30% destas devem estar alocadas em instituições de tipologia de agudos⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾. Deste modo, com base em dados do Instituto Nacional de Estatística (população estimada para Portugal Continental em 2015: 9 839 140 habitantes) seriam necessárias 98 ECSCP, 787 a 983 camas (236-295

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

em instituições de agudos^(a) e 98 EIHSCP^(b).

Quanto às ECSCP a taxa de cobertura nacional era de 21%, o que representa um aumento de 133% em relação a 2013. No entanto as assimetrias, tanto em termos de Administrações Regionais de Saúde

(ARS) como de Distritos, são significativas. Estes dados parecem revelar um planeamento estratégico não operacionalizado por estruturas supra ARS, que permita uma visão nacional desta área do cuidar, assim como objetivos diferentes entre as ARS (Quadros 1 e 2).

Quadro 1. ECSCP por ARS
(31/12/2016)

ARS	2013	2016			Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	% Cobertura	
Norte (N)	4	32	9	25	125
Centro (C)	0	23	1	4	
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	2	35	5	14	15
Alentejo (ALT)	2	4	4	100	100
Algarve (ALG)	1	4	2	50	100
Portugal Continental	9	98	21	21	133

Fonte: Portal da Saúde, APCP, MS, CNCP, OPCP, INE.

a Em hospitais vocacionados para abordagem e doentes complexos, sendo estas UCP apenas doentes de elevada complexidade.

b Este número está calculado por excesso, pois com o agrupamento em Unidades Locais de Saúde e Centros Hospitalares, pode não ser necessária a existência de 1 EIHSCP/hospital se a dimensão, em termos de recursos humanos, da equipa se considerar adequada para o número total de camas da instituição. Por ausência de dados sem pré-processamento, tal análise não pôde ser efetuada.

Quadro 2. ECSCP por Distrito
(31/12/2016)

Distrito	2013	2016		Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	
Aveiro		7		0
Beja	2	1	3	300
Braga		8		0
Bragança	1	1	3	300
Castelo Branco		2		0
Coimbra		4	1	25
Évora		2	1	50
Faro	1	4	2	50
Guarda		2		0
Leiria		5		0
Lisboa	2	22	3	14
Portalegre		1		0
Porto	3	18	4	22
Santarém		4		0
Setúbal		9	2	22
Viana do Castelo		2	2	100
Vila Real		2		0
Viseu		4		0

Fonte: Portal da Saúde, APCP, MS, CNCP, OPCP, INE.

De acordo com os dados disponíveis, não existe uniformização do horário de funcionamento, existindo equipas que funcionam os 7 dias da semana, com horários que variam de 4 a 12 horas/dia, como outras que só funcionam durante os dias úteis, com horário que varia entre 4 a 9 horas/dia, com aconselhamento telefónico ao fim-de-semana. Esta realidade dificulta a continuidade dos cuidados, urgindo o desenvolvimento urgente de respostas que permitam essa continuidade, por forma a garantir um apoio a estes doentes 24h/dia, 7 dias/semana.

Relativamente às EIHS CP, existiu entre 2013 e 2016 um aumento de 21 para 34 equipas (+62%). Não obstante, devido à ausência de dados fidedignos, não pode avaliar-se a taxa de cobertura nacional. Como resultado da reorganização dos cuidados hospitalares em centros hospitalares, pode, atualmente, existir uma equipa para vários hospitais, desde que a sua dimensão em recursos humanos seja adequada. Na ausência desta informação, tal avaliação não será realizada. No entanto, importa referir que existe assimetria na disponibilidade destes

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

recursos, com os distritos de Leiria, Guarda e Évora sem nenhuma EIHS CP, o que pode dever-se a razões já apresentadas acima para as ECSCP.

Similarmente ao verificado nas ECSCP, também não existe uniformização do horário de funcionamento das EIHS CP, com variação de horário de 8 a 12 horas/dia, de 2^a-6^a feira, existindo 2 que funcionam ao sábado entre as 9-13h.

