

RELATÓRIO Outono 2019



UNIVERSIDADE CATÓLICA EDITORA
Lisboa, 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO



CATÓLICA
CIIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
LISBOA · PORTO · VISEU

CORPOS DE GESTÃO DO OCP

Direção

Professor Doutor Alexandre Castro Caldas (ICS-UCP)

Professor Doutor Fernando Coelho Rosa (ICS-UCP)

Professor Doutor Manuel Luís Capelas (ICS-UCP)

Coordenação Técnico-Científica

Professor Doutor Alexandre Castro Caldas (ICS-UCP)

Professor Doutor Fernando Coelho Rosa (ICS-UCP)

Professor Doutor Manuel Luís Capelas (ICS-UCP)

Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira (CEIS-UC)

Professora Doutora Paula Sapeta (ESALD-IPCB)

Professor Doutor Pablo Hernandez Marrero (IB-UCP)

Professora Doutora Bárbara Gomes (Kings College of London)

Professora Doutora Sandra Pereira (IB-UCP)

Mestre Ana Lacerda (IPO de Lisboa-Pediatria; APCP)

Mestre Sandra Catarina Fonseca Simões da Silva (Hospital da Luz-Arrábida)

Mestre Sandra Batista (ESALD-IPCB)

Mestre Maja Furlan de Brito (Kings College of London)

Comissão Externa para o acompanhamento Científico

Professor Doutor Carlos Centeno (U. Navarra; Centro Atlantes)

Professora Doutora Marília Dourado (FM-U.Coimbra)

Professor José Luís Pereira (Pallium Canadá; McMaster University)

Professora Doutora Liliana de Lima (International Association for Hospice and Palliative Care)

RELATÓRIO Outono 2019

Secção I.

- 4 COBERTURA E CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPAS
E PROFISSIONAIS DAS EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Secção II.

- 44 ATIVIDADE ASSISTENCIAL DAS EQUIPAS/SERVIÇOS
DE CUIDADOS PALIATIVOS

Secção III.

- 81 FORMAÇÃO DOS ELEMENTOS DAS EQUIPAS

Secção IV.

- 100 TRABALHO EM EQUIPA

Secção V.

- 109 APOIO NO LUTO

Secção I

COBERTURA E CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPAS E PROFISSIONAIS DAS EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Reformulado em dezembro de 2019

<https://doi.org/10.34632/9789725407158.1>

Coordenadores

MANUEL LUÍS CAPELAS, PHD

PATRÍCIA COELHO, PHD

Colaboradoras

ANA NICOLE MURINELLO, MSc

ANA SOFIA SIMÕES, MSc STUDENT

CARLA TEVES, MSc STUDENT

SOFIA DURÃO, MSc

TÂNIA AFONSO, MSc, PHD STUDENT

Introdução

Em 2017, a OMS atualizou a sua definição de **Cobertura** Universal de Saúde (CUS) no sentido de incluir palição em paralelo com promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.¹ Um dos três critérios de Cobertura Universal de Saúde é a acessibilidade em tempo útil às diversas tipologias de cuidados de saúde por parte de todos os que delas necessitam.

Uma comissão do Lancet em 2017, sublinhou o imperativo da mudança, face a uma prevalência de 61 milhões de pessoas com sofrimento associado a doenças graves, reclamando a urgência de se desenvolverem esforços para aliviar a desigualdade na prestação de Cuidados Paliativos (CP) à escala global. Nesta análise é referido que mais de 80% das pessoas falecidas em 2015 com sofrimento severo associado a saúde, provinham de países em vias de desenvolvimento onde o acesso a CP e medicação de alívio é escasso. O impacto em dias de sofrimento anual mundial pode atingir os 21 biliões de dias. A infeção por VIH e o cancro estão entre as condições mais frequentemente geradoras de sofrimento, embora mesmo em países de baixo rendimento outras doenças crónicas não transmissíveis estão também implicadas.²

Também a assembleia parlamentar do concelho da Europa, na sua resolução 2249, reconhecia os Cuidados Paliativos (CP) como um Direito Humano no que respeita à Saúde, lamentando a proporção de cidadãos europeus ainda sem acesso a estes cuidados e incentivando medidas para a identificação precoce de necessidades paliativas e a prestação de CP em diferentes níveis.³

De acordo com o EAPC Atlas of Palliative Care,⁴ a população mundial está a envelhecer, sendo previsível que aumente a prevalência de doenças crónicas e não transmissíveis. Nestas populações é estimado que incrementa o número de pessoas com necessidades paliativas.

No atlas, as necessidades paliativas em adultos foram calculadas adotando o mesmo modelo utilizado para a medição do peso global do sofrimento associado a doenças graves no *Lancet Commission Report on Palliative Care and Pain Relief*.² Este pode ser definido como sofrimento associado a necessidades paliativas. Para a sua determinação foram usados os dados de mortalidade referentes a 20 condições, ajustadas à prevalência de sintomas responsáveis por sofrimento. Com base nestes indicadores foram estimados para cada condição a proporção de doentes que poderiam beneficiar de cuidados paliativos.

No relatório do Lancet, as estimativas anuais do peso do sofrimento associado a cada condição foram determinadas pela soma das pessoas falecidas com experiência de sofrimento e as não falecidas. Foi estimado que mais de 25.5 milhões dos 56.2 milhões de falecidos no ano de 2015, experienciaram sofrimento severo associado determinadas condições de saúde.²

A nível organizacional, os cuidados paliativos devem ser desenvolvidos em diferentes níveis de prestação de cuidados, no mínimo três: básicos, generalistas e especializados; a alocação aos diferentes níveis deve ser orientada por critérios de complexidade, assim como o nível de diferenciação dos cuidados e serviços deve ser baseado pelo nível de competências dos profissionais que os prestam, constituem as equipas. Por outro lado, devem ser prestados por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais, terapeutas, entre outros) assim como por cuidadores informais e voluntários, todos com capacitação específica.⁵⁻⁷

Num artigo recente,⁸ a Sociedade Canadiana de Medicina Paliativa elaborou um documento de consenso sobre a composição das equipas de CP. Neste documento, é defendido que a

composição das equipas deve, mais do que em ratios para população geral, antes basear-se em necessidades identificadas e potenciais, no padrão de referenciação, e na relação de interdependência existente com outras equipas. O modelo defende igualmente o envolvimento das equipas de CP não só em domínios clínicos como não clínicos (nomeadamente educativos, administrativos e de investigação).

Deste modo, os cuidados deverão ser analisados através de três vertentes: a tipologia de recursos, nível de diferenciação dos cuidados e características dos profissionais de saúde que os integram.

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2017-2018 previa o cumprimento de metas: 1 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)/Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) até ao final de 2018, 1 Equipas Intrahospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)/hospital até ao final 2017, 1 Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)/hospital do grupo E e F até ao final de 2018.⁹

Já o PEDCP 2019-2020¹⁰ refere que em 31 de dezembro de 2018 a maioria dos hospitais gerais e oncológicos do SNS, e as Unidades Locais de Saúde (ULS) passou a ter EIHSCP com Consulta Externa e estão já em funcionamento 21 ECSCP, dez das quais iniciaram as suas funções no biénio 2017 -2018. Para além das citadas equipas foram ainda constituídas 28 unidades de internamento de CP (UCP), 14 hospitalares (213 camas) e 14 UCP da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (168 camas). Pese embora a atual cobertura geográfica, pois todos os distritos de Portugal continental têm pelo menos um recurso específico de CP, importa reforçar e alargar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), dado que ainda se está longe da pretendida cobertura universal da população.

Objetivos

Definidos os seguintes objetivos:

- 1) Determinar a taxa de cobertura dos serviços de cuidados paliativos;
- 2) Caracterizar os profissionais de saúde a exercerem nos serviços de cuidados paliativos;
- 3) Determinar os níveis de diferenciação dos cuidados prestados pelos serviços de cuidados paliativos em Portugal;
- 4) Analisar a evolução dos indicadores anteriores entre o ano de 2017 e 2018.

Metodologia

Estudo descritivo, observacional e transversal, reportando-se a dados vigentes em 31 de dezembro de 2018.

Para a determinação do n.º total de população residente em Portugal, recorreu-se aos dados oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos ao ano de 2013 a 2018, nomeadamente, população residente total e com 18 ou mais anos por distrito.

Quanto às equipas existentes a 31 de dezembro de 2018, recorreu-se a informação disponível no portal web da Administração Central do Sistema de Saúde dedicado à Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Através de solicitação aos Conselhos de Administração e Diretivos das Instituições de Saúde com serviços de cuidados paliativos foi pedido o preenchimento de um formulário em Excel que continha as seguintes variáveis: n.º de profissionais, área profissional, sexo, idade, tempo de exercício profissional, no geral e em cuidados paliativos, tempo de contratualização com a instituição, tempo de serviço alocado especificamente a cuidados paliativos em cada valência da equipa, exercício de funções em mais que uma equipa/serviço, competência em medicina paliativa nos médicos e exercício de funções ou não enquanto coordenador de equipa.

De um total de 111 equipas/serviços de cuidados paliativos (públicos e privados) com existência a 31 de dezembro de 2018, obtiveram-se dados de 80, o que fez uma taxa de resposta de 72.1%. Ao nível das UCP obtivemos 22 em 33 respostas possíveis (taxa de resposta de 66.7%), das EIHS CP obtiveram-se 35 em 49 possíveis respostas (taxa de resposta de 71.4%), nas ECSCP as respostas foram de 21 em 26 possíveis (taxa de resposta de 80.8%) e nas EIHS CPPED as respostas foram de 2 em 3 possíveis (taxa de resposta de 66.7%).

Se considerarmos apenas as equipas/serviços de cuidados paliativos públicos, de um total de 103 obtiveram-se dados de 78, o que fez uma taxa de resposta de 75.7%. Ao nível das UCP obtivemos 22 em 30 respostas possíveis (taxa de resposta de 73.3%), das EIHS CP obtiveram-se 34 em 46 possíveis respostas (taxa de resposta de 73.9%), nas ECSCP as respostas foram de 20 em 24 possíveis (taxa de resposta de 83.3%) e nas Equipas Intrahospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHS CPPED) as respostas foram de 2 em 3 possíveis (taxa de resposta de 66.7%).

Os dados que serão processados neste estudo incluem as seguintes equipas de cuidados paliativos (nem todas as referenciadas tenham disponibilizado todos os solicitados e participado em todas as análises):

- **ECSCP:** Unidade Local de Saúde (ULS) do Baixo Alentejo-Beja⁺; Santa Casa da Misericórdia de Mértola; ULS Nordeste; Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central; ACES Algarve II-Barlavento; ULS da Guarda; ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ACES Loures-Odivelas; ACES Sintra; Unidade de Apoio Domiciliário-Instituto Português de Oncologia de Lisboa; LInQUE; Centro Hospitalar (CH) Vila Nova de Gaia/Espinho; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia do Porto; Hospital CUF Porto; ACES Lezíria; ACES Arrábida; ACES Dão Lafões; ACES Douro Sul; Unidade de Saúde da Ilha Terceira-Centro de Saúde Praia da Vitória e Centro de Saúde Angra do Heroísmo; SESARAM (Madeira);
- **EIHS CP:** Centro Hospitalar (CH) do Baixo Vouga; CH Entre Douro e Vouga; Hospital de Braga; Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães; Centro Hospitalar do Médio Ave; Hospital Santa Maria Maior; ULS do Nordeste; ULS de Castelo Branco; CH e Universitário da Cova da Beira; CH e Universitário de Coimbra; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia de Coimbra; CH do Algarve-Faro e Portimão; ULS da Guarda; CH de Leiria; CH Lisboa Central; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca; Instituto Português Oncologia de Lisboa; Hospital Beatriz Ângelo; Hospital de Vila Franca de Xira; CH do Oeste; CH do Porto; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia do Porto; CH Vila Nova de Gaia/Espinho; CH do Tâmega e Sousa; Hospital da Luz-Arrábida; Hospital da CUF-Porto; CH do Médio Tejo; Hospital Distrital de Santarém; CH de Setúbal; Hospital Garcia de Orta; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro; CH Tondela-Viseu; Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada;
- **UCP:** CH Baixo Vouga; Santa Casa da Misericórdia de Serpa - Hospital de S. Paulo; ULS do Nordeste - Macedo Cavaleiros; CH e Universitário da Cova da Beira; Hospital

Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede; Instituto Português de Oncologia de Coimbra; Instituto S. João de Deus - Hospital S. João de Deus; CH do Algarve – Portimão; ULS da Guarda – Seia; Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus-Casa de Saúde da Idanha; Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE); Clínica S. João de Ávila - Instituto São João de Deus; Instituto Português de Oncologia do Porto; Wecare; TMG - Residência Para Seniores, Lda.; Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros; Hospital Nossa Senhora da Arrábida; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Pouca de Aguiar; CH Tondela/ Viseu – Tondela; Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada; SESARAM (Madeira); Hospital da CUF Porto.

- **EIHSCPED:** Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-Hospital Pediátrico de Coimbra; Instituto Português Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil.

Foram obtidos dados em relação a 816 profissionais de saúde a exercerem nos serviços respondentes

Não enviaram dados solicitados, após diversas tentativas goradas:

- **ECSCP:** ACES Algarve I – Central; ACES Algarve III – Sotavento; Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano;
- **EIHSCP:** ULS do Baixo Alentejo; Hospital Distrital da Figueira da Foz; Hospital do Espírito Santo de Évora; CH Universitário de Lisboa Norte; Hospital CUF Descobertas; Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ULS do Norte Alentejano-Hospital de Santa Luzia de Elvas e Hospital Dr. José Maria Grande; CH Póvoa do Varzim/ Vila Do Conde; CH Universitário de São João; ULS de Matosinhos; CH Barreiro Montijo; ULS do Litoral Alentejano; ULS do Alto Minho.
- **UCP:** Domus Fraternal - Fundação Particular de Solidariedade Social; AMETIC, Lda - Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescentes, Lda.; Clínica S. João de Deus; Hospital do Mar - Cuidados Especializados Lisboa; Naturidade Oeiras, S.A (Naturidade - Laveiras); Hospital da Luz-Lisboa; Hospital CUF Infante Santo; Centro Hospitalar Universitário de São João; ULS do Norte Alentejo; ULS do Litoral Alentejano; CH Barreiro Montijo.
- **EIHSCPED:** Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

A proporção do tempo alocado a cuidados paliativos, foi calculado tendo como base o mínimo de o horário a tempo inteiro de 40h/semana para os médicos e 35 horas para os restantes profissionais.

As taxas de cobertura foram calculadas com recurso à estimação da população com necessidades paliativas preconizada por Gómez-Batiste e colegas,¹¹ assim como, analisando o rácio de recursos humanos tanto preconizados por Connor e Gómez-Batiste¹² como pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) no seu PEDCP para o biénio 2017-2018,⁹ embora o nosso grande referencial seja o dos primeiros documentos.

Na determinação da taxa de cobertura profissional funcional foram calculadas duas taxas:

- Em relação ao estimado/preconizado pelos dois métodos;
- A taxa de cobertura real de acordo com as características próprias das equipas/serviços em funcionamento, e a sua base de atuação populacional ou/e alocação de camas.

Resultados

A apresentação dos resultados será realizada em duas partes:

- 1) Caracterização dos profissionais de saúde a exercerem nos serviços de cuidados paliativos e taxa de cobertura;
- 2) Taxa de cobertura dos serviços e níveis de diferenciação dos cuidados prestados.

Caracterização dos profissionais de cuidados paliativos

Do total de 843 profissionais integrantes da ficha de dados devolvida pela equipa/serviço ao OPCP, em relação a 99 (11.7%) não dispomos de qualquer informação relativa a valências a que estão alocados, 657 (77.9%) estavam alocados a uma única valência, 71 (8.4%) a duas valências e os restantes 16 (1.9%) alocados a três valências.

Área profissional

Em 11 dos profissionais não existiu registo da respetiva área profissional, o que perfaz uma taxa de resposta a esta variável de 98.7%.

No global das valências/tipologias de equipas/serviços, 53.8% dos profissionais são enfermeiros, 23.2% são médicos, 8.1% são assistentes sociais, 7.5% são psicólogos, 2.5% são fisioterapeutas, 1.8% são nutricionistas, 1% são assistentes espirituais, 1.2% são farmacêuticos, 0.4% terapeutas da fala e 0.4% terapeutas ocupacionais. (Tabela 1)

Tabela 1-Áreas profissionais integrantes das equipas (n=832)

| Áreas Profissionais | UCP | | EIHSCP | | ECSCP | | EIHSCPPED | | GLOBAL | |
|------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Enfermagem | 218 | 62.3 | 108 | 39.7 | 110 | 45.3 | 17 | 48.5 | 448 | 53.8 |
| Medicina | 72 | 20.6 | 91 | 33.5 | 67 | 27.6 | 9 | 25.7 | 193 | 23.2 |
| Serviço Social | 15 | 4.3 | 34 | 12.5 | 23 | 9.5 | 3 | 8.6 | 67 | 8.1 |
| Psicologia | 15 | 4.3 | 29 | 10.7 | 25 | 10.3 | 2 | 5.7 | 62 | 7.5 |
| Fisioterapia | 12 | 3.4 | 1 | 0.4 | 7 | 2.9 | 1 | 2.9 | 21 | 2.5 |
| Nutrição | 6 | 1.7 | 2 | 0.7 | 6 | 2.5 | 1 | 2.9 | 15 | 1.8 |
| Assistência Espiritual | 3 | 0.9 | 2 | 0.7 | 1 | 0.4 | 0 | 0.0 | 8 | 1.0 |
| Farmácia | 5 | 1.4 | 3 | 1.1 | 3 | 1.2 | 0 | 0.0 | 10 | 1.2 |
| Terapia da Fala | 2 | 0.6 | 1 | 0.4 | 1 | 0.4 | 0 | 0.0 | 3 | 0.4 |
| Terapia Ocupacional | 2 | 0.6 | 1 | 0.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 0.4 |
| Outro | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 5.7 | 2 | 0.2 |
| Total | 350 | 100.0 | 272 | 100.0 | 243 | 100.0 | 35 | 100.0 | 832 | 100.0 |

Idade

Quanto à idade obteve-se uma taxa de resposta de 88.1% (743/843).

Os profissionais apresentam idades compreendidas entre os 22 e 76 anos, uma mediana de idade de 40 anos, com 36 nas UCP, 42 nas EIHSCP, 41 nas ECSCP e 48.5 nas EIHSCPPED. O intervalo interquartil (IIQ) no geral é de [34,50] anos, com [31,48] anos nas UCP, [35,52] nas EIHSCP, [35,51] nas ECSCP e [38.3,55] nas EIHSCPPED. (Tabela 2)

Tabela 2-Idade, no geral e por tipologia de serviço (n=743)

| Medida | UCP | EIHSCP | ECSCP | EIHSCPPED | GLOBAL |
|------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Média | 39.9 | 43.7 | 43.4 | 47.7 | 42.2 |
| Mediana | 36.0 | 42.0 | 41.0 | 48.5 | 40.0 |
| Desvio Padrão | 11.6 | 10.5 | 10.4 | 11.4 | 11.1 |
| Variância | 134.0 | 111.2 | 108.6 | 129.1 | 122.1 |
| Amplitude | 54.0 | 52.0 | 52.0 | 48.0 | 54.0 |
| Mínimo | 22.0 | 24.0 | 24.0 | 27.0 | 22.0 |
| Máximo | 76.0 | 76.0 | 76.0 | 75.0 | 76.0 |
| Intervalo Interquartil | 17.00 | 17.0 | 16.0 | 17.0 | 16.0 |
| Quartil 1 | 31.0 | 35.0 | 35.0 | 38.3 | 34.0 |
| Quartil 3 | 48.0 | 52.0 | 51.0 | 55.0 | 50.0 |

Neste indicador identifica-se como evolução estatisticamente significativa, em relação a 2017, o aumento da idade dos profissionais, no global ($p < 0.001$)^a e UCP ($p = 0.002$)^b

Tempo de experiência profissional

No que respeita ao tempo de experiência profissional, no geral, regista-se um mínimo de 0.2 ano e um máximo de 50 anos, com mediana de 15 anos. Nas UCP a mediana é de 12 anos, 16 nas EIHSCP, 18 nas ECSCP e 24 nas EIHSCPPED. O IIQ no geral é de [9,25.3] anos, com [7,23] anos nas UCP, [10,27] nas EIHSCP, [11,27] nas ECSCP e [12.8,30] nas EIHSCPPED. (Tabela 3)

Tabela 3-Tempo de experiência profissional, no geral e por tipologia de serviço (n=722)

| Medida | UCP | EIHSCP | ECSCP | EIHSCPPED | GLOBAL |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Média | 15.3 | 18.7 | 19.4 | 22.4 | 17.7 |
| Mediana | 12.0 | 16.0 | 18.0 | 24.0 | 15.0 |
| Desvio Padrão | 11.1 | 10.7 | 11.0 | 10.4 | 11.0 |
| Variância | 123.6 | 115.6 | 120.0 | 107.4 | 120.0 |
| Amplitude | 49.8 | 49.8 | 49.8 | 38.0 | 49.8 |
| Mínimo | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 2.0 | 0.2 |
| Máximo | 50.0 | 50.0 | 50.0 | 40.0 | 50.0 |
| Intervalo Interquartil | 16.0 | 17.0 | 16.0 | 17.2 | 16.3 |
| Quartil 1 | 7.0 | 10.0 | 11.0 | 12.8 | 9.0 |
| Quartil 3 | 23.0 | 27.0 | 27.0 | 30.0 | 25.3 |

Neste indicador identificam-se como evolução estatisticamente significativa, em relação a 2017, aumento dos anos de experiência profissional, dos profissionais, no global ($p < 0.001$)^c, nas ECSCP ($p = 0.047$)^d e UCP ($p = 0.003$)^e.

Já quanto ao tempo de serviço em cuidados paliativos, constata-se um mínimo de 0 anos e um máximo de 35 anos, com mediana de 4 anos. Nas EIHSCP a mediana é de 4 anos, 4 nas UCP, 3 nas ECSCP e 2.8 nas EIHSCPPED. O IIQ no geral é de [1.8,7] anos, com [2,8] anos nas EIHSCP, [1,7] nas ECSCP, [1,13.3] nas EIHSCPPED e [2,8] nas UCP. (Tabela 4)

^a 2017 (média: 39.8; mediana: 37) vs 2018 (média: 42.2; mediana: 40)

^b 2017 (média: 37.3; mediana: 35) vs 2018 (média: 39.9; mediana: 36)

^c 2017 (média: 15.2; mediana: 13) vs 2018 (média: 17.7; mediana: 15)

^d 2017 (média: 17.3; mediana: 16) vs 2018 (média: 19.4; mediana: 18)

^e 2017 (média: 13.0; mediana: 10) vs 2018 (média: 15.3; mediana: 12)

Tabela 4-Tempo de experiência profissional em cuidados paliativos, no geral e por tipologia de serviço (n=728)

| Medida | UCP | EIHSCP | ECSCP | EIHSCPPED | GLOBAL |
|------------------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| Média | 5.3 | 5.7 | 4.8 | 5.6 | 5.2 |
| Mediana | 4.0 | 4.0 | 3.0 | 2.8 | 4.0 |
| Desvio Padrão | 4.5 | 5.2 | 4.9 | 5.9 | 4.8 |
| Variância | 20.7 | 27.2 | 24.2 | 34.7 | 23.1 |
| Amplitude | 23.9 | 24.9 | 34.9 | 20.0 | 35.0 |
| Mínimo | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 |
| Máximo | 24.0 | 25.0 | 35.0 | 20.0 | 35.0 |
| Intervalo Interquartil | 6.0 | 6.0 | 6.0 | 12.3 | 5.2 |
| Quartil 1 | 2.0 | 2.0 | 1.0 | 1.0 | 1.8 |
| Quartil 3 | 8.0 | 8.0 | 7.0 | 13.3 | 7.0 |

Neste indicador identificam-se evoluções estatisticamente significativas, em relação a 2017, com aumento dos anos de experiência profissional em cuidados paliativos, dos profissionais, no global das tipologias ($p < 0.001$)^f, nas EIHSCP ($p < 0.001$)^g e UCP ($p = 0.001$)^h.

Tempo de alocação em cuidados paliativos

No global das equipas o tempo de alocação semanal ao exercício de cuidados paliativos oscilou, dependendo das diferentes áreas profissionais.

O tempo de alocação semanal da área médica variou entre [0,42] horas, com mediana de 12 e IIQ de [6,25]. O da enfermagem variou entre [0,40] horas, com mediana de 35 e IIQ de [14,35]. O da psicologia com mediana de 8 horas e IIQ de [4.3,17.3] variou entre [0,40] horas. A área do serviço social tem alocado semanalmente entre [0,40] horas, mediana de 10 horas e IIQ de [5,17.8]. A assistência espiritual está alocada, entre [0,8] horas, mediana de 2 horas e IIQ de [0,8]. A fisioterapia, por sua vez, tem uma mediana de tempo de alocação semanal de 7 horas, num intervalo de [1,20] horas e IIQ de [2.5,12]. O tempo da terapia ocupacional varia entre [0,20] horas, com mediana de 8 horas, enquanto o da terapia da fala varia entre [3,10] horas, com mediana de 3 horas. A área da nutrição apresenta um tempo semanal com mediana de 4 horas, variando entre [0,7] horas e IIQ de [2,6]. Finalmente, na área da farmácia, o tempo de alocação varia entre [0,8] horas, com mediana de 2.5 horas e IIQ de [0.8,5.3]. (Tabela 5; Gráfico 1)

Tabela 5-Tempo de alocação semanal a CP, em horas, no global das tipologias (n=722)

| Medida | M | E | P | SS | AE | FT | TO | TF | N | F |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Média | 17.2 | 25.8 | 11.6 | 12.9 | 3.3 | 8.2 | 9.3 | 5.3 | 4.1 | 3.1 |
| Mediana | 13.0 | 35.0 | 8.0 | 10.0 | 2.0 | 7.0 | 8.0 | 3.0 | 4.0 | 2.5 |
| Desvio Padrão | 13.0 | 13.3 | 9.5 | 10.7 | 3.4 | 6.3 | 10.1 | 4.0 | 2.1 | 2.6 |
| Variância | 168.6 | 176.4 | 89.6 | 115.0 | 11.6 | 39.8 | 101.3 | 16.3 | 4.6 | 7.0 |
| Amplitude | 42.0 | 40.0 | 40.0 | 40.0 | 8.0 | 19.0 | 20.0 | 7.0 | 7.0 | 8.0 |
| Mínimo | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 0.0 | 3.0 | 0.0 | 0.0 |
| Máximo | 42.0 | 40.0 | 40.0 | 40.0 | 8.0 | 20.0 | 20.0 | 10.0 | 7.0 | 8.0 |
| Intervalo Interquartil | 19.0 | 21.0 | 13.0 | 12.8 | 8.0 | 9.5 | | | 4.0 | 4.5 |
| Quartil 1 | 6.0 | 14.0 | 4.3 | 5.0 | 0.0 | 2.5 | 0.0 | 3.0 | 2.0 | 0.8 |
| Quartil 3 | 25.0 | 35.0 | 17.3 | 17.8 | 8.0 | 12.0 | | | 6.0 | 5.3 |

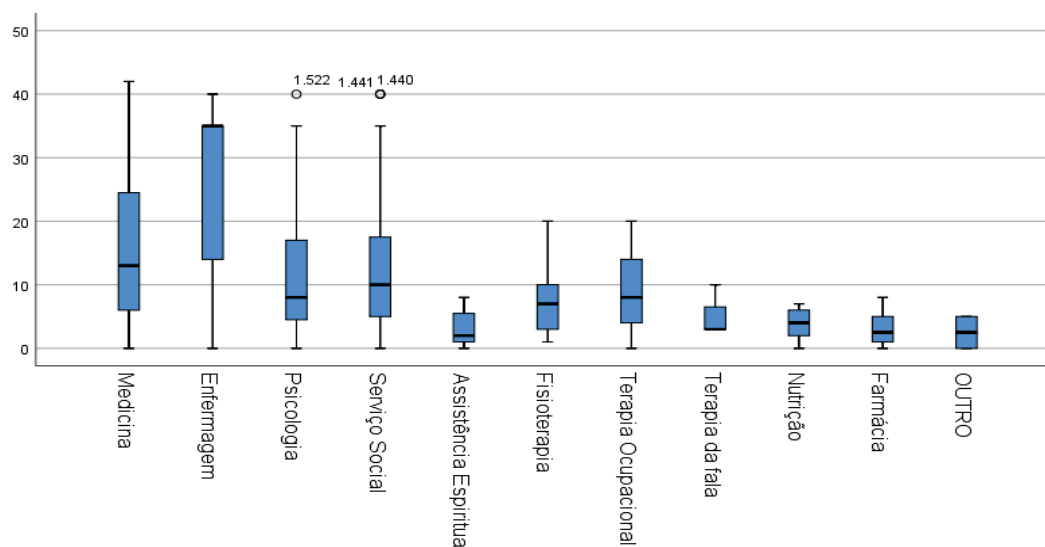
Legenda: M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; AE-Assistência Espiritual; F-Fisioterapia; TF-Terapia da Fala; TO-Terapia Ocupacional; N-Nutrição; F-Farmácia

^f 2017 (média: 4.0; mediana: 3) vs 2018 (média: 5.2; mediana: 4)

^g 2017 (média: 3.7; mediana: 2) vs 2018 (média: 5.7; mediana: 4)

^h 2017 (média: 4.3; mediana: 3) vs 2018 (média: 5.3; mediana: 4)

Gráfico 1-Tempo de alocação semanal a CP, em horas, por área profissional no global das tipologias (n=722)



Neste indicador, comparando com a 2017, identificou-se a diminuição estatisticamente significativa do tempo alocado dos enfermeiros, no global ($p=0.009$)ⁱ.