Também em relação às UCP se verifica evolução assimétrica entre as ARS e os Distritos, existindo um total de 26 equipas, 5 de tipologias de agudos (2 das quais apenas para doentes oncológicos seguidos nos respetivos Institutos de Oncologia-

Coimbra e Porto) e as restantes de não-agudos. De entre a evolução, salienta-se a redução de 1 UCP no distrito do Porto, pois existiam 2 de tipologias diferentes (agudos e não-agudos, esta pertencente à RNCCI) ficando agora exclusivamente de agudos, para doentes oncológicos e seguidos no IPO-Porto. Esta assimetria em termos de números, tem por um lado, como causa uma natureza demográfica, que é compreensível, mas como todas as ARS estão com cobertura abaixo do mínimo, conforme se poderá ver aquando da análise do número de camas disponíveis, também se deverá a questões de índole de planeamento e investimento estratégicos (Quadros 3 e 4).

Quadro 3. UCP por ARS
(31/12/2016)

ARS	Existentes		Evolução 2013-2016(%)
	2013	2016	
Norte (N)	5	5	0
Centro (C)	5	5	0
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	8	12	50
Alentejo (ALT)	3	3	0
Algarve (ALG)	1	1	0
Portugal Continental	22	26	23

Fonte: Portal da Saúde, APCP, MS, CNCP, OPCP, INE.

Quadro 4. UCP por Distrito
(31/12/2016)

Distrito	Existentes		Evolução 2013-2016(%)
	2013	2016	
Aveiro	0	0	0
Beja	1	1	0
Braga	1	1	0
Bragança	1	1	0
Castelo Branco	1	1	0
Coimbra	2	2	0
Évora	1	1	0
Faro	1	1	0
Guarda	1	1	0
Leiria	0	0	0
Lisboa	5	7	40
Portalegre	1	1	0
Porto	3	2	-33
Santarém	0	1	0
Setúbal	3	4	33
Viana do Castelo	0	0	0
Vila Real	0	1	0
Viseu	1	1	0

Fonte: Portal da Saúde, ACP, MS, CNCP, OCP, INE.

A mesma tendência de evolução e de cobertura assimétricas regista-se relativamente às camas das UCP, sejam de agudos ou não agudos. Salienta-se que nos distritos de Aveiro, Leiria e Viana do Castelo não existe nenhuma UCP. Em relação às primeiras a cobertura nacional é de 35% e em relação às segundas de 42%, com uma taxa global de cobertura de 40%^(c) (Quadros 5-10).

Importa referir que a descida acentuada verificada no distrito do Porto, tem como explicação a saída de 20 camas que pertenciam à RNCCI para tipologia de agudos, a que acrescentaram contratualmente mais 8 camas numa outra UCP pertencente à RNCCI.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Quadro 5. Camas de CP (geral) por ARS
(31/12/2016)

ARS	2013	2016			Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	% Cobertura	
Norte (N)	66	286	95	33	44
Centro (C)	75	205	79	39	5
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	83	318	147	46	77
Alentejo (ALT)	17	37	23	62	35
Algarve (ALG)	10	40	10	25	0
Portugal Continental	251	886	354	40	41

Fonte: Portal da Saúde, APCP, MS, CNCP, OPCS, INE.

Quadro 6. Camas de CP (geral) por Distrito
(31/12/2016)

Distrito	2013	2016			Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	% Cobertura	
Aveiro	0	63	0	0	0
Beja	6	13	6	46	0
Braga	10	75	10	13	0
Bragança	8	12	17	142	113
Castelo Branco	10	17	10	59	0
Coimbra	34	37	38	103	12
Évora	6	14	8	57	33
Faro	10	40	10	25	0
Guarda	11	14	11	79	0
Leiria	0	42	0	0	0
Lisboa	52	201	80	40	54
Portalegre	5	10	9	90	80
Porto	48	160	56	35	17
Santarém	0	39	15	38	
Setúbal	31	77	52	68	68
Viana do Castelo	0	21	0	0	0
Vila Real	0	18	12	67	
Viseu	20	33	20	61	0

Fonte: Portal da Saúde, APCP, MS, CNCP, OPCS, INE.