Nas **UCP**, o tempo de alocação semanal da área médica variou entre [0,40] horas, com mediana de 8 e IIQ de [5,22]. O da enfermagem variou entre [0,40] horas, com mediana de 35 e IIQ de [20,35]. O da psicologia com mediana de 11 horas e IIQ de [7.3,18.8] variou entre [0,35] horas. A área do serviço social tem alocado semanalmente entre [0,40] horas, mediana de 9 horas e IIQ de [0,19.3]. A assistência espiritual está alocada, entre [0,8] horas, mediana de 1 horas e IIQ de [0,6.5]. A fisioterapia, por sua vez, tem uma mediana de tempo de alocação semanal de 3.5 horas, num intervalo de [2,20] horas e IIQ de [2,17]. O tempo da terapia ocupacional varia entre [8,20] horas, com mediana de 14 horas, enquanto o da terapia da fala varia entre [2,10] horas, com mediana de 3 horas. A área da nutrição apresenta um tempo semanal com mediana de 4 horas, variando entre [0,7] horas e IIQ de [4,6]. Finalmente, na área da farmácia, o tempo de alocação varia entre [0,8] horas, com mediana de 4 horas e IIQ de [0,6]. (Tabela 6; Gráfico 2)

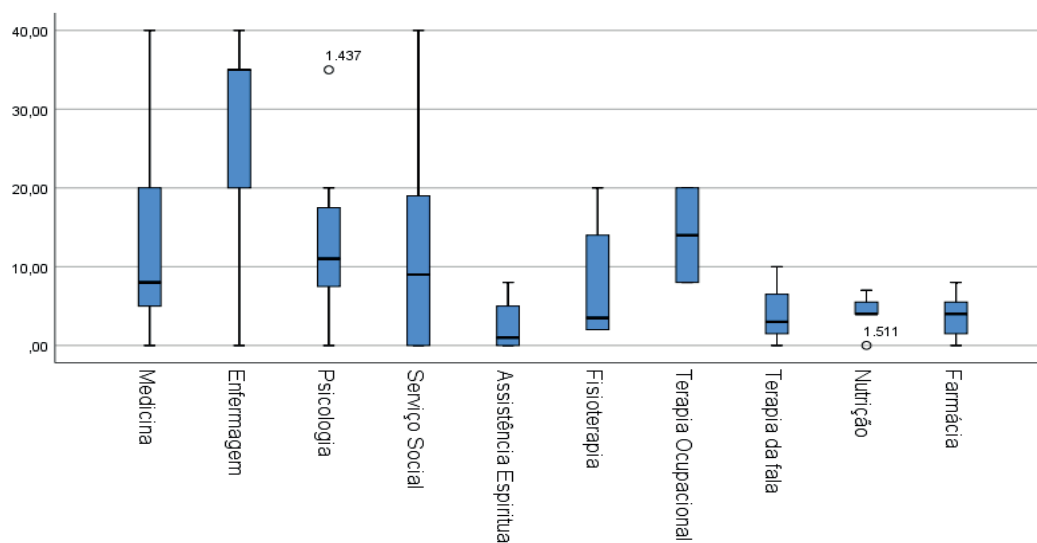
Tabela 6-Tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas UCP (n=346/350)

| Medida | M | E | P | SS | AE | FT | TO | TF | N | F |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|
| Média | 14.0 | 28.4 | 12.3 | 12.6 | 2.5 | 7.5 | 14.0 | 4.3 | 4.2 | 3.7 |
| Mediana | 8.0 | 35.0 | 11.0 | 9.0 | 1.0 | 3.5 | 14.0 | 3.0 | 4.0 | 4.0 |
| Desvio Padrão | 12.3 | 12.7 | 8.8 | 13.7 | 3.8 | 7.7 | 8.5 | 5.1 | 2.2 | 3.0 |
| Variância | 150.9 | 162.3 | 77.3 | 187.4 | 14.3 | 59.5 | 72.0 | 26.3 | 4.9 | 8.9 |
| Amplitude | 40.0 | 40.0 | 35.0 | 40.0 | 8.0 | 18.0 | 12.0 | 10.0 | 7.0 | 8.0 |
| Mínimo | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.0 | 8.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Máximo | 40.0 | 40.0 | 35.0 | 40.0 | 8.0 | 20.0 | 20.0 | 10.0 | 7.0 | 8.0 |
| Intervalo Interquartil | 17.0 | 15.0 | 11.5 | 19.3 | 6.5 | 15.0 | | | 2.0 | 6.0 |
| Quartil 1 | 5.0 | 20.0 | 7.3 | 0.0 | 0.0 | 2.0 | 8.0 | 0.0 | 4.0 | 0.0 |
| Quartil 3 | 22.0 | 35.0 | 18.8 | 19.3 | 6.5 | 17.0 | | | 6.0 | 6.0 |

Legenda: M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; AE-Assistência Espiritual; F-Fisioterapia; TF-Terapia da Fala; TO-Terapia Ocupacional; N-Nutrição; F-Farmácia

ⁱ 2017 (média: 26.8; mediana: 35) vs 2018 (média: 25.9; mediana: 35)

Gráfico 2-Tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas UCP (n=346/350)



Comparando com 2017, identificou-se uma diminuição, estatisticamente significativa, do tempo alocado semanalmente a CP dos enfermeiros ($p=0.001$)^j.

Nas **EIHSCP**, o tempo de alocação semanal da área médica variou entre [0,42] horas, com mediana de 8 e IIQ de [5,20]. O da enfermagem variou entre [0,35] horas, com mediana de 18 e IIQ de [5,35]. O da psicologia com mediana de 8 horas e IIQ de [5,12] variou entre [0,20] horas. A área do serviço social tem alocado semanalmente entre [0,35] horas, mediana de 10 horas e IIQ de [5,16]. A assistência espiritual está alocada, entre [2,8] horas com mediana de 5 horas. A área da nutrição apresenta um tempo semanal com mediana de 3.5 horas, variando entre [1,6] horas. Na área da farmácia, os profissionais integrantes destas equipes não possuem nenhum tempo do seu horário semanal alocado a este trabalho. Nenhum profissional de fisioterapia, de terapia ocupacional ou de terapia da fala integra estas equipes. (Tabela 7; Gráfico 3)

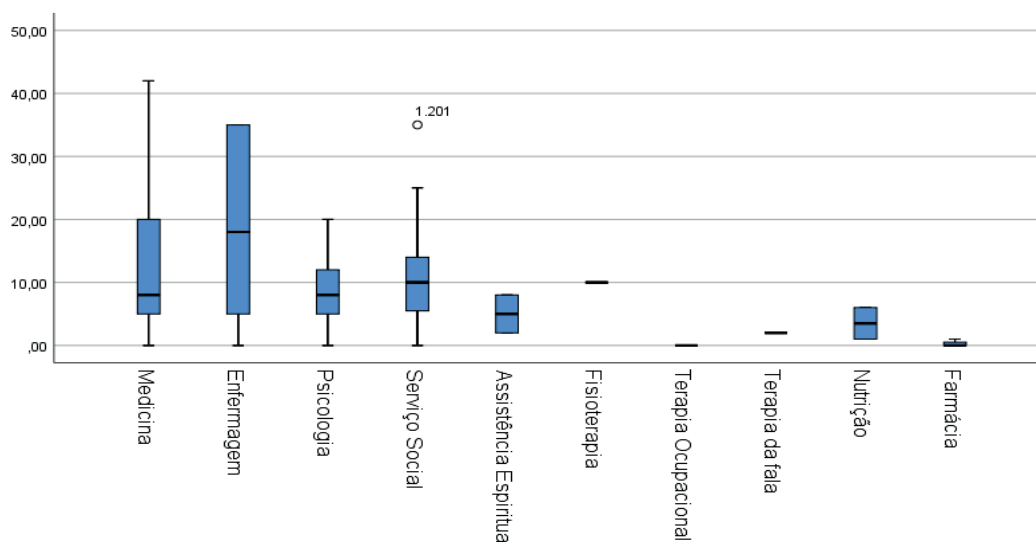
Tabela 7-Tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas EIHSCP (n=231/272)

| Medida | M | E | P | SS | AE | FT | TO | TF | N | F |
|------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|----|----|----|------------|------------|
| Média | 14.3 | 19.5 | 9.1 | 11.3 | 5.0 | | | | 3.5 | 0.3 |
| Mediana | 8.0 | 18.0 | 8.0 | 10.0 | 5.0 | | | | 3.5 | 0.0 |
| Desvio Padrão | 12.8 | 13.9 | 5.3 | 8.1 | 4.2 | | | | 3.5 | 0.6 |
| Variância | 165.0 | 192.6 | 28.5 | 65.5 | 18.0 | | | | 12.5 | 0.3 |
| Amplitude | 42.0 | 35.0 | 20.0 | 35.0 | 6.0 | | | | 5.0 | 0.0 |
| Mínimo | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.0 | | | | 1.0 | 0.0 |
| Máximo | 42.0 | 35.0 | 20.0 | 35.0 | 8.0 | | | | 6.0 | 1.0 |
| Intervalo Interquartil | 15.0 | 30.0 | 7.0 | 11.0 | | | | | | |
| Quartil 1 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 2.0 | | | | 1.0 | 0.0 |
| Quartil 3 | 20.0 | 35.0 | 12.0 | 16.0 | | | | | | |

Legenda: M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; AE-Assistência Espiritual; F-Fisioterapia; TF-Terapia da Fala; TO-Terapia Ocupacional; N-Nutrição; F-Farmácia

^j 2017 (média: 30.8; mediana: 35) vs 2018 (média: 28.4; mediana: 35)

Gráfico 3-Tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas EIHSCP (n= 231/272)



Comparando com 2017, identificou-se uma diminuição, estatisticamente significativa, do tempo alocado semanalmente a CP dos enfermeiros ($p < 0.001$)^k.

Nas **ECSCP**, o tempo de alocação semanal da área médica variou entre [0,42] horas, com mediana de 12 e IIQ de [5,20]. O da enfermagem variou entre [0,35] horas, com mediana de 12.5 e IIQ de [4,35]. O da psicologia com mediana de 7 horas e IIQ de [3.8,12.8] variou entre [0,25] horas. A área do serviço social tem alocado semanalmente entre [0,35] horas, mediana de 6.5 horas e IIQ de [3.3,13.5]. A fisioterapia tem uma alocação que varia entre [7,14] horas, mediana de 10 horas e IIQ de [7,14] horas. A área da nutrição apresenta um tempo semanal com mediana de 2 horas, variando entre [0,7] horas e IIQ de [0,4] horas. A área da farmácia tem alocada semanalmente entre [1,2] horas e uma mediana de 1 hora. Nenhum profissional de assistência espiritual, terapia ocupacional ou de terapia da fala integra estas equipas. (Tabela 8; Gráfico 4)

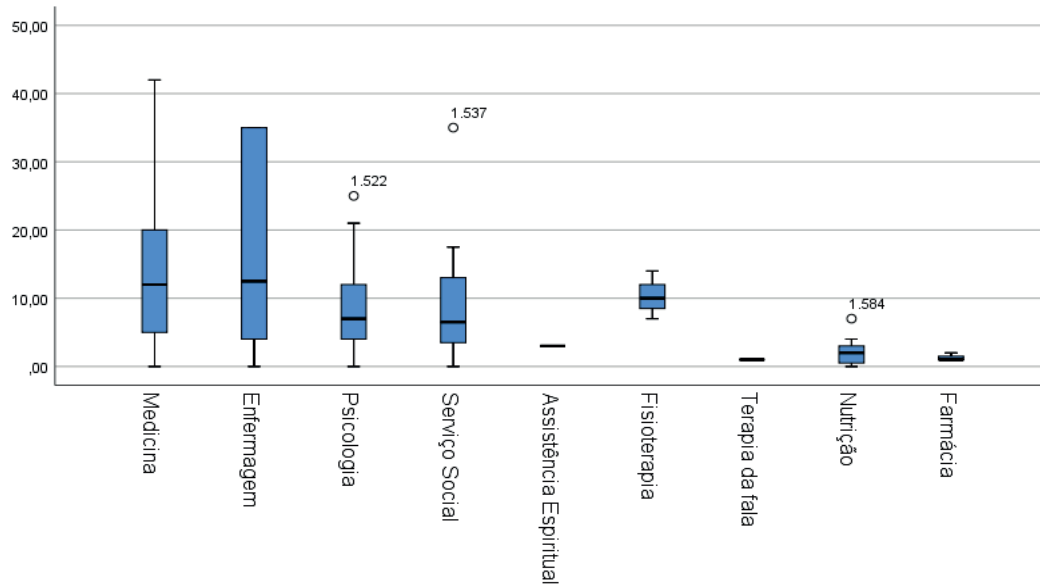
Tabela 8-Tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas ECSCP (n=248/248)

| Medida | M | E | P | SS | AE | FT | TO | TF | N | F |
|------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|----|-------------|----|----|------------|------------|
| Média | 13.7 | 16.5 | 8.5 | 8.4 | | 10.3 | | | 2.3 | 1.3 |
| Mediana | 12.0 | 12.5 | 7.0 | 6.5 | | 10.0 | | | 2.0 | 1.0 |
| Desvio Padrão | 11.5 | 13.6 | 6.8 | 7.8 | | 2.9 | | | 2.5 | 0.6 |
| Variância | 132.1 | 185.2 | 46.5 | 60.8 | | 8.2 | | | 6.2 | 0.3 |
| Amplitude | 42.0 | 35.0 | 25.0 | 35.0 | | 7.0 | | | 7.0 | 1.0 |
| Mínimo | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | 7.0 | | | 0.0 | 1.0 |
| Máximo | 42.0 | 35.0 | 25.0 | 35.0 | | 14.0 | | | 7.0 | 2.0 |
| Intervalo Interquartil | 15.0 | 31.0 | 9.0 | 10.3 | | 7.0 | | | 4.0 | |
| Quartil 1 | 5.0 | 4.0 | 3.8 | 3.3 | | 7.0 | | | 0.0 | 1.0 |
| Quartil 3 | 20.0 | 35.0 | 12.8 | 13.5 | | 14.0 | | | 4.0 | |

Legenda: M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; AE-Assistência Espiritual; FT-Fisioterapia; TF-Terapia da Fala; TO-Terapia Ocupacional; N-Nutrição; F-Farmácia

^k 2017 (média: 26.2; mediana: 35) vs 2018 (média: 19.5; mediana: 18)

Gráfico 4-Tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas ECSCP (n=248/248)



Comparando com 2017, identificaram-se diminuições, estatisticamente significativas, do tempo alocado semanalmente a CP dos médicos ($p=0.007$)^l e dos enfermeiros ($p<0.001$)^m.

Por último, nas **EIHSCPPED**, o tempo de alocação semanal da área médica variou entre [0,22] horas, com mediana de 1 e IIQ de [0,8,2,8]. O da enfermagem variou entre [0,14] horas, com mediana de 1 e IIQ de [0,7]. O da psicologia com mediana de 2,5 horas variou entre [0,5] horas. A área do serviço social tem alocado semanalmente entre [0,10] horas e mediana de 1 hora. Nenhum profissional de assistência espiritual, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, nutrição e farmácia tem tempo alocado a estas equipes. (Tabela 9; Gráfico 5)

Tabela 9-Tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas EIHSCPPED (n=35/35)

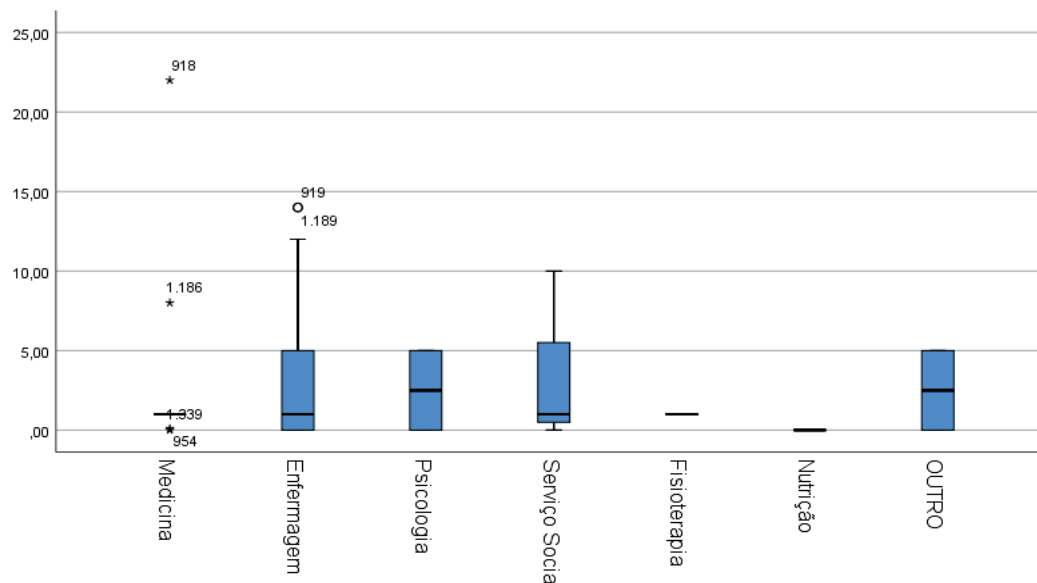
| Medida | M | E | P | SS | AE | F | TO | TF | N | F |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|----|---|----|----|---|---|
| Média | 3.6 | 3.4 | 2.5 | 3.7 | | | | | | |
| Mediana | 1.0 | 1.0 | 2.5 | 1.0 | | | | | | |
| Desvio Padrão | 6.9 | 5.4 | 3.5 | 5.5 | | | | | | |
| Variância | 47.1 | 29.3 | 12.5 | 30.3 | | | | | | |
| Amplitude | 22.0 | 14.0 | 5.0 | 10.0 | | | | | | |
| Mínimo | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | | | | | |
| Máximo | 22.0 | 14.0 | 5.0 | 10.0 | | | | | | |
| Intervalo Interquartil | 2.0 | 7.0 | | | | | | | | |
| Quartil 1 | 0.8 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | | | | | |
| Quartil 3 | 2.8 | 7.0 | | | | | | | | |

Legenda: M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; AE-Assistência Espiritual; F-Fisioterapia; TF-Terapia da Fala; TO-Terapia Ocupacional; N-Nutrição; F-Farmácia

^l 2017 (média: 20.6; mediana: 16) vs 2018 (média: 13.7; mediana: 12)

^m 2017 (média: 27.3; mediana: 35) vs 2018 (média: 16.5; mediana: 12.5)

Gráfico 5-Tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas EIHSPPED (n=35/35)



Proporção do tempo de contratualização alocado a cuidados paliativos

O conjunto das equipas revelou uma proporção de tempo de alocação semanal ao exercício de cuidados paliativos de grande oscilação, consoante as diversas áreas profissionais.

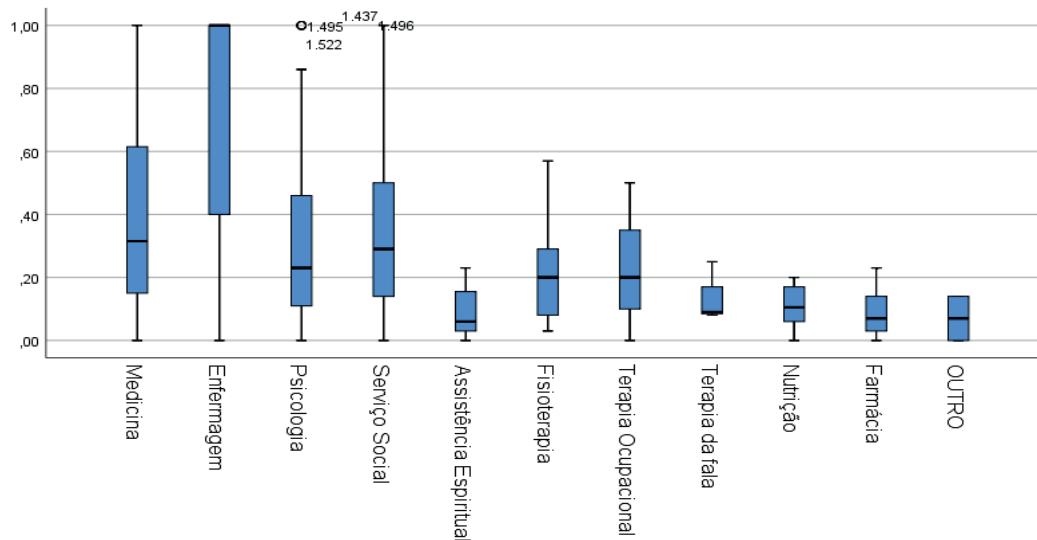
A proporção de tempo de alocação semanal (razão entre o tempo alocado e a duração normal de contrato (35,40 ou 42h semanais)), da área médica variou entre [0,1] horas, com mediana de 0.32 e IIQ de [0.15,0.62]. O da enfermagem variou entre [0,1], com mediana de 1.0 e IIQ de [0.4,1]. O da psicologia com mediana de 0.23 e IIQ de [0.11,0.48] variou entre [0,1]. A área do serviço social tem uma proporção de alocação semanal entre [0,1], mediana de 0.29 e IIQ de [0.14,0.50]. A assistência espiritual está alocada entre [0,0.23], mediana de 0.06 e IIQ de [0,0.23]. A fisioterapia, por sua vez, tem uma mediana de proporção do tempo alocado de 0.2, num intervalo de [0.03,0.57] e IIQ de [0.07,0.35]. A proporção de tempo da terapia ocupacional varia entre [0,0.5], com mediana de 0.2, enquanto a da terapia da fala varia entre [0.08,0.25], com mediana de 0.09. A área da nutrição apresenta uma proporção com mediana de 0.10, variando entre [0,0.2] e IIQ de [0.06,0.17]. Finalmente, na área da farmácia, varia entre [0,0.23], com mediana de 0.07 e IIQ de [0.02,0.14]. (Tabela 10; Gráfico 6)

Tabela 10-Proporção de tempo de alocação semanal a CP, em horas, no global das tipologias (n=722)

| Medida | M | E | P | SS | AE | FT | TO | TF | N | F |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Média | 0.43 | 0.71 | 0.32 | 0.35 | 0.09 | 0.23 | 0.23 | 0.14 | 0.11 | 0.09 |
| Mediana | 0.32 | 1.00 | 0.23 | 0.29 | 0.06 | 0.20 | 0.20 | 0.09 | 0.10 | 0.07 |
| Desvio Padrão | 0.32 | 0.37 | 0.26 | 0.29 | 0.10 | 0.18 | 0.25 | 0.10 | 0.06 | 0.07 |
| Variância | 0.10 | 0.14 | 0.07 | 0.08 | 0.01 | 0.03 | 0.06 | 0.01 | 0.00 | 0.01 |
| Amplitude | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 0.23 | 0.54 | 0.50 | 0.17 | 0.20 | 0.23 |
| Mínimo | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.03 | 0.00 | 0.08 | 0.00 | 0.00 |
| Máximo | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 0.23 | 0.57 | 0.50 | 0.25 | 0.20 | 0.23 |
| Intervalo Interquartil | 0.47 | 0.60 | 0.37 | 0.36 | 0.23 | 0.28 | | | 0.11 | 0.12 |
| Quartil 1 | 0.15 | 0.40 | 0.11 | 0.14 | 0.00 | 0.07 | 0.00 | 0.08 | 0.06 | 0.02 |
| Quartil 3 | 0.62 | 1.00 | 0.48 | 0.50 | 0.23 | 0.35 | | | 0.17 | 0.14 |

Legenda: M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; AE-Assistência Espiritual; F-Fisioterapia; TF-Terapia da Fala; TO-Terapia Ocupacional; N-Nutrição; F-Farmácia

Gráfico 6-Proporção de tempo de alocação semanal a CP, em horas, no global das tipologias (n=722)



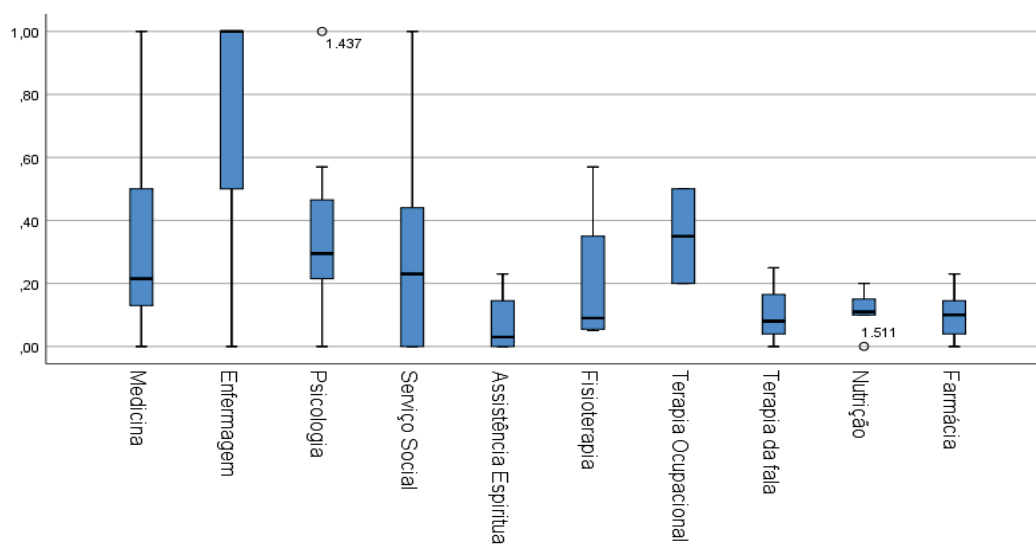
Nas UCP, a proporção de tempo de alocação semanal da área médica variou entre [0,1], com mediana de 0.22 e IIQ de [0.13,0.53]. O da enfermagem variou entre [0,1], com mediana de 1 e IIQ de [0.5,1]. O da psicologia com mediana de 0.3 e IIQ de [0.20,0.48] variou entre [0,1]. A área do serviço social variou entre [0,1], mediana de 0.23 e IIQ de [0,0.5]. A assistência espiritual entre [0,0.23], mediana de 0.03 e IIQ de [0,0.19]. A fisioterapia, por sua vez, tem uma mediana de 0.09, num intervalo de [0.05,0.57] e IIQ de [0.05,0.43]. A da terapia ocupacional varia entre [0.2,0.5], com mediana de 0.35, enquanto a da terapia da fala varia entre [0,0.25], com mediana de 0.08. A área da nutrição apresenta uma mediana de 0.11, variando entre [0,0.2] horas e IIQ de [0.1,0.17]. Finalmente, na área da farmácia, varia entre [0,0.23], com mediana de 0.1 e IIQ de [0,0.15]. (Tabela 11; Gráfico 7)

Tabela 11-Proporção de tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas UCP (n=346/350)

| Medida | M | E | P | SS | AE | F | TO | TF | N | F |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Média | 0.35 | 0.77 | 0.33 | 0.31 | 0.07 | 0.20 | 0.35 | 0.11 | 0.12 | 0.10 |
| Mediana | 0.22 | 1.00 | 0.30 | 0.23 | 0.03 | 0.09 | 0.35 | 0.08 | 0.11 | 0.10 |
| Desvio Padrão | 0.30 | 0.36 | 0.24 | 0.34 | 0.11 | 0.21 | 0.21 | 0.13 | 0.06 | 0.08 |
| Variância | 0.09 | 0.13 | 0.06 | 0.12 | 0.01 | 0.05 | 0.05 | 0.02 | 0.00 | 0.01 |
| Amplitude | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 0.23 | 0.52 | 0.30 | 0.25 | 0.20 | 0.23 |
| Mínimo | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.05 | 0.20 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Máximo | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 0.23 | 0.57 | 0.50 | 0.25 | 0.20 | 0.23 |
| Intervalo Interquartil | 0.40 | 0.50 | 0.28 | 0.50 | 0.19 | 0.37 | | | 0.07 | 0.15 |
| Quartil 1 | 0.13 | 0.50 | 0.20 | 0.00 | 0.00 | 0.05 | 0.20 | 0.00 | 0.10 | 0.00 |
| Quartil 3 | 0.53 | 1.00 | 0.48 | 0.50 | 0.19 | 0.43 | | | 0.17 | 0.15 |

Legenda: M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; AE-Assistência Espiritual; F-Fisioterapia; TF-Terapia da Fala; TO-Terapia Ocupacional; N-Nutrição; F-Farmácia

Gráfico 7-Proporção de tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas UCP (n=346/350)



Comparando com 2017, identificou-se diminuição, estatisticamente significativa, do tempo alocado semanalmente a CP dos fisioterapeutas ($p=0.045$)ⁿ.

Nas **EIHSCP**, a proporção do tempo de alocação semanal da área médica variou entre [0,1], com mediana de 0.20 e IIQ de [0.13,0.50]. A da enfermagem variou entre [0,1], com mediana de 0.50 e IIQ de [0.14,1]. A da psicologia com mediana de 0.23 e IIQ de [0.13,0.34] variou entre [0,0.57]. A área do serviço social tem entre [0,1], mediana de 0.29 e IIQ de [0.14,0.46]. A assistência espiritual variou entre [0.06,0.23] com mediana de 0.15. Na área de nutrição o tempo variou entre [0.03,0.17] com uma mediana de 0.1. E na área de farmácia, o tempo de alocação variou entre [0,0.03] com uma mediana de 0.02. Nenhum profissional de fisioterapia, terapia ocupacional ou de terapia da fala integra estas equipas. (Tabela 12; Gráfico 8)

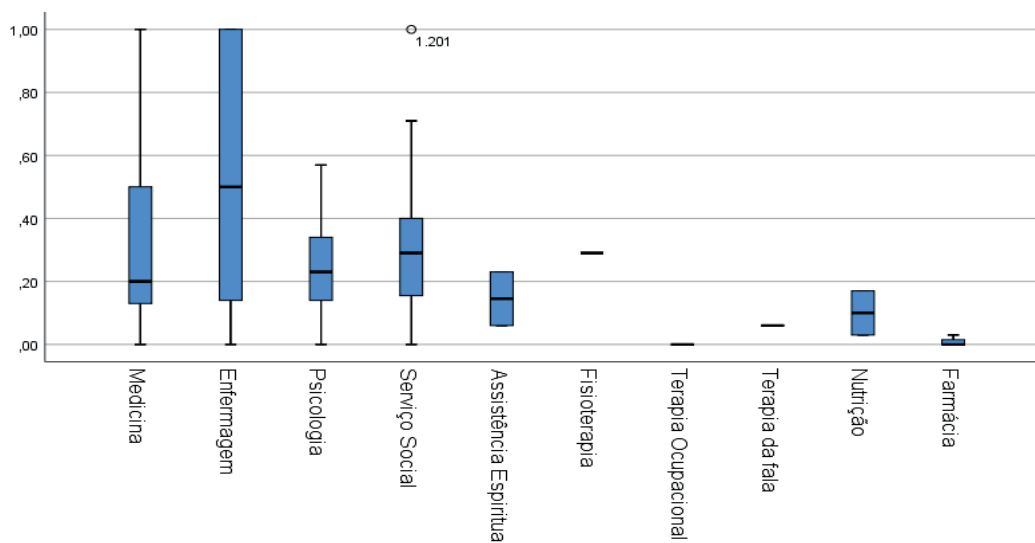
Tabela 12-Proporção de tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas EIHSCP (n=231/272)

| Medida | M | E | P | SS | AE | F | TO | TF | N | F |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|----|----|-------------|-------------|
| Média | 0.36 | 0.55 | 0.25 | 0.32 | 0.15 | | | | 0.10 | 0.01 |
| Mediana | 0.20 | 0.50 | 0.23 | 0.29 | 0.15 | | | | 0.10 | 0.02 |
| Desvio Padrão | 0.32 | 0.40 | 0.15 | 0.23 | 0.12 | | | | 0.10 | 0.00 |
| Variância | 0.10 | 0.16 | 0.02 | 0.05 | 0.01 | | | | 0.01 | 0.00 |
| Amplitude | 1.00 | 1.00 | 0.57 | 1.00 | 0.17 | | | | 0.14 | 0.00 |
| Mínimo | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.06 | | | | 0.03 | 0.00 |
| Máximo | 1.00 | 1.00 | 0.57 | 1.00 | 0.23 | | | | 0.17 | 0.03 |
| Intervalo Interquartil | 0.37 | 0.86 | 0.21 | 0.32 | | | | | | |
| Quartil 1 | 0.13 | 0.14 | 0.13 | 0.14 | 0.06 | | | | 0.03 | 0.00 |
| Quartil 3 | 0.50 | 1.00 | 0.34 | 0.46 | | | | | | |

Legenda: M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; AE-Assistência Espiritual; F-Fisioterapia; TF-Terapia da Fala; TO-Terapia Ocupacional; N-Nutrição; F-Farmácia

ⁿ 2017 (média: 0.3; mediana: 0.2) vs 2018 (média: 0.2; mediana: 0.1)

Gráfico 8-Proporção de tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas EIHS CP (n=231/272)



Comparando com 2017, identificou-se diminuição, estatisticamente significativa, do tempo alocado semanalmente a CP dos enfermeiros ($p=0.011$)^o.