Quadro 7. Camas de CP (agudos) por ARS
(31/12/2016)

ARS	2013	2016		Evolução 2013-2016(%)	
	Existentes	Estimadas	Existentes		% Cobertura
Norte (N)	20	86	52	60	160
Centro (C)	30	61	30	49	0
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	6	95	8	8	33
Alentejo (ALT)	0	11	4	36	
Algarve (ALG)	0	12	0	0	0
Portugal Continental	56	265	94	35	68

Fonte: Portal da Saúde, APCS, MS, CNCP, OPCS, INE.

Quadro 8. Camas de CP (agudos) por Distrito
(31/12/2016)

Distrito	2013	2016		Evolução 2013-2016(%)	
	Existentes	Estimadas	Existentes		% Cobertura
Aveiro	0	19	0	0	0
Beja	0	4	0	0	0
Braga	0	23	0	0	0
Bragança	0	3	0	0	0
Castelo Branco	10	5	10	200	0
Coimbra	20	11	20	182	0
Évora	0	4	0	0	0
Faro	0	12	0	0	0
Guarda	0	4	0	0	0
Leiria	0	12	0	0	0
Lisboa	0	60	0	0	0
Portalegre	0	3	4	133	
Porto	20	48	40	83	100
Santarém	0	12	0	0	0
Setúbal	6	23	8	35	33
Viana do Castelo	0	6	0	0	0
Vila Real	0	5	12	240	
Viseu	0	10	0	0	0

Fonte: Portal da Saúde, APCS, MS, CNCP, OPCS, INE.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Quadro 9. Camas de CP (não-agudos) por ARS
(31/12/2016)

ARS	2013	2016			Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	% Cobertura	
Norte (N)	66	200	46	23	-30
Centro (C)	25	143	49	34	96
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	77	222	139	63	81
Alentejo (ALT)	17	26	19	73	12
Algarve (ALG)	10	28	10	36	0
Portugal Continental	195	619	263	42	35

Fonte: Portal da Saúde, APCS, MS, CNCP, OPCS, INE.

Quadro 10. Camas de CP (não-agudos) por Distrito
(31/12/2016)

Distrito	2013	2016			Evolução 2013-2016(%)
	Existentes	Estimadas	Existentes	% Cobertura	
Aveiro	0	44	0	0	0
Beja	6	9	6	67	0
Braga	10	53	10	19	0
Bragança	8	8	17	213	113
Castelo Branco	0	12	0	0	0
Coimbra	14	26	18	69	29
Évora	6	10	8	80	33
Faro	10	28	10	36	0
Guarda	11	9	11	122	0
Leiria	0	29	0	0	0
Lisboa	52	141	80	57	54
Portalegre	5	7	5	71	0
Porto	28	112	16	14	-43
Santarém	0	28	15	54	
Setúbal	25	54	44	81	76
Viana do Castelo	0	15	0	0	0
Vila Real	0	12	0	0	0
Viseu	20	23	20	87	0

Fonte: Portal da Saúde, APCS, MS, CNCP, OPCS, INE.

Referenciação e admissão de doentes

Durante o ano de 2016, existe um registo de 1638 episódios de referenciação a que corresponde um número total de 1567 doentes. Destes 1567 doentes, 1208 conseguiram a admissão, o que corresponde a 74% dos episódios e 77% dos doentes referenciados. Seguindo o modelo de Murtagh et al.⁽⁹⁾, tendo em conta a estimativa de 71183-84594 doentes com necessidade de cuidados paliativos neste ano, constata-se que apenas 1.9-2.2% dos doentes foram referenciados, e que apenas foram admitidos 1.4-1.7% dos que necessitavam efetivamente de cuidados paliativos. Tendo em consideração os dados reportados em 2013⁽¹⁰⁾ observa-se, ao nível da referenciação, uma redução de 336 episódios (-17%) e de 321 doentes admitidos (-23%), o que se constitui como preocupante tendo em conta o aumento da capacidade de resposta neste período, conforme registado acima. Os dados acima, implicam uma reflexão profunda

por parte dos decisores por forma a garantir que mais doentes que necessitem de CP a eles possam aceder em tempo útil.

O tempo que mediou entre a referenciação e a admissão variou entre 0 e 359 dias^(d), com mediana de 21 dias (média: 32 dias, DP: 38.4), quartil 1 e quartil 3 respetivamente de 9 e 39.5 dias. Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$) (Quadro 11).

d Não existe informação que possa ajudar a explicar esta amplitude: poderá corresponder a diferentes "estádios" de aceitação dos CP para os diferentes referenciadores.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Quadro 11. Tempo entre Referência e Admissão por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	2.00	0.00	1.00	1.00	6.00	0.00
Máximo	323.00	331.00	232.00	232.00	190.00	359.00
Média	35.92	15.76	47.97	39.41	40.50	31.96
Média aparada 5%	26.25	13.47	43.09	33.92	34.11	26.61
Mediana	20.00	10.50	38.00	24.50	25.00	21.00
Desvio padrão	55.31	26.63	38.79	44.75	50.12	38.40
Q1	10.00	6.00	28.00	13.00	17.50	9.00
Q3	34.00	19.00	57.00	39.00	35.50	39.50

Fonte: Portal da Saúde, MS, Gestcare CCI.

Um outro indicador importante é o tempo compreendido entre a referência e a morte do doente. Este variou entre 2 e 329 dias^(e), com mediana de 40 dias (média: 51 dias, DP: 42.1), quartil 1 e quartil 3 respetivamente de 22 e 70 dias.

Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$). Uma amplitude tão elevada gera a necessidade de uma discussão profunda sobre os critérios e “timing” das referências (Quadro 12 e Figura 1).

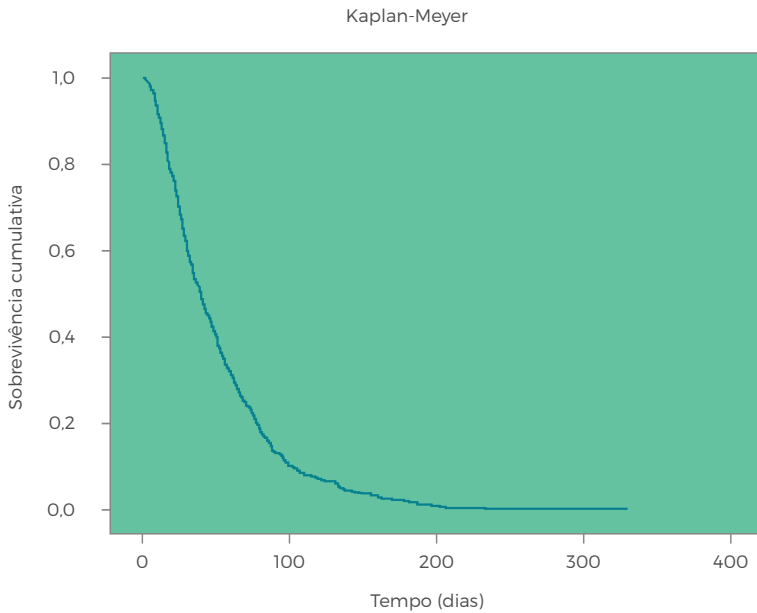
Quadro 12. Tempo entre Referência e Morte por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	11.00	2.00	11.00	6.00	18.00	2.00
Máximo	87.00	198.00	329.00	204.00	59.00	329.00
Média	37.00	37.08	73.66	49.45	36.71	51.30
Média aparada 5%	35.67	33.63	69.33	43.85	36.52	46.83
Mediana	34.00	27.00	61.00	37.00	27.00	40.00
Desvio padrão	21.87	32.10	46.86	40.57	16.36	42.10
Q1	23.00	16.00	42.00	25.00	25.50	22.00
Q3	46.00	49.00	94.00	65.00	51.00	70.00

Fonte: MS, Gestcare CCI.

e Não existe informação que possa ajudar a explicar esta amplitude; poderá corresponder a diferentes “estádios” de aceitação dos CP para os diferentes referenciadores.

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier do tempo entre referenciação e morte, 2016.



Fonte: MS-Gestcare CCI.

A maioria (69,5%) dos episódios de referenciação teve origem em instituições hospitalares e os restantes (30,5%) nos cuidados de saúde primários. A quase totalidade (95,5%) destes episódios tinham como indicação o internamento em UCP (não-agudos) e os restantes (4,55%) o apoio pelas ECSCP.