Nas **ECSCP**, a proporção do tempo de alocação semanal da área médica variou entre [0,1], com mediana de 0.30 e IIQ de [0.13,0.50]. A da enfermagem variou entre [0,1], com mediana de 0.31 e IIQ de [0.10,1]. A da psicologia com mediana de 0.2 e IIQ de [0.10,0.36] variou entre [0,0.63]. A área do serviço social tem alocada uma proporção entre [0,1], mediana de 0.19 e IIQ de [0.09,0.39]. A fisioterapia tem uma alocação que varia entre [0.2,0.4], mediana de 0.25 e IIQ de [0.20,0.40]. A área da nutrição com mediana de 0.06, variando entre [0,0.2] horas e IIQ de [0,0.11] horas. Na área da farmácia estão alocadas uma mediana de proporção de 0.03 horas, variando entre [0.03,0.06] horas. Nenhum profissional de assistência espiritual, terapia ocupacional ou de terapia da fala integra estas equipas. (Tabela 13; Gráfico 9)

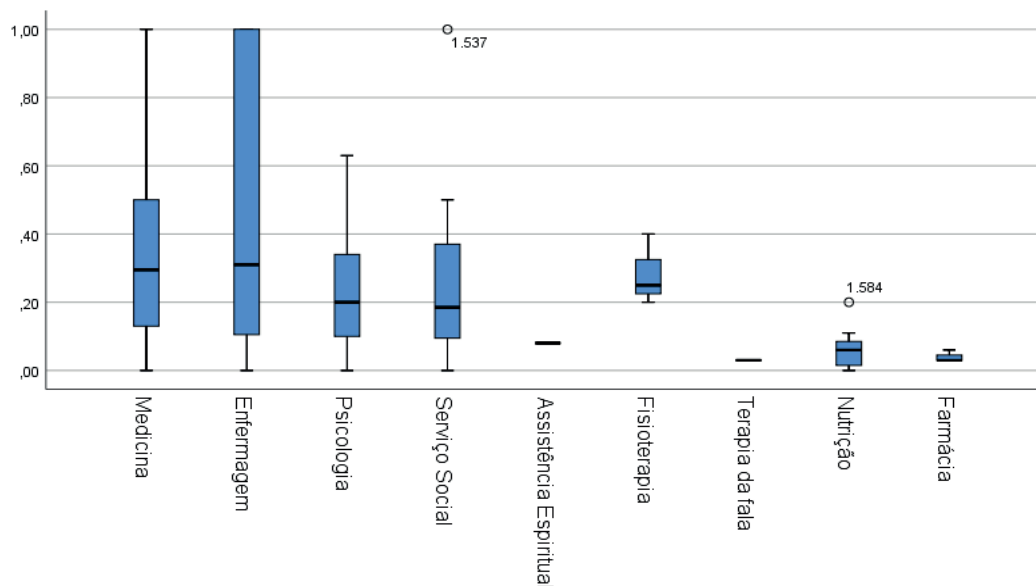
Tabela 13-Proporção de tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas ECSCP (n=248/248)

| Medida | M | E | P | SS | AE | F | TO | TF | N | F |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----|-------------|----|----|-------------|-------------|
| Média | 0.35 | 0.47 | 0.24 | 0.24 | | 0.28 | | | 0.07 | 0.04 |
| Mediana | 0.30 | 0.31 | 0.20 | 0.19 | | 0.25 | | | 0.06 | 0.03 |
| Desvio Padrão | 0.29 | 0.39 | 0.19 | 0.22 | | 0.09 | | | 0.07 | 0.02 |
| Variância | 0.08 | 0.15 | 0.04 | 0.05 | | 0.01 | | | 0.01 | 0.00 |
| Amplitude | 1.00 | 1.00 | 0.63 | 1.00 | | 0.20 | | | 0.20 | 0.03 |
| Mínimo | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | | 0.20 | | | 0.00 | 0.03 |
| Máximo | 1.00 | 1.00 | 0.63 | 1.00 | | 0.40 | | | 0.20 | 0.06 |
| Intervalo Interquartil | 0.37 | 0.90 | 0.27 | 0.29 | | 0.20 | | | 0.11 | |
| Quartil 1 | 0.13 | 0.10 | 0.10 | 0.09 | | 0.20 | | | 0.00 | 0.03 |
| Quartil 3 | 0.50 | 1.00 | 0.36 | 0.39 | | 0.40 | | | 0.11 | |

Legenda: M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; AE-Assistência Espiritual; F-Fisioterapia; TF-Terapia da Fala; TO-Terapia Ocupacional; N-Nutrição; F-Farmácia

^o 2017 (média: 0.7; mediana: 1) vs 2018 (média: 0.6; mediana: 0.5)

Gráfico 9-Proporção de tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas ECSCP (n=248/248)



Comparando com 2017, identificaram-se diminuições, estatisticamente significativas, do tempo alocado semanalmente a CP dos médicos ($p=0.009$)^p e dos enfermeiros ($p<0.001$).

Nas **EIHSCPPED**, a proporção do tempo de alocação semanal da área médica variou entre [0,0.55], com mediana de 0.03 e IIQ de [0.03,0.12]. A da enfermagem variou entre [0,0.4], com mediana de 0.03 e IIQ de [0,0.2]. A da psicologia com mediana de 0.07 variou entre [0,0.14]. A área do serviço social tem alocada uma proporção entre [0,0.14] e mediana de 0.07. Nenhum profissional de assistência espiritual, farmácia, terapia ocupacional, terapia da fala, nutrição ou farmácia integra estas equipas. (Tabela 14; Gráfico 12)

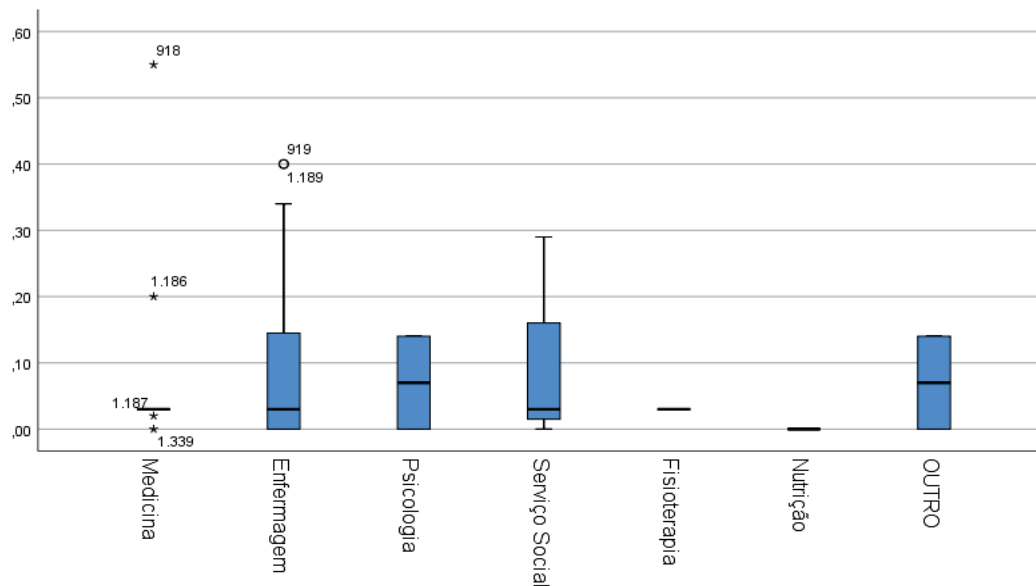
Tabela 14-Proporção de tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas EIHSCPPED (n=35/35)

| Medida | M | E | P | SS | AE | F | TO | TF | N | F |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----|---|----|----|---|---|
| Média | 0.10 | 0.10 | 0.07 | 0.11 | | | | | | |
| Mediana | 0.03 | 0.03 | 0.07 | 0.03 | | | | | | |
| Desvio Padrão | 0.18 | 0.15 | 0.10 | 0.16 | | | | | | |
| Variância | 0.03 | 0.02 | 0.01 | 0.03 | | | | | | |
| Amplitude | 0.55 | 0.40 | 0.14 | 0.29 | | | | | | |
| Mínimo | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | | | | | | |
| Máximo | 0.55 | 0.40 | 0.14 | 0.29 | | | | | | |
| Intervalo Interquartil | 0.09 | 0.20 | | | | | | | | |
| Quartil 1 | 0.03 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | | | | | | |
| Quartil 3 | 0.12 | 0.20 | | | | | | | | |

Legenda: M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; AE-Assistência Espiritual; F-Fisioterapia; TF-Terapia da Fala; TO-Terapia Ocupacional; N-Nutrição; F-Farmácia

^p 2017 (média: 0.5; mediana: 0.4) vs 2018 (média: 0.35; mediana: 0.3)

Gráfico 10-Proporção de tempo de alocação semanal a CP, em horas, nas ECSCPPED (n=35/35)



Taxa de cobertura dos serviços de cuidados paliativos

Neste domínio do estudo apenas foram excluídas as equipas com funcionamento total privado e as equipas intrahospitalares de suporte em cuidados paliativos pediátricos.

De um total de 103 equipas/serviços de cuidados paliativos com existência a 31 de dezembro de 2018, obtiveram-se dados de 78, o que fez uma taxa de resposta de 75.7%. Ao nível das UCP obtivemos 22 em 30 respostas possíveis (taxa de resposta de 73.3%), das EIHS CP obtiveram-se 34 em 46 possíveis respostas (taxa de resposta de 73.9%), nas ECSCP as respostas foram de 20 em 24 possíveis (taxa de resposta de 83.3%) e nas EIHS CPPED as respostas foram de 2 em 3 possíveis (taxa de resposta de 66.7%).

Nesta primeira fase da análise, apenas se terá em conta a taxa de cobertura estrutura e não a funcional. Ou seja, a análise não terá em conta a proporção de tempo alocado das várias áreas profissionais nas diferentes valências/equipas e camas/população abrangida.

Só serão identificadas as evoluções, positivas ou negativas, com significância estatística ($p < 0.05$).

Unidades de cuidados paliativos

No total das diferentes tipologias, de acordo com as recomendações da European Association for Palliative Care, estima-se a necessidade de 768 camas a nível nacional (90 camas por milhão de habitantes; valor médio da estimativa preconizada) ao passo que a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) apenas estima a necessidade de 382 camas (45 camas por milhão de habitantes; valor médio da estimativa preconizada). Por outro lado, existem, em Portugal, 384 camas. Assim, e de acordo com o aposto na metodologia, considera-se que existe um défice de 384 camas, o que denota uma taxa de cobertura de 50% a nível nacional. A nível distrital/regional existe uma grande assimetria com Leiria e Viana do Castelo a apresentarem uma taxa de 0% e Bragança, Castelo Branco, Coimbra com valores superiores a 100%. Importa reafirmar novamente que estes dados se reportam a 31 de dezembro de 2018.

Por seu lado, na tipologia de agudos, existem a nível nacional 159 camas, perfazendo uma taxa de cobertura de 68.8% enquanto na tipologia de não-agudos existem 225 camas representando uma cobertura de 41.7%. Também nestas tipologias existem fortes assimetrias, sendo que na de agudos, apenas 9 distritos/regiões possuem camas deste tipo, alguns deles com taxas superiores a 100%. Na de não-agudos, 8 distritos/regiões não possuem qualquer cama deste tipo. (Quadro 1)

Quadro 1-Camadas de cuidados paliativos em Portugal: estimação, existência e taxa de cobertura por distrito/região autónoma, 2018

| DISTRITO | GERAL | | | | | AGUDOS (30%) | | | NÃO AGUDOS (70%) | | |
|------------------|----------------|--------------|------------|--------------------|------------------|--------------|------------|---------------|------------------|------------|---------------|
| | EST EAPC/GB | EST CNCPC | EX | COB (%) EAPC/GB | COB (%) CNCPC | EST GB | EX | COB (%) GB | EST GB | EX | COB (%) GB |
| Aveiro | 53 | 26 | 15 | 28 | 58 | 16 | 15 | 94 | 37 | 0 | 0 |
| Beja | 11 | 5 | 6 | 55 | 120 | 3 | 0 | 0 | 8 | 6 | 75 |
| Braga | 62 | 31 | 10 | 16 | 32 | 19 | 0 | 0 | 43 | 10 | 23 |
| Bragança | 10 | 5 | 12 | 120 | 240 | 3 | 0 | 0 | 7 | 12 | 171 |
| Castelo Branco | 14 | 7 | 20 | 143 | 286 | 4 | 20 | 500 | 10 | 0 | 0 |
| Coimbra | 31 | 16 | 38 | 123 | 238 | 9 | 20 | 222 | 22 | 18 | 82 |
| Évora | 12 | 6 | 8 | 67 | 133 | 4 | 0 | 0 | 8 | 8 | 100 |
| Faro | 32 | 16 | 10 | 31 | 63 | 10 | 10 | 100 | 22 | 0 | 0 |
| Guarda | 11 | 6 | 11 | 100 | 183 | 3 | 0 | 0 | 8 | 11 | 138 |
| Leiria | 34 | 17 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 24 | 0 | 0 |
| Lisboa | 166 | 83 | 78 | 47 | 94 | 50 | 0 | 0 | 116 | 78 | 67 |
| Portalegre | 8 | 4 | 8 | 100 | 200 | 2 | 8 | 400 | 6 | 0 | 0 |
| Porto | 133 | 67 | 66 | 50 | 99 | 40 | 51 | 128 | 93 | 15 | 16 |
| Santarém | 33 | 16 | 15 | 46 | 94 | 10 | 0 | 0 | 23 | 15 | 65 |
| Setúbal | 63 | 31 | 36 | 57 | 116 | 19 | 16 | 84 | 44 | 20 | 46 |
| Viana do Castelo | 18 | 9 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 13 | 0 | 0 |
| Vila Real | 15 | 7 | 12 | 80 | 171 | 5 | 0 | 0 | 11 | 12 | 109 |
| Viseu | 27 | 14 | 20 | 74 | 143 | 8 | 0 | 0 | 19 | 20 | 105 |
| Açores | 18 | 9 | 11 | 61 | 122 | 5 | 11 | 220 | 13 | 0 | 0 |
| Madeira | 19 | 9 | 8 | 42 | 89 | 6 | 8 | 133 | 13 | 0 | 0 |
| TOTAL | 770 | 384 | 384 | 50 | 100 | 231 | 159 | 69 | 540 | 225 | 42 |

Legenda: EST-Estimativa; COB-Taxa de cobertura; EAPC-European Association for Palliative Care; GB-Gómez-Batiste; CNCPC-Comissão Nacional de Cuidados Paliativos; EX-Existentes

Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos

No que respeita às EIHS CP, apenas a Região Autónoma da Madeira não possui uma equipa, com taxas de cobertura a variar entre 33% nos Açores, 50% em Coimbra, 67% em Aveiro e 100% nos restantes distritos do país, totalmente cobertos. (Quadro 2)

Quadro 2-EIHSCP em Portugal: estimacão, existência e taxa de cobertura por distrito/região autónoma, 2018

| DISTRITO | GERAL | | |
|------------------|-----------|------------|--------------|
| | Previstas | Existentes | Cobertura(%) |
| Aveiro | 3 | 2 | 67 |
| Beja | 1 | 1 | 100 |
| Braga | 4 | 4 | 100 |
| Bragança | 1 | 1 | 100 |
| Castelo Branco | 2 | 2 | 100 |
| Coimbra | 4 | 2 | 50 |
| Évora | 1 | 1 | 100 |
| Faro | 2 | 2 | 100 |
| Guarda | 1 | 1 | 100 |
| Leiria | 1 | 1 | 100 |
| Lisboa | 9 | 9 | 100 |
| Portalegre | 2 | 2 | 100 |
| Porto | 7 | 7 | 100 |
| Santarém | 2 | 2 | 100 |
| Setúbal | 4 | 4 | 100 |
| Viana do Castelo | 1 | 1 | 100 |
| Vila Real | 1 | 1 | 100 |
| Viseu | 1 | 1 | 100 |
| Açores | 3 | 1 | 33 |
| Madeira | 1 | 0 | 0 |
| TOTAL | 51 | 45 | 88 |

Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos

Quanto às ECSCP, as 24 existentes realizam uma cobertura regional que abrange 2,779,515 habitantes o que representa uma cobertura estrutural de 32.55% da população adulta. No entanto, se tivermos em conta que duas das equipas, as que pertencem ao IPO de Lisboa e Porto apenas assistem doentes oncológicos e que tenha ou estejam a ser assistidos por estas instituições, temos que as restantes cobrem 2,186,381 habitantes, o que perfaz uma cobertura de 25.61% da população portuguesa adulta. No que respeita à taxa de cobertura regional, tendo em conta as estimativas por nós defendidas (as da EAPC) existe uma cobertura de 28%, embora de acordo com a CNCP esta seja de 41%. Mais uma vez se verificam assimetrias significativas com 6 distritos (Aveiro, Braga, Castelo Branco, Coimbra, Leiria e Vila Real) sem nenhuma equipa e outros com taxas superiores a 100% (Beja). (Quadro 3)

Quadro 3-ECSCP em Portugal: estimativa, existência e taxa de cobertura por distrito/região autónoma, 2018

| DISTRITO | GERAL | | | | |
|------------------|----------------|-------------|-----------|--------------------|-----------------|
| | EST EAPC/GB | EST CNCP | EX | COB (%) EAPC/GB | COB (%) CNCP |
| Aveiro | 5.9 | 3.9 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 1.2 | 1.0 | 2 | 167 | 200 |
| Braga | 6.9 | 4.6 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 1.1 | 1.0 | 1 | 91 | 100 |
| Castelo Branco | 1.6 | 1.0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 3.5 | 2.3 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 1.3 | 1.0 | 1 | 77 | 100 |
| Faro | 3.6 | 2.4 | 3 | 83 | 125 |
| Guarda | 1.3 | 1.0 | 1 | 77 | 100 |
| Leiria | 3.8 | 2.5 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 18.4 | 12.3 | 4 | 22 | 33 |
| Portalegre | 1.0 | 1.0 | 0 | 0 | 0 |
| Porto | 14.8 | 9.9 | 3 | 20 | 30 |
| Santarém | 3.6 | 2.4 | 1 | 28 | 42 |
| Setúbal | 6.9 | 4.6 | 2 | 29 | 44 |
| Viana do Castelo | 2.0 | 1.3 | 1 | 50 | 77 |
| Vila Real | 1.7 | 1.1 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 3.0 | 2.0 | 2 | 67 | 100 |
| Açores | 2.0 | 1.3 | 2 | 100 | 154 |
| Madeira | 2.1 | 1.4 | 1 | 48 | 71 |
| TOTAL | 85.7 | 58.0 | 24 | 28 | 41 |

Legenda: EST-Estimativa; COB-Taxa de cobertura; EAPC-European Association for Palliative Care; GB-Gómez-Batiste; CNCP-Comissão Nacional de Cuidados Paliativos; EX-Existentes

Taxa de cobertura estrutural dos profissionais

Global

Segundo os dados que nos foram disponibilizados, 97% (66/68) das equipas/serviços de cuidados paliativos contam com profissionais da área da medicina, 96% (65/68) com enfermeiros, reduzindo-se a cobertura quando abordadas as restantes áreas da saúde. Sendo que, 72% (49/68) contam na sua equipa com psicólogos e 78% (53/68) com assistentes sociais, 17% (11/68) com fisioterapeutas, 14% (9/68) com nutricionistas, 8% (5/68) com assistentes espirituais, 44% (29/68) com profissionais da área de farmácia e 6% (4/68) com outros terapeutas. Identificou-se uma diminuição estatisticamente significativa na proporção de equipas com psicólogos, de 89 para 72% ($p=0.0189$)(Quadro 4)

Quadro 4-Áreas profissionais disponíveis nas equipas/serviços de cuidados paliativos, no global, 2018 (n=68)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 3 | 3 | 100 | 3 | 100 | 1 | 33 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 3 | 2 | 67 | 3 | 100 | 2 | 67 | 2 | 67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 67 |
| Braga | 3 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 3 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 1 | 33 | 1 | 33 | 0 | 0 | 1 | 33 | 2 | 67 |
| Castelo Branco | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 3 | 3 | 100 | 3 | 100 | 1 | 33 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 50 |
| Faro | 4 | 4 | 100 | 4 | 100 | 4 | 100 | 4 | 100 | 0 | 0 | 1 | 25 | 1 | 25 | 0 | 0 | 1 | 25 |
| Guarda | 3 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 67 | 2 | 67 |
| Leiria | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 14 | 14 | 100 | 14 | 100 | 10 | 71 | 11 | 79 | 0 | 0 | 3 | 21 | 1 | 7 | 1 | 7 | 5 | 36 |
| Portalegre | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Porto | 7 | 7 | 100 | 7 | 100 | 7 | 100 | 7 | 100 | 0 | 0 | 1 | 14 | 1 | 14 | 2 | 29 | 4 | 57 |
| Santarém | 4 | 4 | 100 | 4 | 100 | 4 | 100 | 4 | 100 | 1 | 25 | 1 | 25 | 1 | 25 | 1 | 25 | 2 | 50 |
| Setúbal | 5 | 4 | 80 | 4 | 80 | 2 | 40 | 3 | 60 | 0 | 0 | 2 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 20 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Vila Real | 2 | 2 | 100 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 4 | 4 | 100 | 4 | 100 | 4 | 100 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 150 |
| Açores | 4 | 4 | 100 | 4 | 100 | 2 | 50 | 2 | 50 | 1 | 25 | 2 | 50 | 0 | 0 | 1 | 25 | 4 | 100 |
| Madeira | 2 | 2 | 100 | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 50 | 2 | 100 |
| Total | 68 | 66 | 97 | 65 | 96 | 49 | 72 | 53 | 78 | 5 | 8 | 11 | 17 | 4 | 6 | 9 | 14 | 29 | 44 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Analisando a existência de profissionais a tempo completo (alocação de pelo menos um profissional de CP de 100% do contrato legal institucionalizado no SNS), constata-se que existem médicos nesta situação em 35% (24/68) das equipas, enfermeiros em 79% (54/68), assistentes sociais em 13% (9/68), psicólogos em 10% (7/68). Mais nenhuma outra área profissional foi identificada. (Quadro 5) Neste indicador, identifica-se um aumento estatisticamente significativo da proporção de equipas com pelo menos um psicólogo a 100%, de 0% para 10.3% ($p=0.0153$), assim como a das equipas com pelo menos um assistente social a 100% de 0% para 13.2% ($p=0.0041$).

Quadro 5-Equipas/serviços com pelo menos 1 profissional a 100% do seu tempo, no global, 2018 (n=68)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|----|-----|----|-----|---|-----|----|-----|----|---|---|---|----|---|---|---|----|---|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 3 | 2 | 67 | 2 | 67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 3 | 1 | 33 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Braga | 3 | 1 | 33 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 3 | 0 | 0 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castelo Branco | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 3 | 1 | 33 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 2 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Faro | 4 | 0 | 0 | 3 | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Guarda | 3 | 2 | 67 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Leiria | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 14 | 5 | 36 | 9 | 64 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Portalegre | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Porto | 7 | 5 | 71 | 7 | 100 | 0 | 0 | 2 | 29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santarém | 4 | 0 | 0 | 4 | 100 | 0 | 0 | 1 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setúbal | 5 | 3 | 60 | 5 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Vila Real | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 4 | 2 | 50 | 3 | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Açores | 4 | 0 | 0 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Madeira | 2 | 2 | 100 | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 68 | 24 | 35 | 54 | 79 | 7 | 10 | 9 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Analisando agora as equipas quanto à existência de pelo menos 50% dos profissionais a tempo completo (alocação a CP de 100% do contrato legal institucionalizado no SNS), constata-se que área da medicina respeita este critério em 21% (14/68) das equipas e a de enfermagem em 57% (39/68) dessas, psicologia em 10% (7/68) e serviço social em 10% (7/66). Mais nenhuma outra área profissional tem pelo menos 50% dos seus elementos com 100% de alocação de tempo a CP. (Quadro 6)

Neste indicador, identifica-se um aumento estatisticamente significativo da proporção de equipas com pelo menos 50% dos psicólogos a 100%, de 0% para 10.2% ($p=0.0153$), assim como a das equipas com pelo menos 50% dos assistentes sociais a 100% de 0% para 10.2% ($p=0.0153$).

Quadro 6-Equipas/serviços com pelo menos 50% dos profissionais a 100% do seu tempo, no global, 2018 (n=68)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 3 | 1 | 33 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 3 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Braga | 3 | 1 | 33 | 2 | 67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 3 | 0 | 0 | 1 | 33 | 3 | 100 | 2 | 67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castelo Branco | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 3 | 1 | 33 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 2 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Faro | 4 | 0 | 0 | 3 | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Guarda | 3 | 0 | 0 | 3 | 100 | 3 | 100 | 2 | 67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Leiria | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 14 | 5 | 36 | 6 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Portalegre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Porto | 7 | 2 | 29 | 5 | 71 | 0 | 0 | 2 | 29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santarém | 4 | 0 | 0 | 3 | 75 | 0 | 0 | 1 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setúbal | 5 | 1 | 20 | 3 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vila Real | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 4 | 2 | 50 | 2 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Açores | 4 | 0 | 0 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Madeira | 2 | 0 | 0 | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 68 | 14 | 21 | 39 | 57 | 7 | 10 | 7 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Unidades de cuidados paliativos

Das UCP analisadas, 89% (17/19) têm na sua equipa profissionais da área da medicina, sendo já 95% (18/19) as equipas com profissionais de enfermagem. Já quanto às restantes áreas da saúde, 53% (10/19) contam na sua equipa com psicólogos e assistentes sociais, 37% (7/19) com fisioterapeutas, 33% (6/19) com nutricionistas, 26% (5/19) com profissionais da área de farmácia, 16% (3/19) com assistentes espirituais e com outros terapeutas. (Quadro 7)

Ao nível deste indicador identifica-se uma diminuição estatisticamente significativa na proporção de UCP com psicólogos, de 95.2 para 52.6% ($p=0.0061$), assim como na das com assistentes sociais de 95.2 para 52.6% ($p=0.0061$)

Quadro 7-Áreas profissionais disponíveis nas UCP, 2018 (n=19)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Braga | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| Castelo Branco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Faro | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Guarda | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Leiria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 3 | 3 | 100 | 3 | 100 | 1 | 33 | 1 | 33 | 0 | 0 | 1 | 33 | 1 | 33 | 1 | 33 | 1 | 33 |
| Portalegre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Porto | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 0 | 0 | 1 | 50 | 1 | 50 | 1 | 50 | 1 | 50 |
| Santarém | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| Setúbal | 2 | 1 | 50 | 1 | 50 | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vila Real | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Açores | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Madeira | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| Total | 19 | 17 | 89 | 18 | 95 | 10 | 53 | 10 | 53 | 3 | 16 | 7 | 37 | 3 | 16 | 6 | 32 | 5 | 26 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Quanto à inclusão de profissionais a tempo completo (alocação a CP de 100% do contrato legal institucionalizado no SNS), constata-se que existem médicos nesta situação em 21% (4/19) das UCP, enfermeiros em 84% (16/19), psicólogos e assistentes sociais em 16% (3/19) e mais nenhuma outra área profissional. (Quadro 8)

Quadro 8-UCP com pelo menos 1 profissional a 100% do seu tempo, 2018 (n=19)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Braga | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castelo Branco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Faro | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Guarda | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Leiria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 3 | 0 | 0 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Portalegre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Porto | 2 | 1 | 50 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santarém | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setúbal | 2 | 1 | 50 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vila Real | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Açores | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Madeira | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 19 | 4 | 21 | 16 | 84 | 3 | 16 | 3 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Analisando agora as UCP quanto à existência de pelo menos 50% dos profissionais a tempo completo (alocação a CP de 100% do contrato legal institucionalizado no SNS), constata-se que área da medicina só em 5% (1/19) respeita este critério, a de enfermagem em 63% (12/19), psicologia e serviço social em 16% (3/19). Mais nenhuma outra área profissional tem pelo menos 50% dos seus elementos com 100% de alocação de tempo a CP. (Quadro 9)

Quadro 9-UCP com pelo menos 50% dos profissionais a 100% do seu tempo, 2018 (n=19)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Braga | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castelo Branco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Faro | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Guarda | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Leiria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 3 | 0 | 0 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Portalegre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Porto | 2 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santarém | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setúbal | 2 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vila Real | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Açores | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Madeira | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 19 | 1 | 5 | 12 | 63 | 3 | 16 | 3 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos

Todas as EIHSCT têm na sua equipa profissionais da área da medicina. Já quanto às restantes áreas da saúde, 97% (29/30) têm enfermagem, 87% (26/30) têm assistente social, 77% (23/30) apresentam psicólogo, 7% (2/30) têm assistente espiritual, nutricionista e farmacêutico, sendo que 3% são as equipas com fisioterapeuta ou outras terapias (1/30). (Quadro 10)

Quadro 10-Áreas profissionais disponíveis nas EIHS CP, 2018 (n=30)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 1 | 50 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Braga | 3 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castelo Branco | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Faro | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Guarda | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| Leiria | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 7 | 7 | 100 | 7 | 100 | 6 | 86 | 6 | 86 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 14 |
| Portalegre | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Porto | 3 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 33 | 0 | 0 |
| Santarém | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setúbal | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 1 | 50 | 2 | 100 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Vila Real | 1 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Açores | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Madeira | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Total | 30 | 30 | 100 | 29 | 97 | 23 | 77 | 26 | 87 | 2 | 7 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 7 | 2 | 7 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Quanto à inclusão de profissionais a tempo completo (alocação a CP de 100% do contrato legal institucionalizado no SNS), constata-se que existem médicos nesta situação em 40% (12/30) das EIHS CP, enfermeiros em 77% (23/30), assistentes sociais em 10% (3/30), psicólogos em 7% (2/30) e nenhuma outra área profissional. (Quadro 11)

Quadro 11-EIHS CP com pelo menos 1 profissional a 100% do seu tempo, 2018 (n=30)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 2 | 2 | 100 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Braga | 3 | 1 | 33 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castelo Branco | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 2 | 1 | 50 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Faro | 2 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Guarda | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Leiria | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 7 | 3 | 43 | 3 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Portalegre | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Porto | 3 | 2 | 67 | 3 | 100 | 0 | 0 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santarém | 2 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setúbal | 2 | 1 | 50 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Vila Real | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Açores | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Madeira | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Total | 30 | 12 | 40 | 23 | 77 | 2 | 7 | 3 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Analisando agora as EIHS CP quanto à existência de pelo menos 50% dos profissionais a tempo completo (alocação a CP de 100% do contrato legal institucionalizado no SNS), constata-se que área da medicina respeita este critério em 27% (8/30) das equipas e a de enfermagem em 60% (18/30). Já psicologia e serviço social cumprem o critério em 7% (2/30) das equipas. Mais nenhuma outra área profissional tem pelo menos 50% dos seus elementos com 100% de alocação de tempo a CP. (Quadro 12)

Quadro 12-EIHS CP com pelo menos 50% dos profissionais a 100% do seu tempo, 2018 (n=29)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 2 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Braga | 3 | 1 | 33 | 2 | 67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castelo Branco | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 2 | 1 | 50 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Faro | 2 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Guarda | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Leiria | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 7 | 3 | 43 | 3 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Portalegre | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Porto | 3 | 0 | 0 | 2 | 67 | 0 | 0 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santarém | 2 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setúbal | 2 | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Vila Real | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Açores | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Madeira | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Total | 30 | 8 | 27 | 18 | 60 | 2 | 7 | 2 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos

Todas as ECSCP têm na sua equipa profissionais da área da medicina e enfermagem. Já quanto às restantes áreas da saúde, 89% (17/19) contam com assistente social, 84% (16/19) com psicólogo, 26% (5/19) têm farmacêutico, 16% (3/19) fisioterapeuta e 5% (1/19) nutricionista. Mais nenhuma outra área profissional se encontra disponível em ECSCP. (Quadro 13)

Quadro 13-Áreas profissionais disponíveis nas ECSCP, 2018 (n=19)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|---|---|----|----|---|---|-----|----|-----|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Braga | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castelo Branco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Faro | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Guarda | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| Leiria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 4 | 4 | 100 | 4 | 100 | 3 | 75 | 4 | 100 | 0 | 0 | 2 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Portalegre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Porto | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 50 |
| Santarém | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setúbal | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vila Real | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 50 |
| Açores | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 2 | 100 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 100 |
| Madeira | 1 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 19 | 19 | 100 | 18 | 95 | 16 | 84 | 17 | 89 | 0 | 0 | 3 | 16 | 0 | 0 | 1 | 5 | 5 | 26 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Quanto à inclusão de profissionais a tempo completo (alocação a CP de 100% do contrato legal institucionalizado no SNS), constata-se que existem médicos nesta situação em 42% (8/19) das ECSCP, enfermeiros em 79% (15/19), assistente social em 16% (3/19), psicólogos em 11% (2/19) e mais nenhuma outra área profissional. (Quadro 14)

Quadro 14-ECSCP com pelo menos 1 profissional a 100% do seu tempo, 2018 (n=19)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|---|-----|----|-----|---|-----|----|-----|----|---|---|---|----|---|---|---|----|---|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | AE | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beja | 2 | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Braga | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bragança | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castelo Branco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Coimbra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Évora | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Faro | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Guarda | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Leiria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lisboa | 4 | 2 | 50 | 3 | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Portalegre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Porto | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santarém | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Setúbal | 1 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vila Real | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Viseu | 2 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Açores | 2 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Madeira | 1 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 19 | 8 | 42 | 15 | 79 | 2 | 11 | 3 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Analisando agora as ECSCP quanto à existência de pelo menos 50% dos profissionais a tempo completo (alocação a CP de 100% do contrato legal institucionalizado no SNS), constata-se que área da medicina respeita este critério em 26% (5/19) das equipas, a de enfermagem em 47% (9/19) e psicologia e serviço social em 11% (2/19). Mais nenhuma outra área profissional tem pelo menos 50% dos seus elementos com 100% de alocação de tempo a CP. (Quadro 15)

Quadro 15-ECSCP com pelo menos 50% dos profissionais a 100% do seu tempo, 2018 (n=19)

| DISTRITO | ÁREAS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|
| | EQUIPAS* | M | | E | | P | | SS | | F | | OT | | N | | FR | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Beja | 2 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Braga | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Bragança | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Castelo Branco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Coimbra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Évora | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Faro | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Guarda | 1 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Leiria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Lisboa | 4 | 2 | 50 | 2 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Portalegre | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Porto | 2 | 2 | 100 | 2 | 100 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Santarém | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Setúbal | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Viana do Castelo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Vila Real | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Viseu | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Açores | 2 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Madeira | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Total | 19 | 5 | 26 | 9 | 47 | 2 | 11 | 2 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Legenda: *-Equipas que responderam; M-Medicina; E-Enfermagem; P-Psicologia; SS-Serviço Social; F-Fisioterapia; OT-Outras Terapias; N-Nutrição; FR-Farmácia

Taxa de cobertura profissional em Equivalentes a Tempo Completo

Nesta secção, os resultados serão apresentados e analisados, em relação às quatro grandes áreas profissionais (enfermagem, medicina, psicologia e serviço social) com base nos requisitos mínimos de recursos humanos das equipas/serviços de cuidados paliativos enumerados por Connor e Gómez-Batiste e a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, conforme referido na metodologia.

Foram analisadas as taxas de cobertura realizando as razões entre o existente e o estimado, e entre o existente e o necessário para as equipas/serviços realmente existentes, tendo em conta a população que abrangem ou o n.º de camas da unidade ou instituição.

Medicina

Tendo por base Connor e Gómez-Batiste, deveriam existir em Portugal, 496 ETC para toda Rede Nacional de Cuidados Paliativos, por estes preconizada. Na realidade existem 70.1 ETC o que perfaz que o tempo de alocado a cuidados paliativos apenas cubra 14.1% das necessidades. Por outras palavras, faltarão cerca de 17,036 horas médicas (considerando 1 ETC=40h). Nas UCP os ETC médicos alocados (21.5/117) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 18.4%. Em relação às lotações das UCP existentes, esta dotação apenas cobre 35.6% do que é preconizado para as características das existentes. Nas EIHS CP os ETC médicos alocados

(28.5/122) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 23.3%, sendo igual a percentagem em relação aos rácios preconizados para as EIHS CP existentes. Nas **ECSCP** os ETC médicos alocados (20/257) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 7.8%. Em relação aos rácios preconizados para as ECSCP existentes tendo em conta a população que abrangem, esta dotação cobre 24% do que seria necessário. (Quadro 16)

Quadro 16-ETC médicos: estimacão e taxa de cobertura segundo Connor e Gómez-Batiste, 2018

| Distrito | Global | | | UCP | | | | EIHS CP | | | | ECSCP | | | |
|------------------|--------|------|------|-----|------|---------|--------|---------|------|---------|--------|-------|------|---------|--------|
| | EST | EX | COB | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX |
| Aveiro | 31 | 3.5 | 11.2 | 8 | 1.3 | 16.0 | 55.7 | 5 | 2.2 | 42.1 | 42.1 | 18 | 0.0 | 0.0 | |
| Beja | 7 | 2.6 | 36.1 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | 2.6 | 65.0 | 100.0 |
| Braga | 39 | 3.1 | 8.0 | 9 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 9 | 3.1 | 35.8 | 35.8 | 21 | 0.0 | 0.0 | |
| Bragança | 7 | 2.8 | 41.2 | 2 | 1.5 | 74.0 | 82.2 | 2 | 0.4 | 22.6 | 22.6 | 3 | 0.9 | 31.0 | 44.3 |
| Castelo Branco | 10 | 0.7 | 6.8 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | 0.7 | 22.7 | 22.7 | 5 | 0.0 | 0.0 | |
| Coimbra | 29 | 2.7 | 9.3 | 5 | 2.0 | 39.6 | 34.7 | 14 | 0.7 | 4.9 | 4.9 | 10 | 0.0 | 0.0 | |
| Évora | 8 | 2.5 | 32.9 | 2 | 0.3 | 16.5 | 27.5 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | 2.2 | 55.0 | 110.0 |
| Faro | 21 | 3.4 | 16.2 | 5 | 1.4 | 27.6 | 92.0 | 5 | 1.0 | 19.6 | 19.6 | 11 | 1.1 | 9.5 | 12.1 |
| Guarda | 8 | 2.6 | 34.1 | 2 | 1.0 | 52.0 | 61.2 | 2 | 0.7 | 44.4 | 44.4 | 4 | 0.8 | 21.0 | 84.0 |
| Leiria | 19 | 0.2 | 0.8 | 5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | 0.2 | 5.0 | 5.0 | 11 | 0.0 | 0.0 | |
| Lisboa | 110 | 16.1 | 14.7 | 25 | 1.4 | 5.6 | 11.8 | 30 | 8.0 | 26.7 | 26.7 | 55 | 6.8 | 12.3 | 25.8 |
| Portalegre | 5 | 0.0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | 0.0 | 0.0 | |
| Porto | 84 | 5.8 | 6.9 | 20 | 1.8 | 9.1 | 21.9 | 20 | 3.0 | 15.1 | 15.1 | 44 | 1.0 | 2.3 | 5.5 |
| Santarém | 20 | 2.4 | 12.0 | 5 | 0.5 | 10.0 | 21.7 | 4 | 1.3 | 30.5 | 30.5 | 11 | 0.6 | 5.5 | 42.9 |
| Setúbal | 38 | 7.9 | 20.8 | 9 | 2.5 | 27.3 | 32.8 | 8 | 4.2 | 52.5 | 52.5 | 21 | 1.3 | 6.0 | 24.2 |
| Viana do Castelo | 11 | 0.0 | 0.0 | 3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 6 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Vila Real | 10 | 1.6 | 15.6 | 2 | 0.9 | 42.5 | 47.2 | 3 | 0.7 | 23.1 | 23.1 | 5 | 0.0 | 0.0 | |
| Viseu | 16 | 5.8 | 35.5 | 4 | 2.0 | 50.0 | 66.7 | 3 | 2.2 | 65.2 | 65.2 | 9 | 1.6 | 18.2 | 31.5 |
| Açores | 13 | 2.7 | 20.4 | 3 | 2.0 | 65.7 | 115.9 | 4 | 0.2 | 4.7 | 4.7 | 6 | 0.5 | 9.0 | 41.5 |
| Madeira | 10 | 3.7 | 35.9 | 3 | 3.1 | 102.0 | 255.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 6 | 0.6 | 10.0 | 9.7 |
| Total | 496 | 70.1 | 14.1 | 117 | 21.5 | 18.4 | 35.6 | 122 | 28.5 | 23.3 | 23.3 | 257 | 20.0 | 7.8 | 24.0 |

Tendo por base a CNCP, deveriam existir em Portugal, 231 ETC para toda Rede Nacional de Cuidados Paliativos, por esta preconizada. Na realidade existem 70.1 ETC o que perfaz que o tempo de alocado a cuidados paliativos apenas cubra 30.4% das necessidades. Por outras palavras, faltarão cerca de 6,436 horas médicas (considerando 1 ETC=40h). Nas **UCP** os ETC médicos alocados (21.5/57) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 37.8%. Em relação às lotações das UCP existentes, esta dotação apenas cobre 35.6% do que é preconizado para as características das existentes. Nas **EIHS CP** os ETC médicos alocados (28.5/88) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 32.5%. Em relação aos rácios preconizados para as EIHS CP existentes, esta dotação cobre, igualmente, 32.5% do que é preconizado para estas. Nas **ECSCP** os ETC médicos alocados (20/86) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 23.3%. Em relação aos rácios preconizados para as ECSCP existentes tendo em conta a população que abrangem, esta dotação cobre 72.3% do que seria necessário. (Quadro 17)

Quadro 17-ETC médicos: estimação e taxa de cobertura segundo CNCP, 2018

| Distrito | GLOBAL | | | UCP | | | | EIHSCP | | | | ECSCP | | | |
|------------------|------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|
| | EST | EX | COB | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX |
| Aveiro | 14 | 3.5 | 25.3 | 4 | 1.3 | 32.0 | 55.7 | 4 | 2.2 | 57.2 | 57.2 | 6 | 0.0 | 0.0 | |
| Beja | 3 | 2.6 | 81.3 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1 | 2.6 | 260.0 | 288.9 |
| Braga | 18 | 3.1 | 16.7 | 5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 6 | 3.1 | 48.1 | 48.1 | 7 | 0.0 | 0.0 | |
| Bragança | 3 | 2.8 | 88.8 | 1 | 1.5 | 148.0 | 82.2 | 1 | 0.4 | 35.8 | 35.8 | 1 | 0.9 | 93.0 | 132.9 |
| Castelo Branco | 5 | 0.7 | 12.6 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2 | 0.7 | 28.3 | 28.3 | 2 | 0.0 | 0.0 | |
| Coimbra | 15 | 2.7 | 17.3 | 2 | 2.0 | 99.0 | 34.7 | 10 | 0.7 | 6.5 | 6.5 | 3 | 0.0 | 0.0 | |
| Évora | 3 | 2.5 | 79.1 | 1 | 0.3 | 33.0 | 27.5 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1 | 2.2 | 220.0 | 314.3 |
| Faro | 9 | 3.4 | 36.8 | 2 | 1.4 | 69.0 | 92.0 | 3 | 1.0 | 30.0 | 30.0 | 4 | 1.1 | 26.3 | 37.5 |
| Guarda | 3 | 2.6 | 80.9 | 1 | 1.0 | 104.0 | 61.2 | 1 | 0.7 | 59.2 | 59.2 | 1 | 0.8 | 84.0 | 280.0 |
| Leiria | 9 | 0.2 | 1.7 | 3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2 | 0.2 | 7.5 | 7.5 | 4 | 0.0 | 0.0 | |
| Lisboa | 51 | 16.1 | 31.9 | 12 | 1.4 | 11.6 | 11.8 | 21 | 8.0 | 38.7 | 38.7 | 18 | 6.8 | 37.7 | 77.9 |
| Portalegre | 3 | 0.0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | |
| Porto | 39 | 5.8 | 15.0 | 10 | 1.8 | 18.2 | 21.9 | 14 | 3.0 | 21.9 | 21.9 | 15 | 1.0 | 6.7 | 16.7 |
| Santarém | 9 | 2.4 | 27.4 | 2 | 0.5 | 25.0 | 21.7 | 3 | 1.3 | 46.2 | 46.2 | 4 | 0.6 | 15.0 | 120.0 |
| Setúbal | 18 | 7.9 | 44.7 | 5 | 2.5 | 49.2 | 32.8 | 6 | 4.2 | 73.7 | 73.7 | 7 | 1.3 | 18.0 | 74.1 |
| Viana do Castelo | 5 | 0.0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Vila Real | 5 | 1.6 | 31.2 | 1 | 0.9 | 85.0 | 47.2 | 2 | 0.7 | 35.2 | 35.2 | 2 | 0.0 | 0.0 | |
| Viseu | 7 | 5.8 | 80.4 | 2 | 2.0 | 100.0 | 66.7 | 2 | 2.2 | 97.7 | 97.7 | 3 | 1.6 | 54.7 | 96.5 |
| Açores | 7 | 2.7 | 40.4 | 1 | 2.0 | 197.0 | 115.9 | 4 | 0.2 | 5.4 | 5.4 | 2 | 0.5 | 27.0 | 108.0 |
| Madeira | 4 | 3.7 | 87.1 | 1 | 3.1 | 306.0 | 255.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2 | 0.6 | 30.0 | 28.6 |
| Total | 231 | 70.1 | 30.4 | 57 | 21.5 | 37.8 | 35.6 | 88 | 28.5 | 32.5 | 32.5 | 86 | 20.0 | 23.3 | 72.3 |

Legenda: EST-Estimativa; COB-Taxa de cobertura; EX-Existentes

Enfermagem

Tendo por base Connor e Gómez-Batiste, deveriam existir em Portugal, 2,384 ETC para toda Rede Nacional de Cuidados Paliativos, por estes preconizada. Na realidade existem 260.9 ETC o que perfaz que o tempo de alocado a cuidados paliativos apenas cubra 10.9% das necessidades. Por outras palavras, faltarão cerca de 74,309 horas de enfermagem (considerando 1 ETC=35h). Nas **UCP** os ETC de enfermagem alocados (162.5/1192) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 13.6%. Em relação às lotações das UCP existentes, esta dotação apenas cobre 26.6% do que é preconizado para as características das existentes. Nas **EIHSCP** os ETC de enfermagem alocados (48/168) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 28.5%. Em relação aos rácios preconizados para as EIHSCP existentes, esta dotação cobre a mesma percentagem de 28.5%. Nas **ECSCP** os ETC de enfermagem alocados (50.5/1024) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 4.9%. Em relação aos rácios preconizados para as ECSCP existentes tendo em conta a população que abrangem, esta dotação cobre 15.2% do que seria necessário. (Quadro 18)

Quadro 18-ETC de enfermagem: estimação e taxa de cobertura segundo Connor e Gómez-Batiste, 2018

| Distrito | GLOBAL | | | UCP | | | | EIHSCP | | | | ECSCP | | | |
|------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|
| | EST | EX | COB | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX |
| Aveiro | 160 | 17.1 | 10.7 | 82 | 15.0 | 18.3 | 64.4 | 8 | 2.1 | 28.5 | 28.5 | 70 | 0.0 | 0.0 | |
| Beja | 33 | 10.1 | 30.7 | 17 | 3.3 | 19.4 | 35.5 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 14 | 6.8 | 48.9 | 71.3 |
| Braga | 191 | 5.2 | 2.7 | 96 | 0.0 | 0 | 0.0 | 12 | 5.2 | 43.3 | 43.3 | 83 | 0.0 | 0.0 | |
| Bragança | 32 | 16.0 | 50.7 | 16 | 9.0 | 56.4 | 48.5 | 3 | 0.2 | 8.8 | 8.8 | 13 | 6.7 | 51.7 | 80.0 |
| Castelo Branco | 45 | 2.5 | 5.5 | 22 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 2.5 | 59.5 | 59.5 | 19 | 0.0 | 0.0 | |
| Coimbra | 108 | 16.1 | 14.9 | 48 | 14.0 | 29.2 | 23.6 | 19 | 2.1 | 11.0 | 11.0 | 41 | 0.0 | 0.0 | |
| Évora | 37 | 7.0 | 18.7 | 19 | 4.2 | 22.1 | 33.9 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 16 | 2.8 | 17.3 | 34.1 |
| Faro | 100 | 15.1 | 15.2 | 50 | 10.7 | 21.4 | 69.1 | 7 | 3.4 | 52.8 | 52.8 | 43 | 1.0 | 2.3 | 2.9 |
| Guarda | 36 | 15.6 | 43.1 | 19 | 11.3 | 59.7 | 66.3 | 2 | 1.5 | 69.1 | 69.1 | 15 | 2.8 | 18.3 | 68.8 |
| Leiria | 103 | 3.0 | 2.9 | 53 | 0.0 | 0 | | 4 | 3.0 | 75.0 | 75.0 | 46 | 0.0 | 0.0 | |
| Lisboa | 517 | 33.8 | 6.5 | 256 | 11.3 | 4.4 | 9.3 | 40 | 11.9 | 29.6 | 29.6 | 221 | 10.6 | 4.8 | 10.1 |
| Portalegre | 25 | 0.0 | 0.0 | 12 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 11 | 0.0 | 0.0 | |
| Porto | 409 | 18.2 | 4.4 | 205 | 12.0 | 5.9 | 11.3 | 27 | 5.2 | 19.4 | 19.4 | 177 | 1.0 | 0.6 | 1.4 |
| Santarém | 101 | 15.1 | 15.0 | 51 | 10.0 | 19.6 | 42.9 | 6 | 3.0 | 51.8 | 51.8 | 44 | 2.1 | 4.9 | 36.9 |
| Setúbal | 190 | 25.1 | 13.2 | 96 | 18.0 | 18.8 | 23.2 | 11 | 5.4 | 48.8 | 48.8 | 83 | 1.7 | 2.1 | 8.3 |
| Viana do Castelo | 55 | 0.0 | 0.0 | 28 | 0.0 | 0 | | 3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 24 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Vila Real | 47 | 0.0 | 0.0 | 23 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 20 | 0.0 | 0.0 | |
| Viseu | 82 | 20.0 | 24.3 | 42 | 16.0 | 38.1 | 51.6 | 4 | 2.0 | 45.5 | 45.5 | 36 | 2.0 | 5.6 | 9.8 |
| Açores | 58 | 26.9 | 46.7 | 28 | 13.6 | 48.5 | 79.4 | 7 | 0.4 | 6.5 | 6.5 | 23 | 12.9 | 55.9 | 238.1 |
| Madeira | 56 | 14.0 | 25.0 | 29 | 14.0 | 48.3 | 112.9 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 25 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Total | 2 384 | 260.9 | 10.9 | 1 192 | 162.5 | 12.3 | 24.0 | 168 | 48.0 | 28.5 | 28.5 | 1 024 | 50.5 | 4.9 | 15.2 |

Legenda: EST-Estimativa; COB-Taxa de cobertura; EX-Existentes

Tendo por base a CNCP, deveriam existir em Portugal, 698 ETC para toda Rede Nacional de Cuidados Paliativos, por esta preconizada. Na realidade existem 260.9 ETC o que perfaz que o tempo de alocado a cuidados paliativos cubra 35.6% das necessidades. Por outras palavras, faltarão cerca de 15,299 horas de enfermagem (considerando 1 ETC=35h). Nas **UCP** os ETC de enfermagem alocados (162.5/456) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 35.6%. Em relação às lotações das UCP existentes, esta dotação cobre 34.4% do que é preconizado para as características das existentes. Nas **EIHSCP** os ETC de enfermagem alocados (48/126) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 38%. Em relação aos rácios preconizados para as EIHSCP existentes, esta dotação cobre a mesma percentagem de 38% do que é preconizado para estas. Nas **ECSCP** os ETC de enfermagem alocados (50.5/116) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 43.5%. Em relação aos rácios preconizados para as ECSCP existentes tendo em conta a população que abrangem, esta dotação cobre 137.1% do que seria necessário. (Quadro 19)

Quadro 19-ETC de enfermagem: estimação e taxa de cobertura segundo CNCP, 2018

| Distrito | GLOBAL | | | UCP | | | | EIHSCP | | | | ECSCP | | | |
|------------------|--------|-------|-------|-----|-------|---------|--------|--------|------|---------|--------|-------|------|---------|--------|
| | EST | EX | COB | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX |
| Aveiro | 45 | 17.1 | 38.4 | 31 | 15.0 | 48.4 | 83.3 | 6 | 2.1 | 38.2 | 38.2 | 8 | 0.0 | 0.0 | |
| Beja | 10 | 10.1 | 106.7 | 6 | 3.3 | 55.0 | 45.8 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2 | 6.8 | 342.0 | 621.8 |
| Braga | 55 | 5.2 | 9.5 | 37 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 9 | 5.2 | 57.8 | 57.8 | 9 | 0.0 | 0.0 | |
| Bragança | 9 | 16.0 | 179.4 | 6 | 9.0 | 150.5 | 62.7 | 2 | 0.2 | 11.6 | 11.6 | 1 | 6.7 | 672.0 | 746.7 |
| Castelo Branco | 13 | 2.5 | 19.1 | 8 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | 2.5 | 80.6 | 80.6 | 2 | 0.0 | 0.0 | |
| Coimbra | 39 | 16.1 | 41.9 | 19 | 14.0 | 73.7 | 30.4 | 15 | 2.1 | 14.7 | 14.7 | 5 | 0.0 | 0.0 | |
| Évora | 11 | 7.0 | 65 | 7 | 4.2 | 60.0 | 43.8 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2 | 2.8 | 138.0 | 306.7 |
| Faro | 29 | 15.1 | 52.4 | 19 | 10.7 | 56.4 | 89.3 | 5 | 3.4 | 70.0 | 70.0 | 5 | 1.0 | 20.0 | 26.3 |
| Guarda | 11 | 15.6 | 147.3 | 7 | 11.3 | 162.0 | 85.9 | 2 | 1.5 | 95.0 | 95.0 | 2 | 2.8 | 137.5 | 687.5 |
| Leiria | 28 | 3.0 | 10.7 | 20 | 0.0 | 0.0 | | 3 | 3.0 | 100.0 | 100.0 | 5 | 0.0 | 0.0 | |
| Lisboa | 153 | 33.8 | 22.1 | 98 | 11.3 | 11.5 | 12.1 | 30 | 11.9 | 39.6 | 39.6 | 25 | 10.6 | 42.5 | 91.6 |
| Portalegre | 8 | 0.0 | 0 | 5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | |
| Porto | 119 | 18.2 | 15.3 | 79 | 12.0 | 15.2 | 14.5 | 20 | 5.2 | 25.7 | 25.7 | 20 | 1.0 | 5.0 | 12.5 |
| Santarém | 28 | 15.1 | 53.1 | 19 | 10.0 | 52.6 | 55.6 | 4 | 3.0 | 67.0 | 67.0 | 5 | 2.1 | 42.8 | 356.7 |
| Setúbal | 54 | 25.1 | 46.2 | 37 | 18.0 | 48.6 | 30.0 | 8 | 5.4 | 64.7 | 64.7 | 9 | 1.7 | 19.1 | 71.7 |
| Viana do Castelo | 16 | 0.0 | 0 | 11 | 0.0 | 0.0 | | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Vila Real | 13 | 0.0 | 0 | 8 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2 | 0.0 | 0.0 | |
| Viseu | 24 | 20.0 | 82.4 | 17 | 16.0 | 94.1 | 66.7 | 3 | 2.0 | 60.6 | 60.6 | 4 | 2.0 | 50.8 | 88.3 |
| Açores | 19 | 26.9 | 142.1 | 11 | 13.6 | 123.5 | 102.9 | 5 | 0.4 | 8.6 | 8.6 | 3 | 12.9 | 428.7 | 2143.3 |
| Madeira | 16 | 14.0 | 90.3 | 11 | 14.0 | 127.3 | 145.8 | 2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Total | 698 | 260.9 | 37.4 | 456 | 162.5 | 35.6 | 34.4 | 126 | 48.0 | 38.0 | 38.0 | 116 | 50.5 | 43.5 | 137.1 |

Legenda: EST-Estimativa; COB-Taxa de cobertura; EX-Existentes

Psicologia

Tendo por base Connor e Gómez-Batiste, deveriam existir em Portugal, 195 ETC para toda Rede Nacional de Cuidados Paliativos, por estes preconizada. Na realidade existem 17.5 ETC o que perfaz que o tempo de alocado a cuidados paliativos apenas cubra 9% das necessidades. Por outras palavras, faltarão cerca de 6,213 horas de psicologia (considerando 1 ETC=35h). Nas **UCP** os ETC de psicologia alocados (5.3/52) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 10.2%. Em relação às lotações das UCP existentes, esta dotação apenas cobre 15% do que é preconizado para as características das existentes. Nas **EIHSCP** os ETC de psicologia alocados (6.4/57) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 11.2%. Em relação aos rácios preconizados para as EIHSCP existentes, esta dotação cobre 11% do necessário. Nas **ECSCP** os ETC de psicologia alocados (5.9/86) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 6.8%. Em relação aos rácios preconizados para as ECSCP existentes tendo em conta a população que abrangem, esta dotação cobre 21% do que seria necessário. (Quadro 20)

Quadro 20-ETC de psicologia: estimação e taxa de cobertura segundo Connor e Gómez-Batiste, 2018

| Distrito | GLOBAL | | | UCP | | | | EIHSCP | | | | ECSCP | | | |
|------------------|--------|------|-----|-----|-----|---------|--------|--------|-----|---------|--------|-------|-----|---------|--------|
| | EST | EX | COB | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX |
| Aveiro | 13 | 0.5 | 4 | 4 | 0.0 | 0 | 0 | 3 | 0.5 | 15.3 | 15 | 6 | 0.0 | 0 | |
| Beja | 3 | 0.6 | 20 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.6 | 59 | 74 |
| Braga | 15 | 0.6 | 4 | 4 | 0.0 | 0 | 0 | 4 | 0.6 | 14.4 | 14 | 7 | 0.0 | 0 | |
| Bragança | 3 | 1.2 | 41 | 1 | 0.5 | 45 | 45 | 1 | 0.1 | 13 | 13 | 1 | 0.7 | 66 | 94 |
| Castelo Branco | 5 | 0.2 | 5 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 2 | 0.2 | 11.5 | 12 | 2 | 0.0 | 0 | |
| Coimbra | 11 | 0.1 | 1 | 2 | 0.0 | 0 | 0 | 6 | 0.1 | 1.7 | 2 | 3 | 0.0 | 0 | |
| Évora | 3 | 0.6 | 20 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.6 | 60 | 86 |
| Faro | 8 | 1.5 | 19 | 2 | 0.4 | 21.5 | 43 | 2 | 0.5 | 32.5 | 33 | 4 | 0.5 | 12.5 | 18 |
| Guarda | 3 | 2.4 | 79 | 1 | 0.8 | 75 | 75 | 1 | 0.9 | 86 | 86 | 1 | 0.8 | 77 | 257 |
| Leiria | 7 | 0.0 | 0 | 2 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 4 | 0.0 | 0 | |
| Lisboa | 41 | 3.5 | 8 | 11 | 0.5 | 4.4 | 7 | 12 | 1.5 | 12.1 | 12 | 18 | 1.5 | 8.6 | 18 |
| Portalegre | 3 | 0.0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | |
| Porto | 32 | 0.9 | 3 | 9 | 0.3 | 3.3 | 8 | 8 | 0.6 | 7.5 | 8 | 15 | 0.0 | 0 | 0 |
| Santarém | 8 | 1.2 | 15 | 2 | 0.5 | 25 | 50 | 2 | 0.5 | 24 | 24 | 4 | 0.2 | 5 | 40 |
| Setúbal | 15 | 1.4 | 9 | 4 | 0.8 | 20.8 | 19 | 4 | 0.6 | 14.3 | 14 | 7 | 0.0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 4 | 0.0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 2 | 0.0 | 0 | 0 |
| Vila Real | 4 | 0.0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 2 | 0.0 | 0 | |
| Viseu | 6 | 1.4 | 23 | 2 | 0.6 | 28.5 | 44 | 1 | 0.3 | 26.4 | 26 | 3 | 0.6 | 19 | 34 |
| Açores | 6 | 0.4 | 7 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 3 | 0.0 | 0 | 0 | 2 | 0.4 | 21 | 84 |
| Madeira | 4 | 1.0 | 25 | 1 | 1.0 | 100 | 100 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 2 | 0.0 | 0 | 0 |
| Total | 195 | 17.5 | 9 | 52 | 5.3 | 10.2 | 15 | 57 | 6.4 | 11.2 | 11 | 86 | 5.9 | 6.8 | 21 |