O motivo de referenciação mais prevalente (90,7%) foi o “Utente em situação fragilidade”, que embora se compreenda devido ao envelhecimento da população, ne-

cessita de maior clarificação relativamente ao tipo de fragilidade que o doente vivencia: física? cognitiva? etc. ... Com menor prevalência (1,5%) encontra-se o “Descanso do cuidador”. De ressaltar que, sendo a referenciação para serviços de cuidados paliativos, o motivo “cuidados paliativos” só se encontra em 82,5% dos casos. Este dado implica uma adequada reflexão se pretendemos fazer um planeamento que vá ao encontro das necessidades dos doentes (Quadro 13).

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Quadro 13. Motivos de Referência
2016 (n=1638)

Motivos de referênciação	N.º	%
Utente em situação fragilidade	1 486	90.7
Necessidade continuidade de cuidados	1 456	88.9
Cuidados paliativos	1 351	82.5
Necessidade ensino doente/cuidadores	1 301	79.4
Doenças crónicas com episódio de agudização	1 144	69.8
Necessidade vigilância e tratamentos complexos	1 086	66.3
Outra causa de solicitação	191	11.7
Descanso do cuidador	24	1.5

Fonte: MS, Gestcare CCI.

Doentes sob apoio de equipas de CP ou internados em UCP

No ano de 2016, estiveram sob apoio de equipas de cuidados paliativos ou internados em UCP 4691 doentes^(f), o que corresponde a 5.5-6.6% do número total estimado de doentes com necessidades paliativas^(g). Tal correspondeu a 5748 episódios de admissão, pelo que se pode assumir que existiram doentes com mais que 1 episódio de admissão.

Para as UCP existiram 2094 episódios de admissão (36%) e para as EIHSCP 3654 (64%), não existindo, nos dados reportados pelo MS, nenhum registado para ECSCP. A indicação da tipologia divergiu entre as ARS ($p < 0.05$) (Quadro 14).

f Embora não registados em conformidade, segundo informações do MS, terão sido admitidos nas equipas/unidades de CP 13228 doentes, o que poderá corresponder a 16-19% de cobertura. Estes valores não entraram na análise neste capítulo realizada, por não existirem outros dados complementares. Tal implica a necessidade premente de melhores e mais adequados registos da atividade das equipas/unidades.

Quadro 14. Tipologias dos serviços dos episódios de admissão por ARS
(n=5748)

ARS	UCP		EIHSCP		Total
	N.º	%	N.º	%	
Norte (N)	398	19	1736	81	2134
Centro (C)	544	100	0	0	544
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	799	36	1447	64	2246
Alentejo (ALT)	186	47	211	53	397
Algarve (ALG)	167	39	260	61	427
Portugal Continental	2094	36	3654	64	5748

Fonte: MS, Gestcare CCI.

O tempo que mediou entre a reserva da admissão e admissão real variou entre 0 e 8 dias, com mediana de 0 dias (média: 0.5 dias, DP: 1.1), quartil 1 e quartil 3 respetivamente

de 0 dias. Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$) (Quadro 15).

Quadro 15. Tempo entre Reserva e Admissão por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	5.00	8.00	8.00	6.00	0.00	8.00
Média	0.13	1.21	0.73	0.65	0.00	0.50
Média aparada 5%	0.04	1.07	0.53	0.48	0.00	0.31
Mediana	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Desvio padrão	0.51	1.41	1.39	1.25	0.00	1.14
Q1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Q3	0.00	2.00	1.00	1.00	0.00	0.00

Fonte: MS, Gestcare CCI.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

O tempo de apoio/internamento variou entre 1 e 392 dias, com mediana de 13 dias (média: 30 dias, DP: 45.9), quartil 1 e quartil 3 respetivamente de 6 e 32 dias. Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$). Tendo em conta que estes dados se reportam sobretudo a UCP, podem significar a falência,

ou pelo menos a insuficiência de um adequado sistema de suporte (saúde e social) que permita que os doentes possam continuar a ser cuidados fora das UCP, ou seja no seu domicílio ou em outro tipo de instituições com maior proximidade dos seus ambientes de origem (Quadro 16).