Legenda: EST-Estimativa; COB-Taxa de cobertura; EX-Existentes

Tendo por base a CNCP, deveriam existir em Portugal, 60.9 ETC para toda Rede Nacional de Cuidados Paliativos, por esta preconizada. Na realidade existem 17.5 ETC o que perfaz que o tempo de alocado a cuidados paliativos cubra 29% das necessidades. Por outras palavras, faltarão cerca de 1,519 horas de psicologia (considerando 1 ETC=35h). Nas **UCP** os ETC de psicologia alocados (5.3/12) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 44%. Em relação às lotações das UCP existentes, esta dotação cobre 43% do que é preconizado para as características das existentes. Nas **EIHSCP** os ETC de psicologia alocados (6.4/21.9) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 28%. Em relação aos rácios preconizados para as EIHSCP existentes, esta dotação cobre 29% do que é preconizado para estas. Nas **ECSCP** os ETC de psicologia (5.9/27) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 22%. Em relação aos rácios preconizados para as ECSCP existentes tendo em conta a população que abrangem, esta dotação cobre 63% do que seria necessário. (Quadro 21)

Quadro 21-ETC de psicologia: estimação e taxa de cobertura segundo CNCP

| Distrito | GLOBAL | | | UCP | | | | EIHSCP | | | | ECSCP | | | |
|------------------|--------|------|-----|------|-----|---------|--------|--------|-----|---------|--------|-------|-----|---------|--------|
| | EST | EX | COB | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX |
| Aveiro | 4.0 | 0.5 | 12 | 1.0 | 0.0 | 0 | 0 | 1.0 | 0.5 | 46 | 46 | 2.0 | 0.0 | 0 | |
| Beja | 0.3 | 0.6 | 197 | 0.0 | 0.0 | 0 | 0 | 0.3 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.6 | | 197 |
| Braga | 4.6 | 0.6 | 13 | 1.0 | 0.0 | 0 | 0 | 1.6 | 0.6 | 39 | 39 | 2.0 | 0.0 | 0 | |
| Bragança | 0.3 | 1.2 | 413 | 0.0 | 0.5 | | 113 | 0.3 | 0.1 | 43 | 43 | 0.0 | 0.7 | | 330 |
| Castelo Branco | 1.6 | 0.2 | 14 | 0.0 | 0.0 | 0 | 0 | 0.6 | 0.2 | 38 | 38 | 1.0 | 0.0 | 0 | |
| Coimbra | 4.6 | 0.1 | 2 | 1.0 | 0.0 | 0 | 0 | 2.6 | 0.1 | 4 | 4 | 1.0 | 0.0 | 0 | |
| Évora | 0.3 | 0.6 | 200 | 0.0 | 0.0 | 0 | 0 | 0.3 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.6 | | 300 |
| Faro | 2.8 | 1.5 | 52 | 1.0 | 0.4 | 43 | 143 | 0.8 | 0.5 | 65 | 65 | 1.0 | 0.5 | 50 | 56 |
| Guarda | 0.3 | 2.4 | 793 | 0.0 | 0.8 | | 250 | 0.3 | 0.9 | 287 | 287 | 0.0 | 0.8 | | 770 |
| Leiria | 2.5 | 0.0 | 0 | 1.0 | 0.0 | 0 | 0 | 0.5 | 0.0 | 0 | 0 | 1.0 | 0.0 | 0 | |
| Lisboa | 14.2 | 3.5 | 25 | 3.0 | 0.5 | 16 | 20 | 5.2 | 1.5 | 28 | 28 | 6.0 | 1.5 | 26 | 53 |
| Portalegre | 0.3 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0 | 0 | 0.3 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.0 | | |
| Porto | 10.4 | 0.9 | 9 | 2.0 | 0.3 | 15 | 17 | 3.4 | 0.6 | 18 | 18 | 5.0 | 0.0 | 0 | 0 |
| Santarém | 2.7 | 1.2 | 44 | 1.0 | 0.5 | 50 | 100 | 0.7 | 0.5 | 69 | 69 | 1.0 | 0.2 | 20 | 100 |
| Setúbal | 4.4 | 1.4 | 32 | 1.0 | 0.8 | 83 | 52 | 1.4 | 0.6 | 41 | 41 | 2.0 | 0.0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 1.4 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0.0 | | | 0.4 | 0.0 | 0 | 0 | 1.0 | 0.0 | 0 | 0 |
| Vila Real | 1.5 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0 | 0 | 0.5 | 0.0 | 0 | 0 | 1.0 | 0.0 | 0 | |
| Viseu | 1.5 | 1.4 | 95 | 0.0 | 0.6 | | 95 | 0.5 | 0.3 | 58 | 58 | 1.0 | 0.6 | 57 | 95 |
| Açores | 1.9 | 0.4 | 22 | 0.0 | 0.0 | 0 | 0 | 0.9 | 0.0 | 0 | 0 | 1.0 | 0.4 | 42 | 210 |
| Madeira | 1.3 | 1.0 | 77 | 0.0 | 1.0 | | 333 | 0.3 | 0.0 | 0 | 0 | 1.0 | 0.0 | 0 | 0 |
| Total | 60.9 | 17.5 | 29 | 12.0 | 5.3 | 44 | 43 | 21.9 | 6.4 | 29 | 29 | 27.0 | 5.9 | 22 | 63 |

Legenda: EST-Estimativa; COB-Taxa de cobertura; EX-Existentes

Serviço social

Tendo por base Connor e Gómez-Batiste, deveriam existir em Portugal, 195 ETC para toda Rede Nacional de Cuidados Paliativos, por estes preconizada. Na realidade existem 22.5 ETC o que perfaz que o tempo de alocado a cuidados paliativos apenas cubra 12% das necessidades. Por outras palavras, faltarão cerca de 6,038 horas de serviço social (considerando 1 ETC=35h). Nas **UCP** os ETC de serviço social alocados (5.9/52) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 11%. Em relação às lotações das UCP existentes, esta dotação apenas cobre 17% do que é preconizado para as características das existentes. Nas **EIHSCP** os ETC de serviço social alocados (9.9/57) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 17%. Em relação aos rácios preconizados para as EIHSCP existentes, esta dotação cobre 17% do necessário. Nas **ECSCP** os ETC de serviço social alocados (6.8/86) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 8%. Em relação aos rácios preconizados para as ECSCP existentes tendo em conta a população que abrangem, esta dotação cobre 24% do que seria necessário. (Quadro 22)

Quadro 22-ETC de serviço social: estimação e taxa de cobertura segundo Connor e Gómez-Batiste

| Distrito | GLOBAL | | | UCP | | | | EIHSCP | | | | ECSCP | | | |
|------------------|------------|-------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|----------|-----------|
| | EST | EX | COB | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX |
| Aveiro | 13 | 0.6 | 4 | 4 | 0.23 | 6 | 23 | 3 | 0.4 | 12 | 12 | 6 | 0.0 | 0 | |
| Beja | 3 | 0.4 | 14 | 1 | 0.00 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.4 | 42 | 47 |
| Braga | 15 | 0.7 | 4 | 4 | 0.00 | 0 | 0 | 4 | 0.7 | 15 | 15 | 7 | 0.0 | 0 | |
| Bragança | 3 | 2.2 | 74 | 1 | 0.88 | 88 | 88 | 1 | 0.3 | 33 | 33 | 1 | 1.0 | 100 | 143 |
| Castelo Branco | 5 | 0.2 | 5 | 1 | 0.00 | 0 | 0 | 2 | 0.2 | 12 | 12 | 2 | 0.0 | 0 | |
| Coimbra | 11 | 0.3 | 2 | 2 | 0.00 | 0 | 0 | 6 | 0.3 | 4 | 4 | 3 | 0.0 | 0 | |
| Évora | 3 | 0.2 | 7 | 1 | 0.00 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.2 | 20 | 29 |
| Faro | 8 | 2.3 | 31 | 2 | 0.54 | 27 | 54 | 2 | 1.3 | 81 | 81 | 4 | 0.5 | 13 | 18 |
| Guarda | 3 | 1.6 | 54 | 1 | 0.52 | 52 | 52 | 1 | 0.4 | 43 | 43 | 1 | 0.7 | 66 | 220 |
| Leiria | 7 | 1.4 | 20 | 2 | 0.00 | 0 | 0 | 1 | 1.4 | 138 | 138 | 4 | 0.0 | 0 | |
| Lisboa | 41 | 4.5 | 11 | 11 | 0.76 | 7 | 10 | 12 | 1.9 | 16 | 16 | 18 | 1.8 | 10 | 20 |
| Portalegre | 3 | 0.0 | 0 | 1 | 0.00 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | |
| Porto | 32 | 3.0 | 9 | 9 | 0.50 | 6 | 14 | 8 | 1.3 | 16 | 16 | 15 | 1.1 | 8 | 19 |
| Santarém | 8 | 2.8 | 36 | 2 | 2.00 | 100 | 200 | 2 | 0.6 | 32 | 32 | 4 | 0.2 | 5 | 40 |
| Setúbal | 15 | 1.2 | 8 | 4 | 0.43 | 11 | 10 | 4 | 0.8 | 20 | 20 | 7 | 0.0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 4 | 0.0 | 0 | 1 | 0.00 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 2 | 0.0 | 0 | 0 |
| Vila Real | 4 | 0.0 | 0 | 1 | 0.00 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 2 | 0.0 | 0 | |
| Viseu | 6 | 0.9 | 14 | 2 | 0.00 | 0 | 0 | 1 | 0.3 | 26 | 26 | 3 | 0.6 | 19 | 34 |
| Açores | 6 | 0.3 | 5 | 1 | 0.00 | 0 | 0 | 3 | 0.0 | 0 | 0 | 2 | 0.3 | 16 | 62 |
| Madeira | 4 | 0.0 | 0 | 1 | 0.00 | 0 | 0 | 1 | 0.0 | 0 | 0 | 2 | 0.0 | 0 | 0 |
| Total | 195 | 22.5 | 12 | 52 | 5.9 | 11 | 17 | 57 | 9.9 | 17 | 17 | 86 | 6.8 | 8 | 24 |

Legenda: EST-Estimativa; COB-Taxa de cobertura; EX-Existentes

Tendo por base a CNCP, deveriam existir em Portugal, 52.2 ETC para toda Rede Nacional de Cuidados Paliativos, por esta preconizada. Na realidade existem 22.5 ETC o que perfaz que o tempo de alocado a cuidados paliativos cubra 43% das necessidades. Por outras palavras, faltarão cerca de 1,040 horas de serviço social (considerando 1 ETC=35h). Nas **UCP** os ETC de serviço social alocados (5.9/12) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 49%. Em relação às lotações das UCP existentes, esta dotação cobre 44% do que é preconizado para as características das existentes. Nas **EIHSCP** os ETC de serviço social alocados (9.9/25.2) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 39%. Em relação aos rácios preconizados para as EIHSCP existentes, esta dotação cobre 39% do que é preconizado para estas. Nas **ECSCP** os ETC de serviço social alocados (6.8/15) refletem uma taxa de cobertura em relação ao estimado de 45%. Em relação aos rácios preconizados para as ECSCP existentes tendo em conta a população que abrangem, esta dotação cobre 121% do que seria necessário. (Quadro 23)

Quadro 23-ETC de serviço social: estimação e taxa de cobertura segundo CNCP

| Distrito | GLOBAL | | | UCP | | | | EIHSCP | | | | ECSCP | | | |
|------------------|-------------|-------------|-----------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|------------|-----------|------------|
| | EST | EX | COB | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX | EST | EX | COB EST | COB EX |
| Aveiro | 3.1 | 0.6 | 19 | 1.0 | 0.2 | 23 | 46 | 1.1 | 0.4 | 32 | 32 | 1.0 | 0.0 | 0 | |
| Beja | 0.3 | 0.4 | 140 | 0.0 | 0.0 | | 0 | 0.3 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.4 | | 210 |
| Braga | 3.8 | 0.7 | 17 | 1.0 | 0.0 | 0 | 0 | 1.8 | 0.7 | 36 | 36 | 1.0 | 0.0 | 0 | |
| Bragança | 0.4 | 2.2 | 553 | 0.0 | 0.9 | | 220 | 0.4 | 0.3 | 83 | 83 | 0.0 | 1.0 | | 1000 |
| Castelo Branco | 0.6 | 0.2 | 38 | 0.0 | 0.0 | | 0 | 0.6 | 0.2 | 38 | 38 | 0.0 | 0.0 | | |
| Coimbra | 4.9 | 0.3 | 5 | 1.0 | 0.0 | 0 | 0 | 2.9 | 0.3 | 9 | 9 | 1.0 | 0.0 | 0 | |
| Évora | 0.3 | 0.2 | 67 | 0.0 | 0.0 | | 0 | 0.3 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.2 | | 200 |
| Faro | 3.0 | 2.3 | 78 | 1.0 | 0.5 | 54 | 180 | 1.0 | 1.3 | 129 | 129 | 1.0 | 0.5 | 50 | 83 |
| Guarda | 0.3 | 1.6 | 537 | 0.0 | 0.5 | | 130 | 0.3 | 0.4 | 143 | 143 | 0.0 | 0.7 | | 660 |
| Leiria | 2.6 | 1.4 | 53 | 1.0 | 0.0 | 0 | | 0.6 | 1.4 | 230 | 230 | 1.0 | 0.0 | 0 | |
| Lisboa | 13.0 | 4.5 | 34 | 3.0 | 0.8 | 25 | 29 | 6.0 | 1.9 | 32 | 32 | 4.0 | 1.8 | 44 | 98 |
| Portalegre | 0.3 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0.0 | | 0 | 0.3 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.0 | | |
| Porto | 9.0 | 3.0 | 33 | 2.0 | 0.5 | 25 | 26 | 4.0 | 1.3 | 33 | 33 | 3.0 | 1.1 | 38 | 95 |
| Santarém | 2.9 | 2.8 | 98 | 1.0 | 2.0 | 200 | 400 | 0.9 | 0.6 | 71 | 71 | 1.0 | 0.2 | 20 | 200 |
| Setúbal | 3.7 | 1.2 | 33 | 1.0 | 0.4 | 43 | 24 | 1.7 | 0.8 | 47 | 47 | 1.0 | 0.0 | 0 | 0 |
| Viana do Castelo | 0.4 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0.0 | | | 0.4 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.0 | | 0 |
| Vila Real | 0.6 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0.0 | | 0 | 0.6 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.0 | | |
| Viseu | 1.7 | 0.9 | 51 | 0.0 | 0.0 | | 0 | 0.7 | 0.3 | 41 | 41 | 1.0 | 0.6 | 57 | 190 |
| Açores | 1.0 | 0.3 | 31 | 0.0 | 0.0 | | 0 | 1.0 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.3 | | 310 |
| Madeira | 0.3 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0.0 | | 0 | 0.3 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.0 | | 0 |
| Total | 52.2 | 22.5 | 43 | 12.0 | 5.9 | 49 | 44 | 25.2 | 9.9 | 39 | 39 | 15.0 | 6.8 | 45 | 121 |

Legenda: EST-Estimativa; COB-Taxa de cobertura; EX-Existentes

Discussão

Apesar de os resultados não poderem ser definidos como completamente representativos da realidade nacional, as taxas de resposta, no global acima dos 70% e no mínimo de 66.7% nas ECSCP e EIHSCPPED, justificam a importância e validade externa deste estudo.

No término do 1º plano estratégico nacional de cuidados paliativos, embora exista evolução no número de recursos desta tipologia de cuidados, continua-se com uma cobertura, estrutural e profissional, nacional e na generalidade dos distritos, muito abaixo do minimamente aceitável a que crescem profundas assimetrias, a nível distrital. Esta assimetria, não garante uma abordagem especializada integrada e articulada entre as diferentes valências/equipas, por ausência de uma ou mais valências, sendo um sério obstáculo à acessibilidade a estes recursos como um direito humano e condição nuclear para uma cobertura universal de saúde.

A alocação de recursos humanos continua deficitária. Também sem evolução significativa de 2017 para 2018 se mantém a proporção de recursos de pelo menos 1 médico a 100%, a lembrar 35% dos recursos (em 2017 era de 33%). Deste modo, mantém-se a constatação da presença de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos com serviços especializados, mas com nível de prestação generalista. Tal afirmação sustenta-se no preconizado de que apenas com dedicação plena a cuidados paliativos se poderá considerar que os cuidados prestados por estes profissionais se enquadram no nível de diferenciação especializado. Esta situação, também, oscila consoante a tipologia do recurso, com a existência de pelo menos 1 médico a 100% apenas em 21% das UCP, 40% das EIHSCP e 42% das ECSCP. Ressalva-se pela positiva o surgimento, em relação a 2017 de 7 (10%) e 9 (13%) equipas que apresentam pelo menos 1 psicólogo e/ou 1 assistente social a 100%, respetivamente. Existindo equipas sem médico a tempo completo, não se poderá considerar a diferenciação efetiva das mesmas; deste modo, fica posto em causa o nível de diferenciação dos cuidados a que a população acede.

A análise das áreas profissionais existentes nas equipas deve ser lida com cautela, pois apesar de os dados demonstrarem que nem todas as equipas têm médico ou enfermeiro, no mínimo, tal se poderá dever, a não ter sido enviada a informação mais correta em detrimento de ser o espelho real da realidade dessas equipas.

Preocupante é a manutenção dos tempos de alocação dos diferentes profissionais, nas diferentes tipologias destes recursos, consideravelmente abaixo do que é preconizado a nível internacional, mas, e ainda mais preocupante, em relação ao requisitos mínimos exigidos pela CNCP no seu PEDCP, permitindo-se a abertura e funcionamento destes recursos em efetivo não alinhamento com o por si preconizado e vertido sobre a forma de documento legal e circular normativa (CN) da Administração Central do Sistema de Saúde datada de 2017 (CN 1/2017).

Em relação ao número de horas de exercício profissional das diversas áreas intervenientes os dados denotam importantes deficiências e valores bem abaixo dos preconizados, evidenciando uma forte carência de profissionais nestes recursos. Em concreto e tendo em conta o horário a tempo inteiro preconizado no SNS, de 40h/semana para os médicos e 35 horas para os restantes profissionais faltam de cerca de 425 médicos, 2123 enfermeiros, 178 psicólogos e 173 assistentes sociais.

Em algumas tipologias de serviços e em algumas áreas profissionais (médicos e enfermeiros, nomeadamente) identifica-se mesmo, uma diminuição do tempo de trabalho semanal alocado a cuidados paliativos, assim como da sua proporção de tempo em relação ao contrato a tempo integral no SNS para a sua área profissional.

Conclusões

Deste relatório importa reiterar as seguintes conclusões:

1. Embora com reservas, nenhum recurso apresenta na sua estrutura as 4 principais áreas profissionais (medicina, enfermagem, psicologia e serviço social);
2. Em relação à caracterização dos profissionais de saúde, temos:
 - a. Idade varia entre [22,76] anos com mediana 40 anos;
 - b. Tempo de experiência profissional no geral, varia entre [0,2,50] anos e, em cuidados paliativos varia entre [0,35] anos com mediana de 4 anos;
 - c. Tempo de alocação a estes cuidados varia entre as diferentes áreas com a maior mediana nos enfermeiros (35 horas semanais) e a menor nos assistentes espirituais com 2 horas semanais (de realçar a classe médica com uma alocação semanal que varia entre [0,42] horas e mediana de 13 horas); também os valores da mediana da proporção de tempo contratual alocado a CP, varia, com a maior nos enfermeiros (100%) e a menor nos assistentes espirituais (6%) (realça-se a classe médica com mediana de 32%);
 - d. Diminuição estatisticamente significativa do tempo de alocação semanal e respetiva proporção, nomeadamente de médicos e enfermeiros em diferentes tipologias de recursos.

Em relação às taxas de cobertura, no global, mas com significativas assimetrias a nível distrital/regional ou a nível da tipologia dos recursos, temos:

- a. A nível populacional/estrutural:
 - i. 50% ao nível de camas, no geral, com 69% nas de tipologia de agudos e 42% nas de não-agudos;
 - ii. 88% de cobertura das EIHSCP;
 - iii. 28% das ECSCP.
 - b. A nível funcional (tendo como referência a proporção de médicos para população abrangida ou n.º de camas):
 - iv. 18% das UCP;
 - v. 21% das EIHSCP;
 - vi. 8% das ECSCP.
 - c. A nível de recursos humanos:
 - vii. Com as devidas reservas, 97% dos recursos têm médico, 96% têm enfermeiro, 78% têm assistente social, 72% têm psicólogo, 44% têm farmacêutico, 17% têm fisioterapeuta, 14% nutricionista, 8% assistente espiritual e 6% outro terapeuta;
 - viii. 35% dos recursos têm pelo menos 1 médico a 100% do seu tempo e 79% têm pelo menos 1 enfermeiro; 13% pelo menos 1 assistente social e 10% pelo menos 1 psicólogo; mais nenhuma outra área profissional está a 100% do seu tempo nestes recursos;
 - ix. Existem o equivalente a 70 médicos quando deveriam existir cerca de 496; a 261 enfermeiros quando deveriam existir 2384; a 18 psicólogos quando deveriam haver 195 e a 23 assistentes sociais quando deveriam de haver 195.
3. A rede nacional de serviços especializados existente presta, sobretudo cuidados paliativos com nível de diferenciação generalista;
 4. A cobertura universal de recursos de cuidados paliativos no nosso país está longe de estar alcançada assim como revela profundas assimetrias a nível distrital/regional e de tipologias.

Recomendações

Não existindo evolução significativa de 2017 para 2018, de acordo com os dados revelados, consideramos importante recomendar uma remodelação do planeamento estratégico elaborado, baseado no rigor na estimação de recursos, tempos alocados e implementação assim como na integração das recomendações internacionais por forma a se poder garantir uma cobertura universal, a nível nacional, destes recursos. Esta cobertura terá que ser entendida a nível estrutural, mas também a nível funcional, com a alocação dos profissionais necessários em número e em tempo de alocação.

Uma outra recomendação que importa ressaltar é a necessidade de um registo nacional da atividade assistencial e da caracterização dos profissionais que exercem em cuidados paliativos, aberta à sociedade, respeitando os preceitos legais, por forma a permitir, sem sobrecarga das equipas, a análise dos decisores e a análise independente por parte da comunidade científica.

Importa compreender que o não cumprimento dos recursos estimados para as equipas inviabilizará a diferenciação destas; de outro modo, cometeremos o erro de colaborar com falsas expectativas da população quanto ao significado e qualidade dos cuidados paliativos.

Referências Bibliográficas

1. Munday D, Boyd K, Jeba J, Kimani K, Moine S, Grant L, et al. Defining primary palliative care for universal health coverage. *Lancet* 2019;394(10199):621–2.
2. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2017; 6736(17):1–64.
3. Council of Europe-Parliamentary Assembly. The provision of palliative care in Europe. 2018;2249(October):1–14.
4. Arias-casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L de, Pons JJ. EAPC Atlas of Palliative Care EAPC Atlas of Palliative Care. 2019.
5. Norwegian Association for Palliative Medicine. Standard for Palliative Care. 2004; (October):1–45.
6. National Health System of Wales. National Standards for Specialist Palliative Care Cancer Services. 2005.
7. Gómez-Batiste X, Connor S, Murray S, Krakauer E, Radbruch L, Luyirika E, et al. Principles, Definitions and Concepts. In: Gómez-Batiste X, Connor S, editors. *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Barcelona: Chair of Palliative Care; WHO Collaboration Centre Public Health Palliative Care Programmes; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; “la Caixa” Banking Foundation; 2017. p. 45–62.
8. Henderson JD, Boyle A, Herx L, Alexiadis A, Barwich D, Connidis S, et al. Staffing a Specialist Palliative Care Service, a Team-Based Approach: Expert Consensus White Paper. *J Palliat Med*. 2019; XX(Xx):1–6.
9. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos [Internet]. Lisboa; 2016. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1-1.pdf
10. Secretaria de Estado da Saúde. Despacho N.º 3721/2019 de 3 de abril. Lisboa: Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019-2020; 2019 p. 10570–5.
11. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28(4):302–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24403380>
12. Gómez-Batiste X, Connor S. Design and Implementation of Specialized Palliative Care Services. In: Gómez-Batiste X, Connor S, editors. *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Barcelona: Chair of Palliative Care; WHO Collaboration Centre Public Health Palliative Care Programmes; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; “la Caixa” Banking Foundation; 2017. p. 103–22.



Secção II

ATIVIDADE ASSISTENCIAL DAS EQUIPAS/SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Janeiro de 2020

<https://doi.org/10.34632/9789725407158.2>

Coordenador

MANUEL LUÍS CAPELAS, PHD

Colaboradoras

TÂNIA AFONSO, MSc, PHD STUDENT

SOFIA DURÃO, MSc

CARLA TEVES, MSc STUDENT

Introdução

Um dos três critérios de Cobertura Universal de Saúde emanado da Organização Mundial de Saúde¹ é a acessibilidade em tempo útil às diversas tipologias de cuidados de saúde por parte de todos os que delas necessitam. Um outro critério, é a efetividade das equipas/serviços no atingimento dos resultados que são desejados e preconizados.¹

Desta forma, a identificação do número de doentes referenciados e admitidos, e sua comparação com as estimativas preconizadas, permite uma análise da taxa de cobertura global de um programa como o existente em Portugal.

No período de existência da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, e de acordo com o preconizado por Xavier Gómez-Batiste e colegas, a taxa de cobertura deverá encontrar-se entre os 25 e 50%.²

O indicador acima referido é importante, mas mais ainda o é, o rácio de profissionais de saúde dedicados a cuidados paliativos, por número de doente, e tempo que a cada um poderão alocar. Já constatámos na secção “Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos”,³ que existiu uma diminuição do tempo de alocação semanal dos profissionais, nomeadamente, médicos e enfermeiros, e que o mesmo está muito abaixo das necessidades reais, não se cumprindo os requisitos mínimos preconizados internacionalmente e mais preocupante ainda, os apostos no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o Biénio 2017-2018.⁴

Para procurar uma análise, embora por inferência, do atingimento do 2º critério de cobertura universal de cuidados de saúde, procedeu-se à identificação dos instrumentos de avaliação das necessidades dos doentes e famílias, assim como de avaliação da efetividade da sua atividade. Esta utilização de instrumentos estandardizados e validados para a Portugal, constitui-se, também como um indicador de qualidade para os serviços de cuidados paliativos em Portugal.^{5,6}

Objetivos

Definidos os seguintes objetivos:

- 1) Estimar o número de doentes com necessidade de cuidados paliativos em Portugal;
- 2) Determinar o número de doentes referenciados e admitidos nos serviços de cuidados paliativos;
- 3) Caracterizar quanto ao género, faixa etária, tipologia de doença e tipologia de altas, os doentes admitidos nos serviços de cuidados paliativos;
- 4) Determinar a carga horária semanal por doente nas diferentes áreas profissionais;
- 5) Identificar os instrumentos de avaliação das necessidades dos doentes e resultados dos cuidados utilizados pelos serviços de cuidados paliativos.

Metodologia

Estudo descritivo, observacional e transversal, reportando-se ao ano de 2018.

Estimação da população com necessidade de cuidados paliativos

No que respeita à população adulta, utilizou-se como método de estimação, o utilizado por

Gómez-Batiste e seus colegas,⁷ ou seja 1-1.4% na presença de limites inferiores e superiores, definiu-se o ponto médio (1.2%) como indicador.

Para a estimação da população pediátrica, foi usado rácio de 45:10000, de acordo com os dados, ainda não publicados, do estudo do OCPD com a colaboração da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, coordenado pela Dr.^a Ana Lacerda.

Para a determinação do n.º total de população residente em Portugal, recorreu-se aos dados oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos ao período de 2013 a 2018.

Atividade assistencial

Para o estudo da atividade assistencial (número de doentes referenciados e admitidos, caracterização dos doentes admitidos e instrumentos de avaliação utilizados) identificámos os serviços com critérios de inclusão (exercer atividade assistencial no ano de 2018) através do portal web da Administração Central do Sistema de Saúde dedicado à Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Através de solicitação aos Conselhos de Administração e Diretivos das Instituições de Saúde com serviços de cuidados paliativos foi pedido o preenchimento de um formulário em Excel que continha as seguintes variáveis: número de doentes referenciados, número total de doentes admitidos e destes, o género, faixa etária em intervalos quinquenais, tipologia de doença, tipologia de alta, número médio de doentes cuidados semanalmente e instrumentos de avaliação utilizados.

Para a determinação da carga horária semanal por doente das diferentes áreas profissionais utilizaram-se os dados provenientes deste questionário, associando-os com os provenientes do utilizado na secção “Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos” já publicada pelo OCPD.³

Em relação à atividade assistencial, de um total de 109 equipas/serviços de cuidados paliativos (públicos e privados) com atividade assistencial no ano de 2018, obtiveram-se dados de 59, o que fez uma taxa de resposta de 54.1%. Ao nível das unidades de cuidados paliativos (UCP) obtivemos 15 em 33 respostas possíveis (taxa de resposta de 45.5%), das equipas intrahospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) obtiveram-se 27 em 48 possíveis respostas (taxa de resposta de 56.3%), nas equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) as respostas foram de 16 em 26 possíveis (taxa de resposta de 61.5%) e nas intrahospitalares de suporte em cuidados paliativos pediátricos (EIHSCPPED) as respostas foram de 1 em 2 possíveis (taxa de resposta de 50%).

Se considerarmos apenas as equipas/serviços de cuidados paliativos públicos, de um total de 101 obtiveram-se dados de 59, o que fez uma taxa de resposta de 58.4%. Ao nível das UCP obtivemos 15 em 30 respostas possíveis (taxa de resposta de 50%), das EIHSCP obtiveram-se 27 em 45 possíveis respostas (taxa de resposta de 60%), nas ECSCP as respostas foram de 16 em 24 possíveis (taxa de resposta de 66.7%) e nas EIHSCPPED as respostas foram de 1 em 2 possíveis (taxa de resposta de 50%).