Quadro 16. Tempo de Apoio / Internamento por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	335.00	369.00	392.00	390.00	391.00	392.00
Média	15.12	35.76	40.35	42.54	24.20	29.50
Média aparada 5%	11.50	28.59	32.35	32.31	17.08	22.15
Mediana	8.00	21.00	22.00	19.00	9.00	13.00
Desvio padrão	23.67	48.76	53.66	63.74	43.18	45.94
Q1	4.00	8.00	9.00	6.00	4.00	6.00
Q3	17.00	45.00	46.00	49.00	23.00	32.00

Fonte: MS, Gestcare CCI.

No que respeita ao *status* do doente a 31/12/2016, de acordo com os registos, 65% dos doentes teve alta, 29% faleceram, mantendo-se inter-

nados 6%. Estas proporções apresentam diferenças estatisticamente significativas por ARS. ($p < 0.05$) (Quadro 17).

Quadro 17. Status dos doentes por ARS
31/12/2016

ARS	Alta		Óbito		Internado		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Norte (N)	1393	84	258	15	17	1	1668
Centro (C)	124	24	373	71	27	5	524
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	1032	55	658	35	187	10	1877
Alentejo (ALT)	274	81	39	12	25	7	338
Algarve (ALG)	239	84	29	10	16	6	284
Portugal Continental	3062	65	1357	29	272	6	4691

Fonte: MS, Gestcare CCI.

Um outro indicador importante é o tempo que medeia a admissão e o óbito do doente. Este variou entre 1 e 301 dias, com mediana de 14 dias (média: 25 dias, DP: 30.8), quartil 1 e quartil 3 respetivamente de 7 e 28 dias. Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$) (Quadro 18).

O tempo que mediu a admissão e a alta constituiu-se como um indicador de referência. Este variou entre 1 e 343 dias, com mediana de 17 dias (média: 30 dias, DP: 39), quartil 1 e quartil 3 respetivamente de 7 e 36 dias. Este tempo apresentou variações estatisticamente significativas consoante a ARS ($p < 0.05$) (Quadro 19).

Quadro 18. Tempo entre Admissão e Óbito por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	140.00	195.00	301.00	128.00	111.00	301.00
Média	15.09	24.60	28.31	30.21	20.72	24.67
Média aparada 5%	12.93	20.84	23.05	26.91	17.82	20.20
Mediana	11.00	14.00	17.00	18.00	17.00	14.00
Desvio padrão	15.90	28.65	35.43	33.77	22.83	30.81
Q1	6.00	6.00	8.00	6.00	5.00	7.00
Q3	18.00	30.00	31.00	44.00	28.00	28.00

Fonte: MS, Gestcare CCI.

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Quadro 19. Tempo entre Admissão e Alta por ARS
2016

Medida	ARS					Portugal
	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	Alentejo	Algarve	
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Máximo	335.00	340.00	343.00	269.00	236.00	343.00
Média	21.31	51.33	40.70	28.25	18.86	29.86
Média aparada 5%	16.72	42.69	34.87	23.48	14.87	24.32
Mediana	12.00	31.50	28.00	15.00	8.00	17.00
Desvio padrão	29.89	60.53	43.98	38.86	28.24	38.98
Q1	5.00	18.00	14.00	6.00	4.00	7.00
Q3	24.00	65.00	49.00	34.00	19.00	36.00

Fonte: MS, Gestcare CCI.

Recursos humanos

A primeira estimativa do número de profissionais de cuidados paliativos foi realizada por Capelas, em 2009⁽⁷⁾. Com base nos dados por ele apurados, seriam necessários, no mínimo, embora nem todos a tempo integral (nomeadamente os psicólogos, assistentes sociais e espirituais, conforme a tipologia dos recursos), 583 médicos, 1343 enfermeiros, 261 psicólogos, 261 assistentes sociais e 261 assistentes espirituais. Segundo os mesmos princípios e estimativa, seria importante que cada recurso de

CP pudesse incluir, na sua estrutura humana, um fisioterapeuta. Deste modo seriam necessários também 261 fisioterapeutas.

Segundo dados do MS, exercem funções em serviços de cuidados paliativos do SNS⁽⁸⁾, 1041 profissionais de saúde (incluindo assistentes operacionais, assistentes técnicos, dietistas, nutricionistas, etc.) distribuídos por um total de 53 equipas. Destes, 749 são médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (Quadro 20).