Os dados que serão processados neste estudo incluem as seguintes equipas de cuidados paliativos (nem todas as referenciadas disponibilizaram todos os dados solicitados e participado em todas as análises):

- **ECSCP:** Unidade Local de Saúde (ULS) do Baixo Alentejo-Beja⁺; Santa Casa da

Misericórdia de Mértola; ULS Nordeste; Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central; ACES Algarve II-Barlavento; ULS da Guarda; ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ACES Loures-Odivelas; ACES Sintra; InQUE; Centro Hospitalar (CH) Vila Nova de Gaia/Espinho; Hospital CUF Porto; ACES Lezíria; ACES Dão Lafões; ACES Douro Sul; Unidade de Saúde da Ilha Terceira-Centro de Saúde Praia da Vitória e Centro de Saúde Angra do Heroísmo.

- **EIHSCP:** Centro Hospitalar (CH) do Baixo Vouga; CH Entre Douro e Vouga; Hospital de Braga; Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães; Centro Hospitalar do Médio Ave; Hospital Santa Maria Maior; ULS do Nordeste; ULS de Castelo Branco; CH e Universitário de Coimbra; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia de Coimbra; CH do Algarve-Faro e Portimão; ULS da Guarda; CH de Leiria; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca; Instituto Português Oncologia de Lisboa; Hospital Beatriz Ângelo; Hospital de Vila Franca de Xira; CH do Oeste; CH do Porto; CH Vila Nova de Gaia/Espinho; Hospital da CUF-Porto; CH do Médio Tejo; Hospital Distrital de Santarém; CH de Setúbal; Hospital Garcia de Orta.
- **UCP:** CH Baixo Vouga; Santa Casa da Misericórdia de Serpa - Hospital de S. Paulo; ULS do Nordeste - Macedo Cavaleiros; Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede; Instituto Português de Oncologia de Coimbra; Instituto S. João de Deus - Hospital S. João de Deus; ULS da Guarda – Seia; Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus-Casa de Saúde da Idanha; Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE); TMG - Residência Para Seniores, Lda.; Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros; Hospital Nossa Senhora da Arrábida; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Pouca de Aguiar; Hospital da CUF Porto; CH do Algarve – Portimão.
- **EIHSCPPED:** Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-Hospital Pediátrico de Coimbra.

Não enviaram dados solicitados, após diversas tentativas goradas:

- **ECSCP:** ACES Algarve I – Central; ACES Algarve III – Sotavento; Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano; Unidade de Apoio Domiciliário-Instituto Português de Oncologia de Lisboa; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia do Porto; ACES Arrábida; SESARAM (Madeira).
- **EIHSCP:** ULS do Baixo Alentejo; Hospital Distrital da Figueira da Foz; Hospital do Espírito Santo de Évora; CH Universitário de Lisboa Norte; Hospital CUF Descobertas; Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ULS do Norte Alentejano-Hospital de Santa Luzia de Elvas e Hospital Dr. José Maria Grande; CH Póvoa do Varzim/ Vila Do Conde; CH Universitário de São João; ULS de Matosinhos; CH Barreiro Montijo; ULS do Litoral Alentejano; ULS do Alto Minho; CH e Universitário da Cova da Beira; CH Lisboa Central; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia do Porto; CH do Tâmega e Sousa; Hospital da Luz-Arrábida; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro; CH Tondela-Viseu; Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada.
- **UCP:** Domus Fraternal - Fundação Particular de Solidariedade Social; AMETIC, Lda - Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescentes, Lda.; Clínica S. João de Deus; Hospital do Mar - Cuidados Especializados Lisboa; Naturidade Oeiras, S.A (Naturidade - Laveiras); Hospital da Luz-Lisboa; Hospital CUF Infante Santo; Centro Hospitalar Universitário de São João; ULS do Norte Alentejo; ULS do Litoral Alentejano; CH Barreiro Montijo; Centro Hospitalar Tondela-Viseu; CH e Universitário da Cova da Beira; Clínica S. João de Ávila - Instituto São João de Deus; Instituto Português de Oncologia do Porto; Wecare; CH Tondela/ Viseu – Tondela; Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada;

SESARAM (Madeira).

- **EIHSCPPED:** Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Carga Horária Semanal por Doente nas Diferentes Áreas Profissionais

Para a análise deste indicador foi solicitado às equipas que nos indicassem o número médio de doentes cuidados/observados por semana, no ano de 2018, em todas as suas valências. Este número foi depois conjugado com o tempo semanal alocado à equipa constante na secção “Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos” já publicada pelo OPCP.³

Profissionais por Doentes Cuidados e por População

Para a análise deste indicador foram utilizados os dados relativos à caracterização dos profissionais constantes na secção “Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos” já publicada pelo OPCP, sob a forma de equivalente a tempo completo (ETC).³

Utilização de instrumentos standardizados para o processo de cuidar

Para a resposta a este objetivo apresentou-se às equipas uma listagem com diversos instrumentos standardizados para que pudessem indicar quais os utilizados e em cada uma das suas valências. Adicionalmente, foi dada a oportunidade de indicarem outras que utilizassem e não constassem da lista apresentada. Integravam a lista prévia os seguintes instrumentos: “Mini-Mental State Examination”, “Confusion Assessment Method”, “Escala de Pfeiffer”, “FACIT Spiritual Well-Being Scale”, “NECPAL (Necesidades Paliativas)”, “Supportive and Palliative Care Indicators Tool”, “Proactive Identification Guidance”, “Prolonged Grief Disorder”, “Palliative Performance Scale”, “Escala de Barthel”, “Escala de Karnofsky”, “Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária”, “Integrated Palliative Care Outcome Scale”, “Palliative Care Outcome Scale”, “Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care”, “World Health Organization Quality Life”, “European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life of Cancer Patients”, “Short Form (36) Health Survey - Health Status and Quality of Life”, “Support Team Assessment Schedule”, “Escala de Braden”, “Edmonton Symptom Assessment Scale”, “Hospital Anxiety and Depression Scale”, “Beck Depression Inventory”, “Beck Anxiety Inventory”, “Brief Pain Inventory”, “Escala de Fezes de Bristol”, “Goldberg Anxiety and Depression Scale”, “Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit”.

A taxa de resposta ao nível deste objetivo foi de 68/103 equipas, ou seja 66%. O conjunto de instituições cujas equipas responderam a este domínio do estudo foi o seguinte: Unidade Local de Saúde (ULS) do Baixo Alentejo-Beja+; Santa Casa da Misericórdia de Mértola; ULS Nordeste; Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central; ACES Algarve II-Barlavento; ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ACES Loures-Odivelas; ACES Sintra; LInQUE; Centro Hospitalar (CH) Vila Nova de Gaia/Espinho; ACES Lezíria; ACES Arrábida; ACES Dão Lafões; ACES Douro Sul; Unidade de Saúde da Ilha Terceira-Centro de Saúde Praia da Vitória e Centro de Saúde Angra do Heroísmo; Centro Hospitalar (CH) do Baixo Vouga; CH Entre Douro e Vouga; Hospital de Braga; Centro Hospitalar do Médio Ave; Hospital Santa Maria Maior; ULS de Castelo Branco; CH e Universitário de Coimbra; Instituto Português de Oncologia de Coimbra; ULS da Guarda; CH de Leiria; CH Lisboa Ocidental; ; CH Lisboa Central; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca; Instituto Português Oncologia de Lisboa; Hospital Beatriz Ângelo; Hospital de Vila Franca de Xira; CH do Oeste; CH do Porto; Hospital da Luz-Arrábida; Hospital da CUF-Porto; CH do Médio Tejo;

Hospital Distrital de Santarém; CH de Setúbal; Hospital Garcia de Orta; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro; Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; Santa Casa da Misericórdia de Serpa - Hospital de S. Paulo; Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede; Instituto S. João de Deus - Hospital S. João de Deus; CH do Algarve – Portimão; CH do Algarve – Faro; Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus-Casa de Saúde da Idanha; Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE); Clínica S. João de Ávila - Instituto São João de Deus; Instituto Português de Oncologia do Porto; Wecare; TMG - Residência Para Seniores, Lda.; Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros; Hospital Nossa Senhora da Arrábida; SESARAM (Madeira).

O estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Resultados

A apresentação dos resultados será realizada em cinco partes:

- 1) Estimação da população com necessidade de cuidados paliativos;
- 2) Caracterização da população assistida nos serviços de cuidados paliativos;
- 3) Carga horária semanal por doente nas diferentes áreas profissionais;
- 4) Profissionais por doentes cuidados e por população;
- 5) Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados nos serviços de cuidados paliativos.

População com necessidade de cuidados paliativos

População adulta

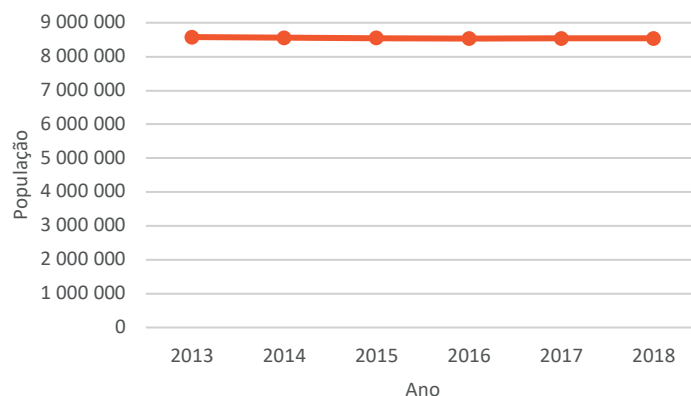
Em 2018, com 18 ou mais anos, residiam em Portugal 8,537,404 indivíduos. O distrito com menor número de residentes, nesta faixa de idades foi Portalegre com cerca de 1.1% da população e o com mais residentes, conforme esperado, foi Lisboa com 21.6% da população nacional. (Tabela 1)

No período que mediou 2013 e 2018 verificou-se um decréscimo de 39,561 pessoas. A diminuição da população ocorreu em todos os distritos à exceção de Aveiro, Braga, Lisboa, Porto Setúbal e Região Autónoma dos Açores. (Tabela 1; Gráfico 1)

Tabela 1-População portuguesa com 18 ou mais anos, por distrito e por ano; Dados INE, 2019

| Distrito | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2018-2013 |
|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|
| Aveiro | 584 842 | 583 868 | 584 764 | 584 606 | 585 109 | 585 480 | 638 |
| Beja | 125 524 | 123 905 | 122 292 | 121 132 | 120 132 | 119 027 | -6 497 |
| Braga | 685 712 | 686 508 | 687 954 | 687 268 | 688 203 | 689 992 | 4 280 |
| Bragança | 113 970 | 112 752 | 111 532 | 110 340 | 109 576 | 109 082 | -4 888 |
| Castelo Branco | 162 283 | 160 654 | 159 498 | 158 028 | 156 674 | 155 083 | -7 200 |
| Coimbra | 353 214 | 350 827 | 349 707 | 348 347 | 346 928 | 345 155 | -8 059 |
| Évora | 136 702 | 134 864 | 133 278 | 132 075 | 130 873 | 129 627 | -7 075 |
| Faro | 361 090 | 360 776 | 361 355 | 360 930 | 359 514 | 359 030 | -2 060 |
| Guarda | 133 630 | 132 143 | 131 032 | 129 502 | 128 003 | 126 451 | -7 179 |
| Leiria | 385 163 | 383 925 | 384 749 | 383 938 | 383 246 | 381 917 | -3 246 |
| Lisboa | 1 817 654 | 1 816 524 | 1 818 077 | 1 823 502 | 1 831 536 | 1 839 941 | 22 287 |
| Portalegre | 96 648 | 95 142 | 93 779 | 92 511 | 91 414 | 90 209 | -6 439 |
| Porto | 1 470 929 | 1 468 050 | 1 466 845 | 1 466 932 | 1 471 759 | 1 478 001 | 7 072 |
| Santarém | 371 747 | 368 993 | 367 091 | 365 549 | 364 209 | 362 567 | -9 180 |
| Setúbal | 691 539 | 692 446 | 693 032 | 692 775 | 693 969 | 694 987 | 3 448 |
| Viana do Castelo | 202 306 | 201 216 | 200 396 | 198 933 | 198 181 | 197 614 | -4 692 |
| Vila Real | 170 478 | 169 265 | 168 315 | 166 849 | 166 271 | 165 922 | -4 556 |
| Viseu | 307 862 | 306 530 | 306 199 | 304 520 | 303 091 | 301 693 | -6 169 |
| Açores | 194 997 | 195 028 | 195 550 | 195 964 | 195 687 | 195 663 | 666 |
| Madeira | 210 676 | 209 740 | 208 834 | 208 557 | 209 211 | 209 963 | -713 |
| Total | 8 576 965 | 8 553 157 | 8 544 280 | 8 532 258 | 8 533 584 | 8 537 404 | -39 561 |

Gráfico 1-Variação da população portuguesa com 18 ou mais anos entre 2013 e 2018; dados INE 2019

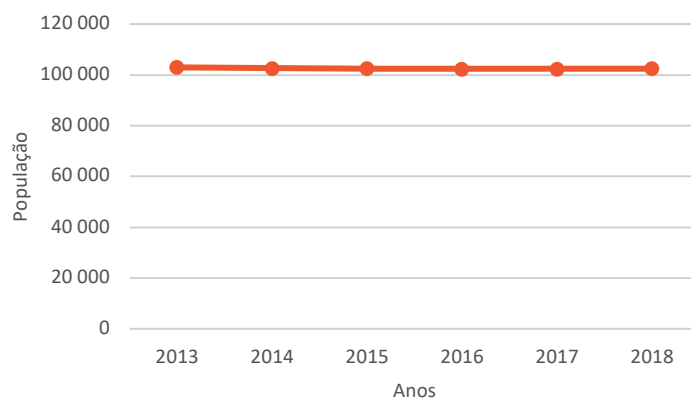


Estima-se que no ano de 2018, a população portuguesa com necessidade de cuidados paliativos, com 18 ou mais anos, foi de 102,452 pessoas, variando entre as 1,083 pessoas em Portalegre e as 22,079 em Lisboa. No intervalo entre 2013 e 2018 verificou-se um decréscimo de 475 pessoas no geral, mas com assimetrias por distrito. Lisboa representou o maior aumento (267 pessoas) e Santarém a maior diminuição (110 pessoas). (Tabela 2; Gráfico 2)

Tabela 2-Estimação da população portuguesa com 18 ou mais anos, com necessidade de cuidados paliativos, por distrito e ano; Dados INE, 2019

| Distrito | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2018-2013 |
|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------|
| Aveiro | 7 018 | 7 007 | 7 018 | 7 015 | 7 022 | 7 026 | 8 |
| Beja | 1 506 | 1 487 | 1 468 | 1 454 | 1 442 | 1 428 | -78 |
| Braga | 8 229 | 8 238 | 8 256 | 8 248 | 8 259 | 8 280 | 52 |
| Bragança | 1 368 | 1 354 | 1 338 | 1 324 | 1 315 | 1 309 | -59 |
| Castelo Branco | 1 948 | 1 928 | 1 914 | 1 896 | 1 880 | 1 861 | -87 |
| Coimbra | 4 239 | 4 210 | 4 197 | 4 180 | 4 163 | 4 142 | -97 |
| Évora | 1 641 | 1 619 | 1 600 | 1 585 | 1 571 | 1 556 | -85 |
| Faro | 4 333 | 4 330 | 4 337 | 4 331 | 4 314 | 4 308 | -25 |
| Guarda | 1 604 | 1 586 | 1 572 | 1 554 | 1 536 | 1 518 | -86 |
| Leiria | 4 622 | 4 607 | 4 617 | 4 607 | 4 599 | 4 583 | -39 |
| Lisboa | 21 812 | 21 798 | 21 817 | 21 882 | 21 978 | 22 079 | 267 |
| Portalegre | 1 160 | 1 142 | 1 126 | 1 110 | 1 097 | 1 083 | -77 |
| Porto | 17 651 | 17 617 | 17 602 | 17 603 | 17 662 | 17 736 | 85 |
| Santarém | 4 461 | 4 428 | 4 405 | 4 387 | 4 371 | 4 351 | -110 |
| Setúbal | 8 299 | 8 309 | 8 316 | 8 314 | 8 328 | 8 340 | 42 |
| Viana do Castelo | 2 428 | 2 415 | 2 405 | 2 387 | 2 379 | 2 372 | -56 |
| Vila Real | 2 046 | 2 032 | 2 020 | 2 002 | 1 996 | 1 991 | -55 |
| Viseu | 3 695 | 3 678 | 3 675 | 3 654 | 3 637 | 3 621 | -74 |
| Açores | 2 340 | 2 340 | 2 347 | 2 352 | 2 349 | 2 348 | 8 |
| Madeira | 2 528 | 2 517 | 2 506 | 2 503 | 2 511 | 2 520 | -9 |
| Total | 102 928 | 102 642 | 102 536 | 102 388 | 102 409 | 102 452 | -475 |

Gráfico 2-Variação da população portuguesa com 18 ou mais anos, com necessidade de cuidados paliativos entre 2013 e 2018; dados INE 2019



População em idade pediátrica

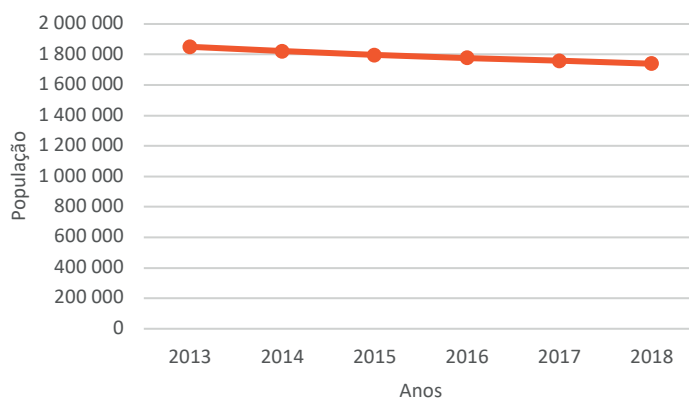
Em 2017, em idade pediátrica (<18 anos), residiam em Portugal 1,739,213 indivíduos. O distrito com menor número de residentes, nesta faixa de idades foi Portalegre com cerca de 0.9% da população pediátrica e o com mais residentes, como se esperava, foi Lisboa com 24.8% da população pediátrica nacional. (Tabela 3)

No período que mediou 2013 e 2018 verificou-se um decréscimo de 111,132 crianças/jovens. A diminuição da população ocorreu em todos os distritos, à exceção de Lisboa. (Tabela 3; Gráfico 3)

Tabela 3-População portuguesa menor de 18 anos, por distrito e por ano; Dados INE, 2019

| Distrito | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2018-2013 |
|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|
| Aveiro | 121 673 | 119 075 | 116 605 | 114 308 | 112 213 | 110 222 | -11 451 |
| Beja | 23 778 | 23 385 | 22 971 | 22 809 | 22 477 | 22 151 | -1 627 |
| Braga | 157 552 | 153 126 | 149 312 | 145 329 | 141 777 | 138 658 | -18 894 |
| Bragança | 17 513 | 17 057 | 16 579 | 16 126 | 15 856 | 15 489 | -2 024 |
| Castelo Branco | 26 867 | 26 176 | 25 673 | 25 086 | 24 489 | 23 955 | -2 912 |
| Coimbra | 65 123 | 63 795 | 62 816 | 61 990 | 61 073 | 60 112 | -5 011 |
| Évora | 25 620 | 24 997 | 24 468 | 24 132 | 23 663 | 23 238 | -2 382 |
| Faro | 81 268 | 80 692 | 80 574 | 80 539 | 80 103 | 79 834 | -1 434 |
| Guarda | 20 703 | 20 122 | 19 581 | 19 021 | 18 454 | 17 903 | -2 800 |
| Leiria | 79 672 | 78 131 | 76 767 | 75 474 | 74 034 | 72 675 | -6 997 |
| Lisboa | 417 638 | 418 824 | 420 643 | 424 435 | 428 350 | 431 831 | 14 193 |
| Portalegre | 17 489 | 16 942 | 16 456 | 16 077 | 15 643 | 15 270 | -2 219 |
| Porto | 327 591 | 320 849 | 314 361 | 309 152 | 304 278 | 300 145 | -27 446 |
| Santarém | 74 568 | 72 796 | 71 388 | 70 088 | 68 613 | 67 152 | -7 416 |
| Setúbal | 160 831 | 160 052 | 159 142 | 158 656 | 157 950 | 157 341 | -3 490 |
| Viana do Castelo | 37 828 | 36 781 | 35 874 | 34 880 | 33 997 | 33 340 | -4 488 |
| Vila Real | 30 381 | 29 365 | 28 405 | 27 548 | 26 759 | 25 972 | -4 409 |
| Viseu | 61 160 | 59 230 | 57 630 | 56 027 | 54 380 | 52 760 | -8 400 |
| Açores | 52 443 | 51 325 | 50 216 | 49 319 | 48 175 | 47 183 | -5 260 |
| Madeira | 50 637 | 48 946 | 47 590 | 46 319 | 45 157 | 43 982 | -6 655 |
| Total | 1 850 336 | 1 821 665 | 1 797 050 | 1 777 315 | 1 757 443 | 1 739 213 | -111 123 |

Gráfico 3-Variação da população portuguesa menor de 18 anos entre 2013 e 2018; dados INE 2019

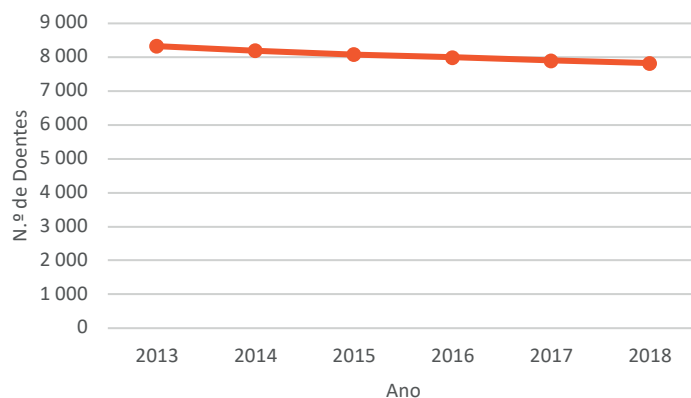


Estima-se que no ano de 2018, a população portuguesa, em idade pediátrica, com necessidade de cuidados paliativos, foi de 7,828 crianças/jovens, variando entre 69 em Portalegre e as 1,943 em Lisboa. No intervalo entre 2013 e 2018 verificou-se um decréscimo de 500 crianças/jovens no geral, mas com assimetrias por distrito. Lisboa representou o maior aumento (64 pessoas) e Porto a maior diminuição (123 pessoas). (Tabela 4; Gráfico 4)

Tabela 4-Estimação da população portuguesa menor de 18 anos, com necessidade de cuidados paliativos, por distrito e ano; Dados INE, 2019

| Distrito | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2018-2013 |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Aveiro | 548 | 536 | 525 | 514 | 505 | 496 | -52 |
| Beja | 107 | 105 | 103 | 103 | 101 | 100 | -7 |
| Braga | 709 | 689 | 672 | 654 | 638 | 624 | -85 |
| Bragança | 79 | 77 | 75 | 73 | 71 | 70 | -9 |
| Castelo Branco | 121 | 118 | 116 | 113 | 110 | 108 | -13 |
| Coimbra | 293 | 287 | 283 | 279 | 275 | 271 | -22 |
| Évora | 115 | 112 | 110 | 109 | 106 | 105 | -10 |
| Faro | 366 | 363 | 363 | 362 | 360 | 359 | -7 |
| Guarda | 93 | 91 | 88 | 86 | 83 | 81 | -12 |
| Leiria | 359 | 352 | 345 | 340 | 333 | 327 | -32 |
| Lisboa | 1 879 | 1 885 | 1 893 | 1 910 | 1 928 | 1 943 | 64 |
| Portalegre | 79 | 76 | 74 | 72 | 70 | 69 | -10 |
| Porto | 1 474 | 1 444 | 1 415 | 1 391 | 1 369 | 1 351 | -123 |
| Santarém | 336 | 328 | 321 | 315 | 309 | 302 | -34 |
| Setúbal | 724 | 720 | 716 | 714 | 711 | 708 | -16 |
| Viana do Castelo | 170 | 166 | 161 | 157 | 153 | 150 | -20 |
| Vila Real | 137 | 132 | 128 | 124 | 120 | 117 | -20 |
| Viseu | 275 | 267 | 259 | 252 | 245 | 237 | -38 |
| Açores | 236 | 231 | 226 | 222 | 217 | 212 | -24 |
| Madeira | 228 | 220 | 214 | 208 | 203 | 198 | -30 |
| Total | 8 328 | 8 199 | 8 087 | 7 998 | 7 907 | 7 828 | -500 |

Gráfico 4-Variação da população portuguesa menor de 18 anos, com necessidade de cuidados paliativos entre 2013 e 2018; dados INE 2019



Atividade Assistencial

As respostas das várias equipas/serviços não foram uniformes em cada um dos indicadores, pelo que em cada uma das subanálises será indicado o n.º efetivo de equipas que respondeu a cada item em particular.

Doentes referenciados

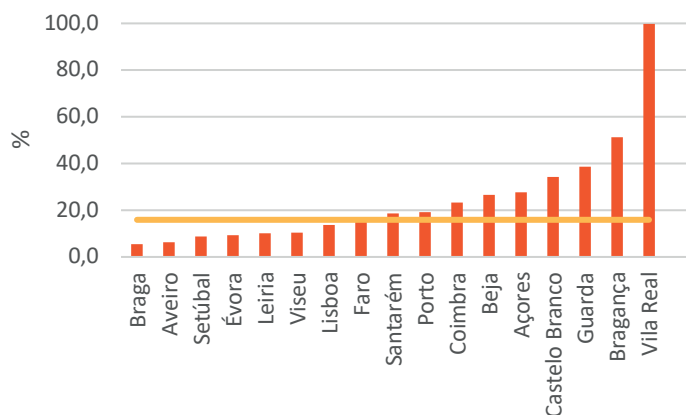
Em consideração ao número de doentes referenciados em 2018, foi-nos indicado por 47 equipas (46.5% das equipas) um total de 18,019 doentes. Destes são percebidas 7,783 (43.2%) referências em EIHSCP, 5,814 (32.3%) em consultas externas (CE), 2,460 (13.7%) em ECSCP e 1,962 (10.9%) em UCP. O distrito com maior percentagem foi o Porto (22.0%, 4,004). Não se obtiveram dados dos distritos de Portalegre e Viana do Castelo, assim como da Região Autónoma da Madeira. Destes doentes, 453 (2.5%) foram-no para equipas privadas. (Tabela 5)

Tabela 5-Doentes referenciados por distrito e valência de equipa, 2018 (n=18 019)

| Distrito | ECSCP | | EIHSCP/EIHCSPPED | | UCP | | CE | | Total | |
|------------------|--------------|-------------|------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | | 0.0 | 198 | 42.0 | | 0.0 | 273 | 58.0 | 471 | 2.6 |
| Beja | 322 | 78.9 | 24 | 5.9 | 62 | 15.2 | | 0.0 | 408 | 2.3 |
| Braga | | 0.0 | 389 | 80.2 | | 0.0 | 96 | 19.8 | 485 | 2.7 |
| Bragança | 297 | 41.9 | 89 | 12.6 | 247 | 34.9 | 75 | 10.6 | 708 | 3.9 |
| Castelo Branco | | 0.0 | 171 | 25.3 | | 0.0 | 505 | 74.7 | 676 | 3.8 |
| Coimbra | | 0.0 | 495 | 48.3 | 234 | 22.9 | 295 | 28.8 | 1 024 | 5.7 |
| Évora | 156 | 100.0 | | 0.0 | | 0.0 | | 0.0 | 156 | 0.9 |
| Faro | 27 | 3.7 | 435 | 58.9 | | 0.0 | 276 | 37.4 | 738 | 4.1 |
| Guarda | 79 | 12.8 | 140 | 22.7 | 209 | 33.9 | 189 | 30.6 | 617 | 3.4 |
| Leiria | | 0.0 | 495 | 100.0 | | 0.0 | | 0.0 | 495 | 2.7 |
| Lisboa | 1 327 | 39.5 | 957 | 28.5 | 244 | 7.3 | 834 | 24.8 | 3 362 | 18.7 |
| Portalegre | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Porto | 128 | 3.2 | 2 062 | 51.5 | 205 | 5.1 | 1 609 | 40.2 | 4 004 | 22.2 |
| Santarém | 42 | 4.8 | 499 | 57.2 | | 0.0 | 332 | 38.0 | 873 | 4.8 |
| Setúbal | | 0.0 | 788 | 100.0 | | 0.0 | | 0.0 | 788 | 4.4 |
| Viana do Castelo | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Vila Real | | 0.0 | 549 | 26.1 | 411 | 19.6 | 1 142 | 54.3 | 2 102 | 11.7 |
| Viseu | 32 | 8.0 | 369 | 92.0 | | 0.0 | | 0.0 | 401 | 2.2 |
| Açores | 50 | 7.0 | 123 | 17.3 | 350 | 49.2 | 188 | 26.4 | 711 | 3.9 |
| Madeira | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Total | 2 460 | 13.7 | 7 783 | 43.2 | 1 962 | 10.9 | 5 814 | 32.3 | 18 019 | 100.0 |

Com base nos valores apresentados podemos calcular que a taxa de referência nacional é de 15.9% em relação às estimações, com variações importantes a nível distrital. A maior percentagem verifica-se em Vila Real (99.7%) e a menor em Braga (5.4%). (Gráfico 5)

Gráfico 5-Proporção de doentes referenciados, 2018



Doentes Admitidos

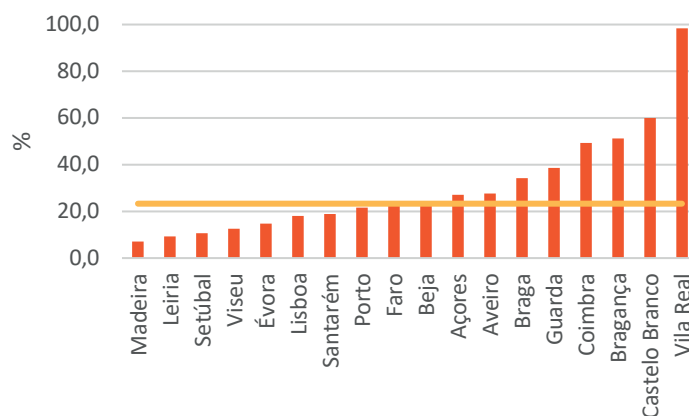
Relativamente ao número de doentes admitidos em 2018, foi-nos indicado, por 57 das 101 equipas (56.4%) um total de 25,660 doentes admitidos. Destes são percebidos 10,393 (40.5%) doentes admitidos em EIHCSP, 8,578 (33.4%) em CE, 4,412 (17.2%) em UCP e 2,277 (8.9%) em ECSCP. O distrito com maior percentagem de admitidos foi Lisboa (16,9%, 4,334). Não se obtiveram dados dos distritos de Portalegre e Viana do Castelo. Destes doentes, 453 (1.8%) foram-no por equipas privadas. (Tabela 6)