^g Não foram tidas em conta as unidades/equipas contratualizadas com entidades externas ao SNS, ou outro tipo de atividade pública, mas não inseridas no SNS, o que se acontecesse perfaria UM TOTAL DE 69 equipas.

Quadro 20. Profissionais em serviços de cuidados paliativos do SNS 2016

Grupo profissional	N.º	N.º de equipas em que existem	Profissionais por equipa		% Cobertura das necessidades	Horas semanais por grupo profissional*	
			Média	Min - Max		Média	Min - Max
Médicos	158	53	3	1 - 7	27	46,8	4,5 - 202
Enfermeiros	411	53	7,8	1 - 53	31	236,9	10 - 1905
Assistentes sociais	61	49	1,2	0 - 4	23	17,8	0 - 87
Psicólogos	62	51	1,2	0 - 4	24	15,2	0 - 105
Assistentes espirituais	24	24	0,5	0 - 2	9	4	0 - 15
Fisioterapeutas	27	19	0,5	0 - 1	10	16,5	0 - 40
Terapeutas ocupacionais	6	6	0,1	0 - 1	2	15	0 - 20

Fonte: MS

* Com base apenas no n.º de equipas em que existem estes profissionais.

Pela análise dos dados sobre recursos humanos, constata-se uma taxa de cobertura das necessidades muito abaixo do necessário, sendo que no máximo se atinge os 31% (enfermeiros) e abaixo dos 10% os assistentes espirituais, o que pode comprometer a abordagem holística e cuidado integral destes doentes. Estes dados parecem refletir um inadequado financiamento e investimento nesta área do cuidar. Acresce ainda que existem equipas que não possuem, nos seus quadros, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais ou mesmo terapeutas. Outro prisma de análise tem a ver com o exercício a tempo integral nestas equipas. Pelos dados disponibilizados constata-se que o tempo de dedi-

cação integral a cuidados paliativos é uma pequena minoria; destes, o grupo profissional com maior peso é o da área da enfermagem. Esta é, indubitavelmente, uma situação a colmatar com prioridade máxima, pois, como cuidados especializados que são, os cuidados paliativos não poderão deixar de funcionar com um núcleo de profissionais a tempo integral. Acresce ainda que, para se atingirem graus de acessibilidade aceitáveis, será preciso um forte investimento na formação e capacitação de profissionais para o exercício nesta área.

No que respeita à formação dos profissionais das equipas de cuidados paliativos, observam-se melhorias, embora esta formação ainda

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

não corresponda ao desejado e preconizado internacionalmente, nomeadamente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹¹⁾.

Esta área carece, pois, de uma atenção especial, pois é preconizado que todos os profissionais que exerçam funções nesta área tenham formação especializada. Também importa referir que apenas 43% dos mé-

dicos coordenadores têm a Competência em Medicina Paliativa pela Ordem dos Médicos. No que respeita à área da Enfermagem, não existindo ainda a especialização na área (que se torna prioritário), segundo os dados disponibilizados pelo MS, 70% dos enfermeiros responsáveis das equipas têm formação avançada em cuidados paliativos.

Quadro 21. Formação dos profissionais em serviços de cuidados paliativos do SNS 2016

Grupo profissional	Formação avançada N.º (%)	Formação intermédia N.º (%)	Formação Básica N.º (%)	Sem Formação N.º (%)	Estágio N.º (%)
Médicos coordenadores	42 (79%)	8 (15%)	2 (4%)	1 (2%)	40 (75%)
Outros Médicos	47 (45%)	9 (9%)	32 (30%)	5 (5%)	48 (46%)
Enfermeiros responsáveis	37 (70%)	9 (17%)	8 (15%)	1 (2%)	35 (66%)
Outros enfermeiros	92 (26%)	48 (13%)	169 (47%)	50 (14%)	82 (23%)
Assistentes sociais	11 (18%)	10 (16%)	26 (43%)	14 (23%)	15 (25%)
Psicólogos	17 (30%)	11 (20%)	26 (46%)	2 (4%)	10 (18%)
Assistentes espirituais	3 (19%)	1 (6%)	6 (38%)	6 (38%)	2 (13%)
Fisioterapeutas	3 (12%)	3 (12%)	13 (52%)	6 (24%)	1 (4%)
Terapeutas ocupacionais	0 (0%)	0 (0%)	5 (71%)	2 (29%)	0 (0%)

Fonte: MS.