Tabela 6- Doentes admitidos por distrito e valência de equipa, 2018 (n=25 660)

| Distrito | ECSCP | | EIHSCP/EIHSCPPED | | UCP | | CE | | Total | |
|------------------|--------------|------------|------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | | 0.0 | 339 | 16.4 | 315 | 15.2 | 1 418 | 68.4 | 2 072 | 8.1 |
| Beja | 295 | 81.3 | 19 | 5.2 | 49 | 13.5 | | 0.0 | 363 | 1.4 |
| Braga | | 0.0 | 2 223 | 72.8 | | 0.0 | 829 | 27.2 | 3 052 | 11.9 |
| Bragança | 297 | 41.9 | 89 | 12.6 | 247 | 34.9 | 75 | 10.6 | 708 | 2.8 |
| Castelo Branco | | 0.0 | 171 | 14.5 | 179 | 15.2 | 831 | 70.4 | 1 181 | 4.6 |
| Coimbra | | 0.0 | 792 | 36.5 | 204 | 9.4 | 1 175 | 54.1 | 2 171 | 8.5 |
| Évora | 156 | 64.2 | | 0.0 | 87 | 35.8 | | 0.0 | 243 | 0.9 |
| Faro | 27 | 2.6 | 435 | 41.7 | 168 | 16.1 | 412 | 39.5 | 1 042 | 4.1 |
| Guarda | 79 | 12.8 | 140 | 22.7 | 209 | 33.9 | 189 | 30.6 | 617 | 2.4 |
| Leiria | | 0.0 | 455 | 100.0 | | 0.0 | | 0.0 | 455 | 1.8 |
| Lisboa | 1 097 | 25.3 | 1 664 | 38.4 | 609 | 14.1 | 964 | 22.2 | 4 334 | 16.9 |
| Portalegre | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Porto | 205 | 4.9 | 1 906 | 46.0 | 1 013 | 24.4 | 1 022 | 24.7 | 4 146 | 16.2 |
| Santarém | 39 | 4.5 | 458 | 52.3 | 139 | 15.9 | 239 | 27.3 | 875 | 3.4 |
| Setúbal | | 0.0 | 713 | 74.9 | 239 | 25.1 | | 0.0 | 952 | 3.7 |
| Viana do Castelo | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Vila Real | | 0.0 | 519 | 25.0 | 411 | 19.8 | 1 142 | 55.1 | 2 072 | 8.1 |
| Viseu | 32 | 6.6 | 354 | 72.7 | | 0.0 | 101 | 20.7 | 487 | 1.9 |
| Açores | 50 | 7.2 | 116 | 16.6 | 350 | 50.2 | 181 | 26.0 | 697 | 2.7 |
| Madeira | | | | | 193 | 100.0 | | 0.0 | 193 | 0.8 |
| Total | 2 277 | 8.9 | 10 393 | 40.5 | 4 412 | 17.2 | 8 578 | 33.4 | 25 660 | 100.0 |

Com base nos valores apresentados podemos calcular que a taxa de acessibilidade nacional é de 23.3% em relação às estimações, com variações importantes a nível distrital. A maior percentagem verifica-se em Vila Real (98.3%) e a menor na Região Autónoma da Madeira (7.1%). (Gráfico 6)

Gráfico 6-Taxa de acessibilidade, 2018



Idade

Quanto à fase etária dos doentes admitidos, foi-nos indicado, por 57 das 101 equipas (56.4%) um total de adultos de 25,570 (99.6%) em oposição a 90 doentes pediátricos admitidos (0.4%). (Tabela 7)

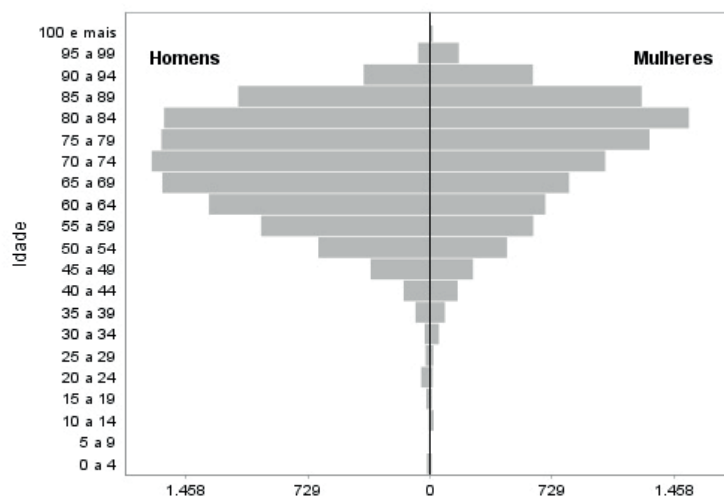
Como nos doentes, em geral (Tabela 6) também, o maior número de doentes adultos admitidos foi registado em Lisboa (4,325; 16.9%) enquanto o dos pediátricos aconteceu em Coimbra (67; 74.4%). (Tabela 7)

Tabela 7- Doentes admitidos por fase etária e distrito, 2018 (n=25 660)

| Distrito | Adultos | | Pediatria | | Total | |
|------------------|---------------|-------------|-----------|------------|---------------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 2 070 | 8.1 | 2 | 2.2 | 2 072 | 8.1 |
| Beja | 363 | 1.4 | 0 | 0.0 | 363 | 1.4 |
| Braga | 3 050 | 11.9 | 2 | 2.2 | 3 052 | 11.9 |
| Bragança | 706 | 2.8 | 2 | 2.2 | 708 | 2.8 |
| Castelo Branco | 1 180 | 4.6 | 1 | 1.1 | 1 181 | 4.6 |
| Coimbra | 2 104 | 8.2 | 67 | 74.4 | 2 171 | 8.5 |
| Évora | 239 | 0.9 | 4 | 4.4 | 243 | 0.9 |
| Faro | 1 042 | 4.1 | 0 | 0.0 | 1 042 | 4.1 |
| Guarda | 616 | 2.4 | 1 | 1.1 | 617 | 2.4 |
| Leiria | 455 | 1.8 | 0 | 0.0 | 455 | 1.8 |
| Lisboa | 4 325 | 16.9 | 9 | 10.0 | 4 334 | 16.9 |
| Portalegre | | | | | 0 | 0.0 |
| Porto | 4 146 | 16.2 | 0 | 0.0 | 4 146 | 16.2 |
| Santarém | 875 | 3.4 | 0 | 0.0 | 875 | 3.4 |
| Setúbal | 950 | 3.7 | 2 | 2.2 | 952 | 3.7 |
| Viana do Castelo | | | | | 0 | 0.0 |
| Vila Real | 2 072 | 8.1 | 0 | 0.0 | 2 072 | 8.1 |
| Viseu | 487 | 1.9 | 0 | 0.0 | 487 | 1.9 |
| Açores | 697 | 2.7 | 0 | 0.0 | 697 | 2.7 |
| Madeira | 193 | 0.8 | 0 | 0.0 | 193 | 0.8 |
| Total | 25 570 | 99.6 | 90 | 0.4 | 25 660 | 100.0 |

A observação da pirâmide etária, demonstra uma população admitida francamente envelhecida. (Figura 1)

Figura 1-Pirâmide etária dos doentes admitidos, 2018 (n=25 660)



Relativamente ao número de doentes adultos admitidos em 2018, foi-nos indicado, por 57 das 101 equipas (56.4%), um total de 25,570 doentes admitidos. Destes são percebidos 10,354 (40.5%) doentes admitidos em EIHS CP, 8,544 (33.4%) em CE, 4,409 (17.2%) em UCP e 2,263 (8.9%) em ECSCP. O distrito com maior percentagem foi Lisboa (16.9%, 4,325). Sem dados obtidos identificam os distritos de Portalegre e Viana do Castelo. (Tabela 8)

Tabela 8- Adultos admitidos por distrito e valência de equipa, 2018 (n=25 570)

| Distrito | ECSCP | | EIHSCP EIHSCPPED | | UCP | | CE | | Total | |
|------------------|--------------|------------|---------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | | 0.0 | 339 | 16.4 | 315 | 15.2 | 1 416 | 68.4 | 2 070 | 8.1 |
| Beja | 295 | 81.3 | 19 | 5.2 | 49 | 13.5 | | 0.0 | 363 | 1.4 |
| Braga | | 0.0 | 2 221 | 72.8 | | 0.0 | 829 | 27.2 | 3 050 | 11.9 |
| Bragança | 295 | 41.8 | 89 | 12.6 | 247 | 35.0 | 75 | 10.6 | 706 | 2.8 |
| Castelo Branco | | 0.0 | 171 | 14.5 | 179 | 15.2 | 830 | 70.3 | 1 180 | 4.6 |
| Coimbra | | 0.0 | 756 | 35.9 | 204 | 9.7 | 1 144 | 54.4 | 2 104 | 8.2 |
| Évora | 153 | 64.0 | | 0.0 | 86 | 36.0 | | 0.0 | 239 | 0.9 |
| Faro | 27 | 2.6 | 435 | 41.7 | 168 | 16.1 | 412 | 39.5 | 1 042 | 4.1 |
| Guarda | 78 | 12.7 | 140 | 22.7 | 209 | 33.9 | 189 | 30.7 | 616 | 2.4 |
| Leiria | | 0.0 | 455 | 100.0 | | 0.0 | | 0.0 | 455 | 1.8 |
| Lisboa | 1 089 | 25.2 | 1 663 | 38.5 | 609 | 14.1 | 964 | 22.3 | 4 325 | 16.9 |
| Portalegre | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Porto | 205 | 4.9 | 1 906 | 46.0 | 1 013 | 24.4 | 1 022 | 24.7 | 4 146 | 16.2 |
| Santarém | 39 | 4.5 | 458 | 52.3 | 139 | 15.9 | 239 | 27.3 | 875 | 3.4 |
| Setúbal | | 0.0 | 713 | 75.1 | 237 | 24.9 | | 0.0 | 950 | 3.7 |
| Viana do Castelo | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Vila Real | | 0.0 | 519 | 25.0 | 411 | 19.8 | 1 142 | 55.1 | 2 072 | 8.1 |
| Viseu | 32 | 6.6 | 354 | 72.7 | | 0.0 | 101 | 20.7 | 487 | 1.9 |
| Açores | 50 | 7.2 | 116 | 16.6 | 350 | 50.2 | 181 | 26.0 | 697 | 2.7 |
| Madeira | | 0.0 | | 0.0 | 193 | 100.0 | | 0.0 | 193 | 0.8 |
| Total | 2 263 | 8.9 | 10 354 | 40.5 | 4 409 | 17.2 | 8 544 | 33.4 | 25 570 | 99.6 |

Relativamente ao número de doentes pediátricos admitidos em 2018 foi-nos indicado, por 57 das 101 equipas (56.4%), um total de 90 admitidos. Destes são percebidos 39 (43.3%) admitidos em EIHSCP/EIHSCPPED, 34 (37.8%) em CE, 14 (15.6%) em ECSCP e 3 (3.3%) em UCP. O distrito com maior percentagem de admitidos foi Coimbra (74.4%, 67), seguido de Lisboa (10%, 9) e Aveiro, Braga e Setúbal (2.2%, 2). (Tabela 9)

Tabela 9- Doentes em idade pediátrica admitidos por distrito e valência de equipa, 2018 (n=90)

| Distrito | ECSCP | | EIHSCP EIHSCPPED | | UCP | | CE | | Total | |
|------------------|-----------|-------------|---------------------|-------------|----------|------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 100.0 | 2 | 2.2 |
| Beja | 0 | | 0 | | 0 | | | | 0 | 0.0 |
| Braga | | 0.0 | 2 | 100.0 | | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.2 |
| Bragança | 2 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.2 |
| Castelo Branco | | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 100.0 | 1 | 1.1 |
| Coimbra | | 0.0 | 36 | 53.7 | 0 | 0.0 | 31 | 46.3 | 67 | 74.4 |
| Évora | 3 | 75.0 | | 0.0 | 1 | 25.0 | | 0.0 | 4 | 4.4 |
| Faro | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Guarda | 1 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.1 |
| Leiria | | | 0 | | | | | | 0 | 0.0 |
| Lisboa | 8 | 88.9 | 1 | 11.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 9 | 10.0 |
| Portalegre | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Porto | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Santarém | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Setúbal | | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 100.0 | | 0.0 | 2 | 2.2 |
| Viana do Castelo | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Vila Real | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Viseu | 0 | | 0 | | | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Açores | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Madeira | | | | | 0 | | | | 0 | 0.0 |
| Total | 14 | 15.6 | 39 | 43.3 | 3 | 3.3 | 34 | 37.8 | 90 | 0.4 |

Percebe-se em comum entre todas as valências uma população idosa, com maior concentração nas faixas etárias dos 65 aos 89 anos, assim como maior proporção de homens, comparativamente às mulheres em todas as valências, exceção para as ECSCP onde se regista um pico de mulheres nas faixas etárias dos 80 aos 89 anos. (Figuras 2-5)

Figura 2-Pirâmide etária dos doentes admitidos nas ECSCP, 2018 (n=2 277)

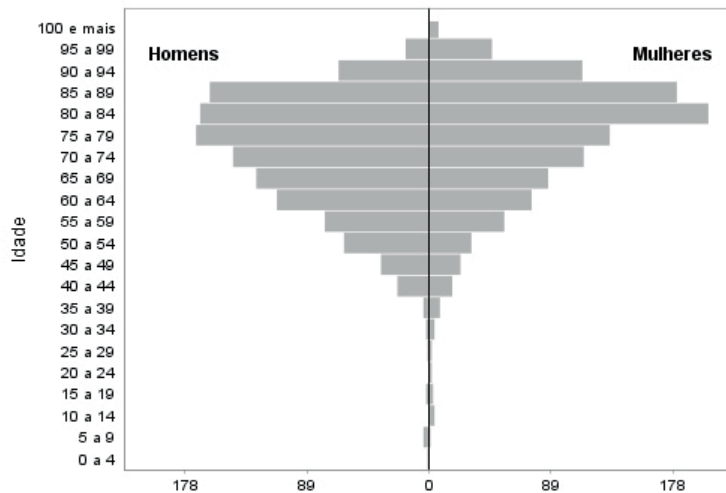


Figura 3-Pirâmide etária dos doentes admitidos nas EIHCSP/EIHSCPPED, 2018 (n=10 393)

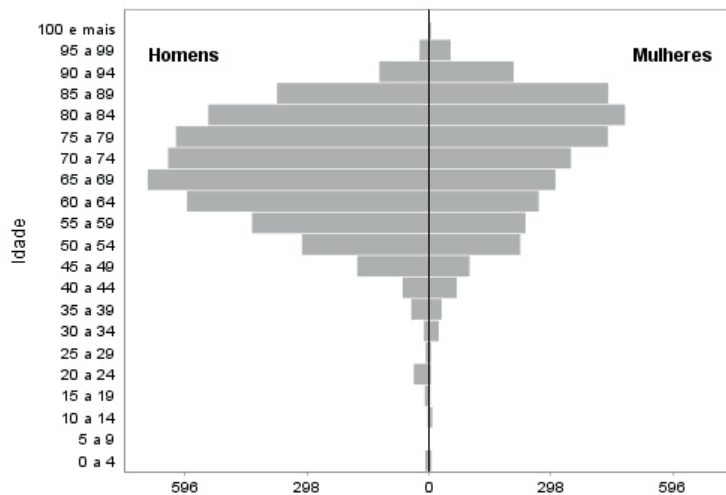


Figura 4-Pirâmide etária dos doentes admitidos nas UCP, 2018 (n=4 412)

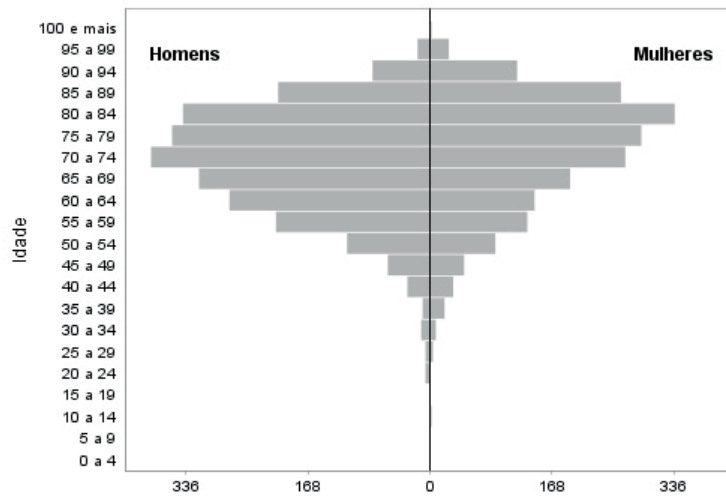
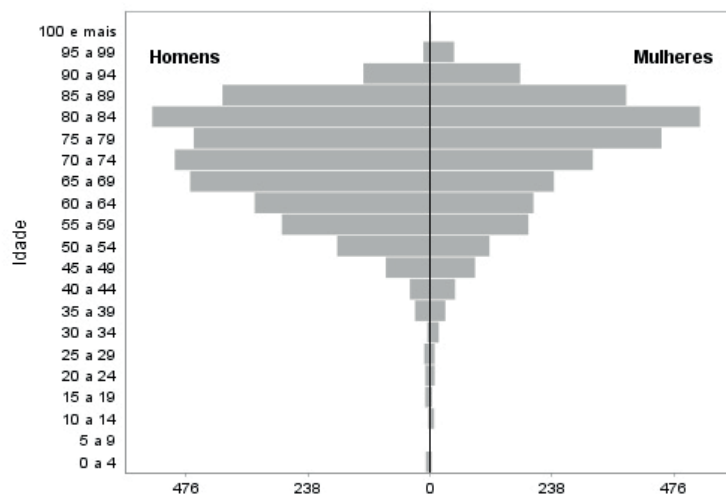


Figura 5-Pirâmide etária dos doentes admitidos nas CE, 2018 (n=8 578)



Género

Quanto aos doentes adultos admitidos em 2018, foi-nos indicado, por 57 das 101 equipas (56.4%), um total de 13,121 (55.3%) adultos do género masculino e 10,597 do género feminino (44.7%). (Tabela 10)

Tabela 10- Adultos admitidos por género e distrito, 2018 (n=23 718)

| Distrito | Feminino | | Masculino | | Total | |
|------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 970 | 9.2 | 1 100 | 8.4 | 2 070 | 8.7 |
| Beja | 183 | 1.7 | 180 | 1.4 | 363 | 1.5 |
| Braga | 1 206 | 11.4 | 1 844 | 14.1 | 3 050 | 12.9 |
| Bragança | 331 | 3.1 | 375 | 2.9 | 706 | 3.0 |
| Castelo Branco | 457 | 4.3 | 723 | 5.5 | 1 180 | 5.0 |
| Coimbra | 965 | 9.1 | 1 139 | 8.7 | 2 104 | 8.9 |
| Évora | 106 | 1.0 | 133 | 1.0 | 239 | 1.0 |
| Faro | 472 | 4.5 | 570 | 4.3 | 1 042 | 4.4 |
| Guarda | 322 | 3.0 | 294 | 2.2 | 616 | 2.6 |
| Leiria | 170 | 1.6 | 285 | 2.2 | 455 | 1.9 |
| Lisboa | 1 877 | 17.7 | 1 919 | 14.6 | 3 796 | 16.0 |
| Portalegre | | 0.0 | | 0.0 | | 0.0 |
| Porto | 1 709 | 16.1 | 2 256 | 17.2 | 3 965 | 16.7 |
| Santarém | 351 | 3.3 | 524 | 4.0 | 875 | 3.7 |
| Setúbal | 471 | 4.4 | 479 | 3.7 | 950 | 4.0 |
| Viana do Castelo | | 0.0 | | 0.0 | | 0.0 |
| Vila Real | 427 | 4.0 | 503 | 3.8 | 930 | 3.9 |
| Viseu | 203 | 1.9 | 284 | 2.2 | 487 | 2.1 |
| Açores | 280 | 2.6 | 417 | 3.2 | 697 | 2.9 |
| Madeira | 97 | 0.9 | 96 | 0.7 | 193 | 0.8 |
| Total | 10 597 | 44.7 | 13 121 | 55.3 | 23 718 | 100.0 |

Quanto aos doentes pediátricos admitidos em 2018, foi-nos indicado, por 57 das 101 equipas (56.4%), um total de 50 (55.6%) do género feminino e 40 do género masculino (44.4%). (Tabela 11)

Tabela 11-Doentes em idade pediátrica admitidos por género e distrito, 2018 (n=90)

| Distrito | Feminino | | Masculino | | Total | |
|------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 1 | 2.0 | 1 | 2.5 | 2 | 2.2 |
| Beja | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Braga | 2 | 4.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.2 |
| Bragança | 1 | 2.0 | 1 | 2.5 | 2 | 2.2 |
| Castelo Branco | 0 | 0.0 | 1 | 2.5 | 1 | 1.1 |
| Coimbra | 37 | 74.0 | 30 | 75.0 | 67 | 74.4 |
| Évora | 1 | 2.0 | 3 | 7.5 | 4 | 4.4 |
| Faro | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Guarda | 1 | 2.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.1 |
| Leiria | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Lisboa | 6 | 12.0 | 3 | 7.5 | 9 | 10.0 |
| Portalegre | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Porto | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Santarém | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Setúbal | 1 | 2.0 | 1 | 2.5 | 2 | 2.2 |
| Viana do Castelo | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Vila Real | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Viseu | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Açores | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Madeira | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Total | 50 | 55.6 | 40 | 44.4 | 90 | 100.0 |

Tipologia de doença

Em relação aos doentes adultos admitidos 2018 e dos quais em 12,519 (dados de 47/101 equipas; 46.5%) temos informação quanto à tipologia de doença, verificam-se 10,101 adultos com doença oncológica (80.7%), 2,104 (16.8%) com doença não oncológica e 314 (2.5%) admitidos com doença mista. A maior proporção de doentes admitidos com doença oncológica observa-se em Faro (97.8%) e a menor em Braga (46.5%). Em relação aos doentes com doença não-oncológica, a maior proporção verifica-se em Braga (53.5%) e a menor em Faro (1.9%). A

maior proporção de doentes admitidos com doença mista verifica-se em Santarém (16%) com alguns distritos a não ter nenhum doente com estas características). (Tabela 12)

Tabela 12- Adultos admitidos por tipologia de doença e distrito, 2018 (n=12 519)

| Distrito | Oncológica | | Não oncológica | | Mista | | Total | |
|------------------|---------------|-------------|----------------|-------------|------------|------------|---------------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 326 | 72.4 | 81 | 18.0 | 43 | 9.6 | 450 | 3.6 |
| Beja | 213 | 58.7 | 147 | 40.5 | 3 | 0.8 | 363 | 2.9 |
| Braga | 222 | 46.5 | 255 | 53.5 | 0 | 0.0 | 477 | 3.8 |
| Bragança | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Castelo Branco | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Coimbra | 885 | 96.9 | 28 | 3.1 | 0 | 0.0 | 913 | 7.3 |
| Évora | 181 | 75.7 | 58 | 24.3 | 0 | 0.0 | 239 | 1.9 |
| Faro | 1 019 | 97.8 | 20 | 1.9 | 3 | 0.3 | 1 042 | 8.3 |
| Guarda | 192 | 91.9 | 12 | 5.7 | 5 | 2.4 | 209 | 1.7 |
| Leiria | 440 | 96.7 | 15 | 3.3 | 0 | 0.0 | 455 | 3.6 |
| Lisboa | 2 101 | 83.7 | 384 | 15.3 | 26 | 1.0 | 2 511 | 20.1 |
| Portalegre | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Porto | 1 408 | 73.3 | 467 | 24.3 | 46 | 2.4 | 1 921 | 15.3 |
| Santarém | 675 | 77.1 | 60 | 6.9 | 140 | 16.0 | 875 | 7.0 |
| Setúbal | 805 | 84.7 | 138 | 14.5 | 7 | 0.7 | 950 | 7.6 |
| Viana do Castelo | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Vila Real | 738 | 79.4 | 192 | 20.6 | 0 | 0.0 | 930 | 7.4 |
| Viseu | 409 | 84.0 | 78 | 16.0 | 0 | 0.0 | 487 | 3.9 |
| Açores | 487 | 69.9 | 169 | 24.2 | 41 | 5.9 | 697 | 5.6 |
| Madeira | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Total | 10 101 | 80.7 | 2 104 | 16.8 | 314 | 2.5 | 12 519 | 100.0 |

Quanto aos doentes em idade pediátrica admitidos em 2018 (85), por tipologia de doença e distrito verificam-se 76 com doença não oncológica (89.4%), 7 (8.2%) com doença oncológica e 2 (2.4%) admitidos com doença mista. A maior proporção de doentes admitidos com doença oncológica observa-se em Lisboa (33.3%) e a menor em Coimbra (4.5%). Em relação aos doentes com doença não-oncológica, a maior proporção verifica-se em Braga e Guarda (100%) e a menor em Lisboa (66.7%). (Tabela 13)

Tabela 13- Doentes em idade pediátrica admitidos por tipologia de doença e distrito, 2018 (n=85)

| Distrito | Oncológica | | Não oncológica | | Mista | | Total | |
|------------------|------------|------------|----------------|-------------|----------|------------|-----------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Beja | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Braga | 0 | 0.0 | 2 | 100.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.4 |
| Bragança | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Castelo Branco | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Coimbra | 3 | 4.5 | 62 | 92.5 | 2 | 3.0 | 67 | 78.8 |
| Évora | 1 | 25.0 | 3 | 75.0 | 0 | 0.0 | 4 | 4.7 |
| Faro | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Guarda | 0 | 0.0 | 1 | 100.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.2 |
| Leiria | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Lisboa | 3 | 33.3 | 6 | 66.7 | 0 | 0.0 | 9 | 10.6 |
| Portalegre | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Porto | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Santarém | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Setúbal | 0 | 0.0 | 2 | 100.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.4 |
| Viana do Castelo | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Vila Real | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Viseu | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Açores | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Madeira | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Total | 7 | 8.2 | 76 | 89.4 | 2 | 2.4 | 85 | 100.0 |

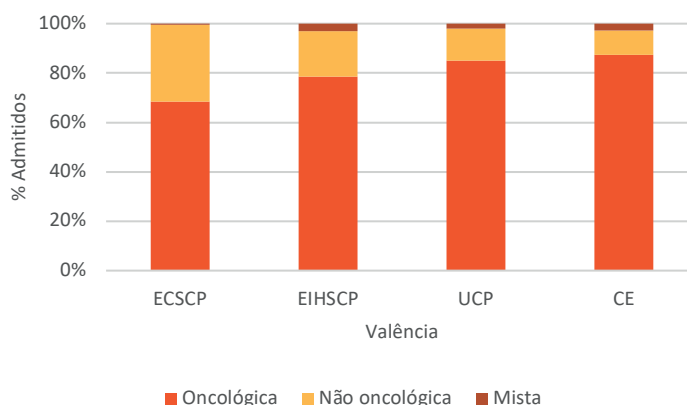
Quanto aos doentes adultos admitidos em 2018, por tipologia de doença e valência verifica-se que a maior proporção de doentes oncológicos se observou na Consulta Externa (87.3%), a de

doentes não oncológicos aconteceu nas ECSCP (31.1%) e a dos doentes com doença mista, também na consulta externa (3.7%). (Tabela 14; Gráfico 7)

Tabela 14- Adultos admitidos por tipologia de doença e valência, 2018 (n=12 519)

| Distrito | Oncológica | | Não oncológica | | Mista | | Total | |
|--------------|---------------|-------------|----------------|-------------|------------|------------|---------------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| ECSCP | 771 | 68.4 | 351 | 31.1 | 6 | 0.5 | 1 128 | 9.0 |
| EIHSCP | 5 037 | 78.7 | 1 171 | 18.3 | 195 | 3.0 | 6 403 | 54.1 |
| ECSCP | 2 191 | 85.0 | 339 | 13.1 | 49 | 1.9 | 2 579 | 20.6 |
| CE | 2 102 | 87.3 | 24.3 | 10.1 | 64 | 3.7 | 2 409 | 19.2 |
| Total | 10 101 | 80.7 | 2 104 | 16.8 | 314 | 2.5 | 12 519 | 100.0 |

Gráfico 7-Adultos admitidos por tipologia de doença e valência, 2018 (n=12 519)

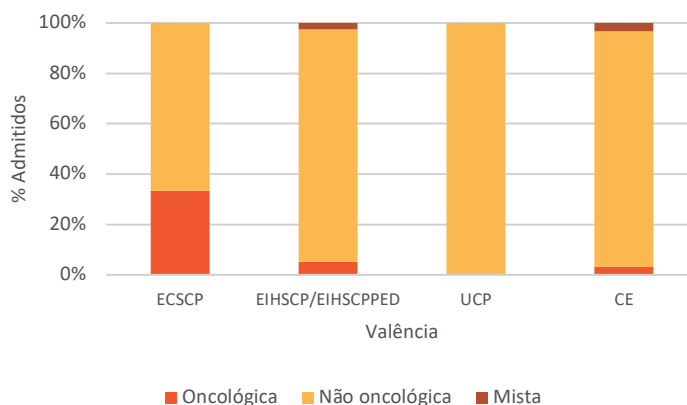


Quanto aos doentes em idade pediátrica admitidos em 2018, por tipologia de doença e valência verifica-se que a maior proporção de doentes oncológicos se observou nas ECSCP (33.3%), a de doentes não oncológicos aconteceu nas UCP (100%) e a dos doentes com doença mista na consulta externa (3.2%). (Tabela 15; Gráfico 8)

Tabela 15-Doentes em idade pediátrica admitidos por tipologia de doença e valência, 2018 (n=85)

| Distrito | Oncológica | | Não oncológica | | Mista | | Total | |
|------------------|------------|------------|----------------|-------------|----------|------------|-----------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| ECSCP | 4 | 33.3 | 8 | 66.7 | 0 | 0.0 | 12 | 14.1 |
| EIHSCP/EIHSCPPED | 2 | 5.1 | 36 | 92.3 | 1 | 2.6 | 39 | 45.9 |
| UCP | 0 | 0.0 | 3 | 100.0 | 0 | 0.0 | 3 | 3.5 |
| CE | 1 | 3.2 | 29 | 93.5 | 1 | 3.2 | 31 | 36.5 |
| Total | 7 | 8.2 | 76 | 89.4 | 2 | 2.4 | 85 | 100.0 |