Conclusões e recomendações

Analisando os dados apresentados importa retirar algumas ilações, conclusões e mensagens a reter, nas quais estão intrínsecas as respetivas recomendações.

Assim, constata-se:

- Taxas de cobertura muito assimétricas, seja por região, por distrito ou tipologia de recurso;
- Número demasiado baixo de ECSCP, aposta que tem sido, sucessivamente, relegada para planos inferiores;
- Baixa taxa de cobertura nacional e regional de UCP de agudos, com total inexistência nos hospitais universitários e quase total nos hospitais de capital de distrito. Embora nos hospitais especializados (oncologia) a cobertura seja de 2/3, não pode deixar de salientar-se que um deles, o de Lisboa, não dispõe desta tipologia de serviço;
- Os horários de funcionamento das equipas de CP, em especial, os das ECSCP não garantem a continuidade dos cuidados, com algumas a funcionarem apenas 4h/dia, o que implica reorganização urgente;
- A manutenção de um número demasiado baixo de doentes referenciados e consequentemente com acessibilidade aos CP, o que pode ter origem em questões de sensibilidade, formação e organização/gestão do Sistema Nacional de Saúde;
- Cerca de 20% dos doentes referenciados não é admitido nos serviços, pressupondo-se que falece antes de a eles acederem;
- Ausência de qualquer referência de admissão de doentes em ECSCP, que merece uma reflexão profunda;
- Tempo de sobrevivência pós-admissão baixo, revelando que o doente é admitido muito próximo ou já em fase de morte iminente, o que impede a abordagem integral das suas necessidades;

6. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

- Baixo número de profissionais relativamente ao necessário, em todos os grupos profissionais, mas com especial ênfase nos assistentes espirituais e terapeutas. O máximo de cobertura alcançado é nos enfermeiros (31%); associa-se, também, o aparente baixo número de profissionais alocados em tempo integral, o que segundo alguns peritos, se deve ao facto de o “*core business*” dos hospitais não ser os cuidados paliativos. Tal contaria uma adequada integração a todos os níveis do Sistema de Saúde;
- Evolução favorável ao nível da formação avançada dos profissionais, embora ainda haja muita necessidade de melhoria a este nível já que os números atuais estão longe dos preconizados pela OMS e outras entidades internacionais;
- Registos muito deficientes, em qualidade e em número, não permitindo aos decisores e *stakeholders* uma análise objetiva e proporcionadora da melhoria da acessibilidade, qualidade dos cuidados e respetivo planeamento estratégico;

Referências

1. ERS | Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos. Lisboa: ERS | Entidade Reguladora da Saúde. Retrieved from <https://www.ers.pt/>
2. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2013). Relatório da Primavera 2013 - Duas Faces da Saúde. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
3. Ministério da Saúde-Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Portaria n.o 165/2016 (14 de junho).
4. Ministério da Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Despacho n.o 7824/2016 (15 de junho).
5. Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., Vlieger, T. De, Firth, P., ... Conno, F. De. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), 22-33.

6. Capelas, M. L. (2008). Organização de serviços: estimativa de necessidades para Portugal. *Dor*, 16, 40-44.

7. Capelas, M. L. (2009). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 51-7.

8. Gómez-Batiste, X. (2005). Principios de la terapéutica y la organización de los cuidados paliativos. In X. Gómez-Batiste, J. Porta, A. Tuca, & J. Stjernsward (Eds.), *Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos* (pp. 21-54). Madrid: Áran Ediciones.

9. Murtagh, F. E. M., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E. I., Kaloki, Y. E., & Higginson, I. J. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*, 28(1), 49-58. <https://doi.org/10.1177/0269216313489367>

10. ERS | Entidade Reguladora da Saúde. (2013). Retrieved from <https://www.ers.pt/>

11. The World Health Organization. (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. (January), 1-6.