Gráfico 8-Doentes em idade pediátrica admitidos por tipologia de doença e valência, 2018 (n=85)



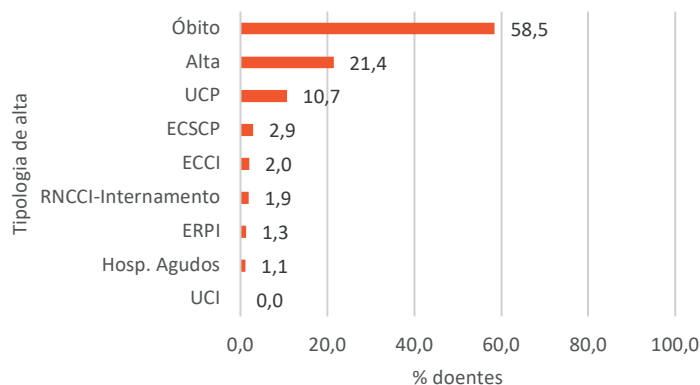
Tipologia de alta

No que se refere à tipologia de alta por distrito em doentes adultos são registados 9,292 óbitos (58.5%), 3,397 altas (21.4%), 1,704 transferências para UCP (10.7%), 460 (2.9%) transferências para ECSCP, 323 (2.0%) transferências para Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), 299 (1.9%) transferências para unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Internados (RNCCI-INTERN), 209 (1.3%) transferências para Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), 182 (1.1%) transferências para hospital de agudos e 7 transferências para Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). O distrito com maior proporção de altas é Aveiro com 61.7% e o com menor é Leiria com 0%. Por sua vez o com maior proporção de óbitos é Castelo Branco (82.7%) e o com menor é Leiria (23.4%). (Tabela 16; Gráfico 9)

Tabela 16- Tipologia de alta por distrito, doentes adultos, 2018 (n=15 873)

| DISTRITO | ALTA | | UCP | | ECSCP | | RNCCI-INTERN | | ECCI | | HOSP. AGUDOS | | UCI | | ERPI | | ÓBITO | | TOTAL | | |
|------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|--------------|------------|----------|------------|------------|------------|--------------|-------------|---------------|--------------|-----|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | |
| Aveiro | 1 222 | 61.7 | 8 | 0.4 | 0 | 0.0 | 8 | 1.0 | 1 | 0.1 | 9 | 0.5 | 6 | 0.3 | 7 | 0.4 | 721 | 36.4 | 1 982 | 12.5 | |
| Beja | 196 | 44.4 | 19 | 4.3 | 1 | 0.2 | 3 | 0.7 | 2 | 0.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.2 | 219 | 49.7 | 441 | 2.8 | |
| Braga | 112 | 23.8 | 5 | 1.1 | 0 | 0.0 | 37 | 7.9 | 0 | 0.0 | 6 | 1.3 | 0 | 0.0 | 4 | 0.8 | 307 | 65.2 | 471 | 3.0 | |
| Bragança | 138 | 36.8 | 5 | 1.3 | 6 | 1.6 | 38 | 10.1 | 0 | 0.0 | 1 | 0.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 187 | 49.9 | 375 | 2.4 | |
| Castelo Branco | 25 | 14.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 2.2 | 0 | 0.0 | 2 | 1.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 148 | 82.7 | 179 | 1.1 | |
| Coimbra | 195 | 16.7 | 210 | 18.0 | 0 | 0.0 | 53 | 4.5 | 8 | 0.7 | 12 | 1.0 | 0 | 0.0 | 15 | 1.3 | 673 | 57.7 | 1 166 | 7.3 | |
| Évora | 90 | 32.3 | 18 | 6.5 | 0 | 0.0 | 8 | 2.9 | 5 | 1.8 | 15 | 5.4 | 0 | 0.0 | 1 | 0.4 | 142 | 50.9 | 279 | 1.8 | |
| Faro | 155 | 16.8 | 278 | 30.2 | 29 | 3.1 | 7 | 0.8 | 1 | 0.1 | 7 | 0.8 | 0 | 0.0 | 1 | 0.1 | 444 | 48.2 | 922 | 5.8 | |
| Guarda | 78 | 24.5 | 0 | 0.0 | 56 | 17.6 | 18 | 5.6 | 0 | 0.0 | 3 | 0.9 | 0 | 0.0 | 33 | 10.3 | 131 | 41.1 | 319 | 2.0 | |
| Leiria | 0 | 0.0 | 81 | 47.4 | 0 | 0.0 | 5 | 2.9 | 17 | 9.9 | 28 | 16.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 40 | 23.4 | 171 | 1.1 | |
| Lisboa | 234 | 7.7 | 425 | 14.0 | 46 | 1.5 | 47 | 1.6 | 106 | 3.5 | 31 | 1.0 | 1 | 0.0 | 48 | 1.6 | 2 091 | 69.0 | 3 029 | 19.1 | |
| Portalegre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Porto | 444 | 15.2 | 81 | 2.8 | 234 | 8.0 | 30 | 1.0 | 33 | 1.1 | 44 | 1.5 | 0 | 0.0 | 23 | 0.8 | 2 028 | 69.5 | 2 917 | 18.4 | |
| Santarém | 71 | 9.7 | 117 | 15.9 | 15 | 2.0 | 15 | 2.0 | 0 | 0.0 | 17 | 2.3 | 0 | 0.0 | 7 | 1.0 | 492 | 67.0 | 734 | 4.6 | |
| Setúbal | 12 | 1.2 | 113 | 11.6 | 0 | 0.0 | 3 | 0.3 | 105 | 10.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 0.3 | 734 | 75.7 | 970 | 6.1 | |
| Viana do Castelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Vila Real | 161 | 23.5 | 119 | 17.4 | 45 | 6.6 | 17 | 2.5 | 37 | 5.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 56 | 8.2 | 250 | 36.5 | 685 | 4.3 | |
| Viseu | 74 | 16.2 | 125 | 27.4 | 3 | 0.7 | 4 | 0.9 | 8 | 1.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 9 | 2.0 | 233 | 51.1 | 456 | 2.9 | |
| Açores | 126 | 21.5 | 100 | 17.1 | 25 | 4.3 | 2 | 0.3 | 0 | 0.0 | 5 | 0.9 | 0 | 0.0 | 1 | 0.2 | 326 | 55.7 | 585 | 3.7 | |
| Madeira | 64 | 33.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 1.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 126 | 65.6 | 192 | 1.2 | |
| TOTAL | 3 397 | 21.4 | 1 704 | 10.7 | 460 | 2.9 | 299 | 1.9 | 323 | 2.0 | 182 | 1.1 | 7 | 0.0 | 209 | 1.3 | 9 292 | 58.5 | 15 873 | 100.0 | |

Gráfico 9-Tipologia de alta, doentes adultos, 2018 (n=15 873)



No que se refere à tipologia de alta por distrito em doentes em idade pediátrica são registados 19 óbitos (47.5%), 10 altas (25%), 8 (20%) transferências para Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), 2 (5%) transferências para ECSCP e 1 (2.5%) transferências para UCP. O distrito com maior proporção de altas é Aveiro com 100% e o com menor são Braga e Setúbal com 0%. Por sua vez o com maior proporção de óbitos são Braga e Setúbal (100%) e o com menor é Aveiro (0%). (Tabela 17)

Tabela 17-Tipologia de alta por distrito, doentes em idade pediátrica, 2018 (n=40)

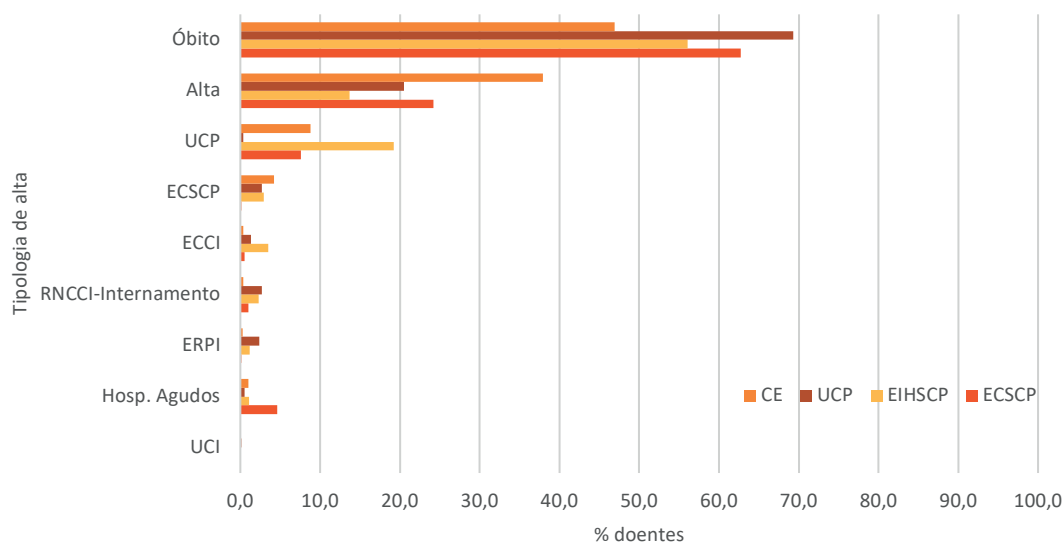
| DISTRITO | ALTA | | UCP | | ECSCP | | RNCCI-INTERN | | ECCI | | HOSP. AGUDOS | | UCI | | ERPI | | ÓBITO | | TOTAL | |
|------------------|-----------|-------------|----------|------------|----------|------------|--------------|------------|----------|-------------|--------------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Aveiro | 2 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 1.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 5.0 |
| Beja | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Braga | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 100.0 | 2 | 5.0 |
| Bragança | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Castelo Branco | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Coimbra | 6 | 26.1 | 0 | 0.0 | 2 | 8.7 | 0 | 0.0 | 4 | 17.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 11 | 47.8 | 23 | 57.5 |
| Évora | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 33.3 | 3 | 7.5 |
| Faro | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Guarda | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Leiria | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Lisboa | 1 | 12.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 50.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 37.5 | 8 | 20.0 |
| Portalegre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Porto | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Santarém | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Setúbal | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 100.0 | 2 | 5.0 |
| Viana do Castelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0.0 |
| Vila Real | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Viseu | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Açores | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| Madeira | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0.0 |
| TOTAL | 10 | 25.0 | 1 | 2.5 | 2 | 5.0 | 0 | 0.0 | 8 | 20.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 19 | 47.5 | 40 | 100.0 |

Analisando o mesmo indicador, mas agora por tipologia de equipa, verifica-se que na população adulta, a maior proporção de óbitos se verificou nas UCP com 69.3% e a menor nas CE com 46.9%. Por sua vez, quanto às altas, a maior proporção observa-se nas CE (37.9%) e a menor nas EIHS/CP (13.7%). (Tabela 18; Gráfico 10)

Tabela 18- Tipologia de alta por valência, doentes adultos, 2018 (n=15 873)

| DISTRITO | ALTA | | UCP | | ECSCP | | RNCCI-INTERN | | ECCI | | HOSP. AGUDOS | | UCI | | ERPI | | ÓBITO | | TOTAL | |
|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|--------------|------------|----------|------------|------------|------------|--------------|-------------|---------------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| ECSCP | 259 | 24.2 | 82 | 7.6 | 1 | 0.1 | 3 | 1.0 | 5 | 0.5 | 49 | 4.6 | 0 | 0.0 | 1 | 0.1 | 672 | 62.7 | 1 072 | 6.8 |
| EIHS/CP | 943 | 13.7 | 1314 | 19.2 | 197 | 2.9 | 156 | 2.3 | 242 | 3.5 | 76 | 1.1 | 2 | 0.0 | 84 | 1.2 | 3 845 | 56.1 | 6 859 | 43.2 |
| UCP | 963 | 20.5 | 21 | 0.4 | 127 | 2.7 | 127 | 2.7 | 62 | 1.3 | 24 | 0.5 | 4 | 0.1 | 114 | 2.4 | 3 252 | 69.3 | 4 694 | 29.6 |
| CE | 1 232 | 37.9 | 287 | 8.8 | 135 | 4.2 | 13 | 0.4 | 14 | 0.4 | 33 | 1.0 | 1 | 0.0 | 10 | 0.3 | 1 523 | 46.9 | 3 248 | 20.5 |
| TOTAL | 3 397 | 21.4 | 1 704 | 10.7 | 460 | 2.9 | 299 | 1.9 | 323 | 2.0 | 182 | 1.1 | 7 | 0.0 | 209 | 1.3 | 9 292 | 58.5 | 15 873 | 100.0 |

Gráfico 10-Tipologia de alta por valência, doentes adultos, 2018 (n=15 873)

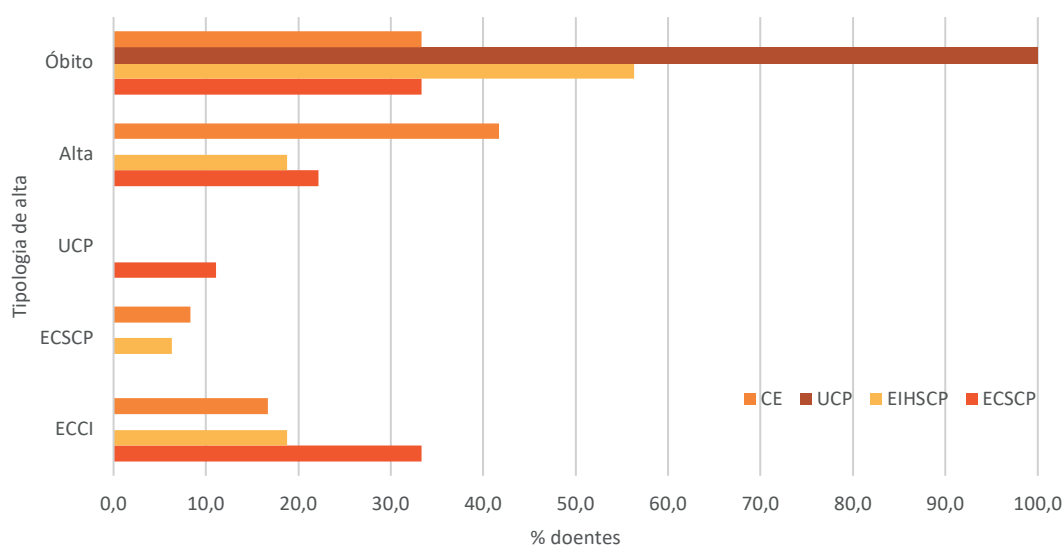


Na população em idade pediátrica, verifica-se que a maior proporção de óbitos se verificou nas UCP com 100% e a menor nas ECSCP e CE com 33.3%. Por sua vez, quanto às altas, a maior proporção observa-se nas CE (41.7%) e a menor nas UCP (0%). (Tabela 19; Gráfico 11)

Tabela 19-Tipologia de alta por valência, doentes em idade pediátrica, 2018 (n=40)

| DISTRITO | ALTA | | UCP | | ECSCP | | ECCI | | ÓBITO | | TOTAL | |
|--------------|-----------|-------------|----------|------------|----------|------------|----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| ECSCP | 2 | 22.2 | 1 | 11.1 | 0 | 0.0 | 3 | 33.3 | 3 | 33.3 | 9 | 22.5 |
| EIHSCP | 3 | 18.8 | 0 | 0.0 | 1 | 6.3 | 3 | 18.8 | 9 | 56.3 | 16 | 40.0 |
| UCP | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 100.0 | 3 | 7.5 |
| CE | 5 | 41.7 | 0 | 0.0 | 1 | 8.3 | 2 | 16.7 | 4 | 33.3 | 12 | 30.0 |
| TOTAL | 10 | 25.0 | 1 | 2.5 | 2 | 5.0 | 8 | 20.0 | 19 | 47.5 | 40 | 100.0 |

Gráfico 11-Tipologia de alta por valência, doentes em idade pediátrica, 2018 (n=40)



Carga Horária Semanal por Doente nas Diferentes Áreas Profissionais

O tempo de alocação semanal por doente, varia significativamente por classe profissional. Assim ao nível da medicina o tempo varia no intervalo [6,140] minutos, com uma mediana de 44.5 minutos e amplitude interquartil (AIQ) de 54 minutos. Na enfermagem varia entre [0,589] minutos, com mediana de 82.5 e AIQ de 155 minutos. Ao nível da psicologia, varia entre [0,83] minutos, com mediana de 8.8 minutos e AIQ de 13.5. Por fim, o tempo semanal alocado por doente dos assistentes sociais varia entre [0,80] minutos, com mediana de 10 minutos e AIQ de 16. (Tabela 20; Gráfico 7).

Tabela 20-Tempo de alocação semanal por área profissional e doente, em minutos, 2018 (n=48 equipas)

| Medida | Medicina | Enfermagem | Psicologia | Serviço Social |
|------------------------|-------------|--------------|-------------|----------------|
| Média | 54.7 | 161.2 | 12.0 | 15.0 |
| Mediana | 44.5 | 82.5 | 8.8 | 10.0 |
| Desvio Padrão | 34.0 | 171.3 | 13.5 | 16.8 |
| Variância | 1155.1 | 29352.5 | 182.6 | 282.0 |
| Amplitude | 134.0 | 589.0 | 83.0 | 80.0 |
| Mínimo | 6.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Máximo | 140.0 | 589.0 | 83.0 | 80.0 |
| Intervalo Interquartil | 54.0 | 155.0 | 13.5 | 16.0 |
| Quartil 1 | 28.5 | 45.0 | 4.0 | 4.0 |
| Quartil 3 | 82.5 | 200.0 | 17.5 | 20.0 |

Gráfico 12-Tempo de alocação semanal por área profissional e doente, em minutos, 2018 (n=48 equipas)

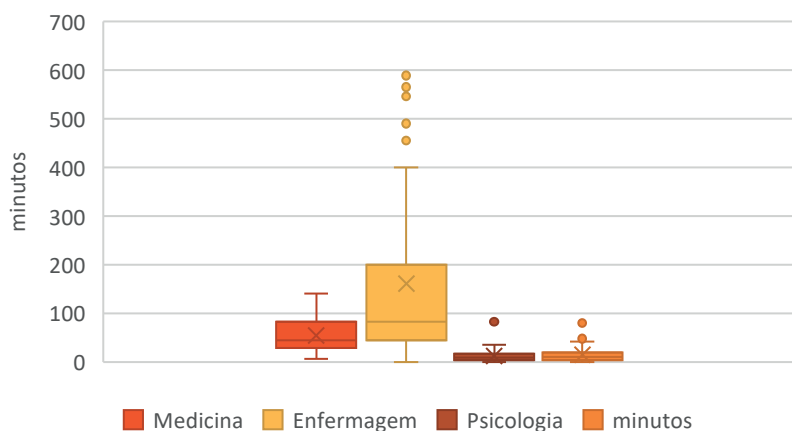
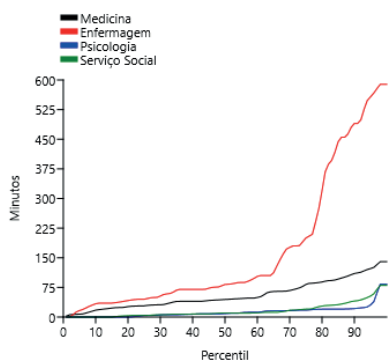


Gráfico 13-Percentis do tempo de alocação semanal por área profissional e doente, em minutos, 2018 (n=48 equipas)



Profissionais por Doentes Cuidados e por População

Medicina

No que respeita aos profissionais de medicina, verificamos a existência de assimetrias consideráveis a nível nacional, com um valor global de 2.7 ETC médicos por 1000 doentes admitidos, 0.6 ETC por 1000 doentes estimados e 6.8 ETC por milhão de habitantes. Observando, de forma mais concreta para o rácio relativo aos doentes admitidos o menor está no distrito de Leiria (0.3 ETC /1000) e o maior na Região Autónoma da Madeira (19 ETC/1000). (Tabela 21)

Tabela 21-Rácio dos ETC dos profissionais de medicina, em , 2018

| Distrito | População total (1: 1 000 000) | Doentes estimados (1: 1 000) | Doentes Admitidos (1:1 000) |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Aveiro | 5.0 | 0.5 | 1.7 |
| Beja | 18.4 | 1.7 | 7.2 |
| Braga | 3.7 | 0.3 | 1.0 |
| Bragança | 22.8 | 2.1 | 4.0 |
| Castelo Branco | 3.8 | 0.3 | 0.6 |
| Coimbra | 6.5 | 0.6 | 1.2 |
| Évora | 16.6 | 1.5 | 10.4 |
| Faro | 7.7 | 0.7 | 3.3 |
| Guarda | 17.9 | 1.6 | 4.2 |
| Leiria | 0.3 | 0.0 | 0.3 |
| Lisboa | 7.1 | 0.7 | 3.7 |
| Portalegre | | | |
| Porto | 3.3 | 0.3 | 1.4 |
| Santarém | 5.7 | 0.5 | 2.8 |
| Setúbal | 9.3 | 0.9 | 8.3 |
| Viana do Castelo | | | |
| Vila Real | 8.3 | 0.8 | 0.8 |
| Viseu | 16.3 | 1.5 | 11.9 |
| Açores | 11.2 | 1.1 | 3.9 |
| Madeira | 14.4 | 1.3 | 19.0 |
| TOTAL | 6.8 | 0.6 | 2.7 |

Enfermagem

Quanto à área de enfermagem, verificamos a existência de assimetrias consideráveis a nível nacional, com um valor global de 10.2 ETC de enfermagem por 1000 doentes admitidos, 2.4 ETC por 1000 doentes estimados e 25.4 ETC por milhão de habitantes. Observando, de forma mais concreta para o rácio relativo aos doentes admitidos o menor está no distrito de Braga (1.7 ETC)/1000) e o maior na Região Autónoma da Madeira (72.5 ETC/1000). (Tabela 22)

Tabela 22- Rácio dos ETC dos profissionais de enfermagem, 2018

| Distrito | População total (1: 1 000 000) | Doentes estimados (1: 1 000) | Doentes Admitidos (1:1 000) |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Aveiro | 24.6 | 2.3 | 8.3 |
| Beja | 71.8 | 6.6 | 27.9 |
| Braga | 6.3 | 0.6 | 1.7 |
| Bragança | 128.2 | 11.6 | 22.6 |
| Castelo Branco | 14.0 | 1.3 | 2.1 |
| Coimbra | 39.8 | 3.7 | 7.4 |
| Évora | 45.5 | 4.2 | 28.6 |
| Faro | 34.5 | 3.2 | 14.5 |
| Guarda | 108.1 | 9.8 | 25.3 |
| Leiria | 6.6 | 0.6 | 6.6 |
| Lisboa | 14.9 | 1.4 | 7.8 |
| Portalegre | | | |
| Porto | 10.2 | 1.0 | 4.4 |
| Santarém | 35.1 | 3.2 | 17.2 |
| Setúbal | 29.4 | 2.8 | 26.4 |
| Viana do Castelo | | | |
| Vila Real | | | |
| Viseu | 56.5 | 5.2 | 41.1 |
| Açores | 110.6 | 10.5 | 38.5 |
| Madeira | 55.1 | 5.2 | 72.5 |
| TOTAL | 25.4 | 2.4 | 10.2 |

Psicologia

Verificamos, também a existência de assimetrias consideráveis a nível nacional dos rácios dos psicólogos, com um valor global de 0.7 ETC por 1000 doentes admitidos, 0.2 ETC por 1000

doentes estimados e 1.7 ETC por milhão de habitantes. Observando, de forma mais concreta para o rácio relativo aos doentes admitidos o menor está nos distritos de Leiria e Vila Real (0ETC /1000) e o maior na Região Autónoma da Madeira (5.2 ETC/1000). (Tabela 23)

Tabela 23- Rácio dos ETC dos profissionais de psicologia, 2018

| Distrito | População total (1: 1 000 000) | Doentes estimados (1: 1 000) | Doentes Admitidos (1:1 000) |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Aveiro | 0.7 | 0.1 | 0.2 |
| Beja | 4.2 | 0.4 | 1.6 |
| Braga | 0.7 | 0.1 | 0.2 |
| Bragança | 10.0 | 0.9 | 1.8 |
| Castelo Branco | 1.3 | 0.1 | 0.2 |
| Coimbra | 0.3 | 0.0 | 0.1 |
| Évora | 3.9 | 0.4 | 2.5 |
| Faro | 3.3 | 0.3 | 1.4 |
| Guarda | 16.5 | 1.5 | 3.9 |
| Leiria | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Lisboa | 1.5 | 0.1 | 0.8 |
| Portalegre | | | |
| Porto | 0.5 | 0.0 | 0.2 |
| Santarém | 2.7 | 0.3 | 1.3 |
| Setúbal | 1.6 | 0.2 | 1.5 |
| Viana do Castelo | | | |
| Vila Real | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Viseu | 4.0 | 0.4 | 2.9 |
| Açores | 1.7 | 0.2 | 0.6 |
| Madeira | 3.9 | 0.4 | 5.2 |
| TOTAL | 1.7 | 0.2 | 0.7 |

Serviço Social

Ao nível dos assistentes sociais observa-se, também a existência de assimetrias a nível nacional dos rácios, com um valor global de 0.9 ETC por 1000 doentes admitidos, 0.2 ETC por 1000 doentes estimados e 2.2 ETC por milhão de habitantes. Observando, de forma mais concreta para o rácio relativo aos doentes admitidos o menor está nos distritos de Leiria e Região Autónoma da Madeira (0 ETC)/1000) e o maior no distrito de Santarém (3.2 ETC/1000). (Tabela 24)

Tabela 24- Rácio dos ETC dos profissionais de serviço social, 2018

| Distrito | População total (1: 1 000 000) | Doentes estimados (1: 1 000) | Doentes Admitidos (1:1 000) |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Aveiro | 0.8 | 0.1 | 0.3 |
| Beja | 3.0 | 0.3 | 1.2 |
| Braga | 0.8 | 0.1 | 0.2 |
| Bragança | 17.7 | 1.6 | 3.1 |
| Castelo Branco | 1.3 | 0.1 | 0.2 |
| Coimbra | 0.6 | 0.1 | 0.1 |
| Évora | 1.3 | 0.1 | 0.8 |
| Faro | 5.3 | 0.5 | 2.2 |
| Guarda | 11.2 | 1.0 | 2.6 |
| Leiria | 3.0 | 0.3 | 3.0 |
| Lisboa | 2.0 | 0.2 | 1.0 |
| Portalegre | | | |
| Porto | 1.7 | 0.2 | 0.7 |
| Santarém | 6.6 | 0.6 | 3.2 |
| Setúbal | 1.4 | 0.1 | 1.3 |
| Viana do Castelo | | | |
| Vila Real | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Viseu | 2.4 | 0.2 | 1.8 |
| Açores | 1.3 | 0.1 | 0.4 |
| Madeira | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| TOTAL | 2.2 | 0.2 | 0.9 |

Assistência Espiritual

Ao nível dos assistentes espirituais observa-se, também a existência de uniformidade pela negativa a nível nacional dos rácios, com um valor global de 0.02 ETC por 1000 doentes admitidos, 0.01 ETC por 1000 doentes estimados e 0.06 ETC por milhão de habitantes. Observando, de forma mais concreta para o rácio relativo aos doentes admitidos existem 13 distritos/regiões onde o rácio é nulo, encontrando-se o maior na Região Autónoma dos Açores (0.33 ETC/1000). (Tabela 25)

Tabela 25- Rácio dos ETC dos profissionais de assistência espiritual, 2018

| Distrito | População total (1: 1 000 000) | Doentes estimados (1: 1 000) | Doentes Admitidos (1:1 000) |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Aveiro | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Beja | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Braga | 0.07 | 0.01 | 0.02 |
| Bragança | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Castelo Branco | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Coimbra | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Évora | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Faro | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Guarda | 0.42 | 0.04 | 0.10 |
| Leiria | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Lisboa | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Portalegre | | | |
| Porto | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Santarém | 0.54 | 0.05 | 0.26 |
| Setúbal | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Viana do Castelo | | | |
| Vila Real | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Viseu | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Açores | 0.95 | 0.09 | 0.33 |
| Madeira | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| TOTAL | 0.06 | 0.01 | 0.02 |

Fisioterapia

Quanto aos fisioterapeutas observa-se, também a existência de uniformidade pela negativa a nível nacional dos rácios, com um valor global de 0.15 ETC por 1000 doentes admitidos, 0.04 ETC por 1000 doentes estimados e 0.38 ETC por milhão de habitantes. Observando, de forma mais concreta para o rácio relativo aos doentes admitidos existem 11 distritos/regiões onde o rácio é nulo, encontrando-se o maior na Região Autónoma dos Açores (1.97 ETC/1000). (Tabela 26)

Tabela 26- Rácio dos ETC dos profissionais de fisioterapia, 2018

| Distrito | População total (1: 1 000 000) | Doentes estimados (1: 1 000) | Doentes Admitidos (1:1 000) |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Aveiro | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Beja | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Braga | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Bragança | 0.48 | 0.04 | 0.08 |
| Castelo Branco | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Coimbra | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Évora | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Faro | 1.30 | 0.12 | 0.55 |
| Guarda | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Leiria | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Lisboa | 0.25 | 0.02 | 0.13 |
| Portalegre | | | |
| Porto | 0.17 | 0.02 | 0.07 |
| Santarém | 1.16 | 0.11 | 0.57 |
| Setúbal | 0.63 | 0.06 | 0.57 |
| Viana do Castelo | | | |
| Vila Real | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Viseu | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Açores | 5.64 | 0.54 | 1.97 |
| Madeira | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| TOTAL | 0.38 | 0.04 | 0.15 |

Terapia Ocupacional e da Fala

Quanto aos terapeutas ocupacionais e da fala, conjuntamente, observa-se, também a existência de uniformidade pela negativa a nível nacional dos rácios, com um valor global de 0.04 ETC por 1000 doentes admitidos, 0.01 ETC por 1000 doentes estimados e 0.11 ETC por milhão de habitantes. Observando, de forma mais concreta para o rácio relativo aos doentes admitidos existem 14 distritos/regiões onde o rácio é nulo, encontrando-se o maior no distrito de Santarém (0.29 ETC /1000). (Tabela 27)

Tabela 27- Rácio dos ETC dos profissionais de terapia ocupacional e da fala, 2018

| Distrito | População total (1: 1 000 000) | Doentes estimados (1: 1 000) | Doentes Admitidos (1:1 000) |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Aveiro | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Beja | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Braga | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Bragança | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Castelo Branco | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Coimbra | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Évora | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Faro | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Guarda | 0.62 | 0.06 | 0.15 |
| Leiria | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Lisboa | 0.26 | 0.02 | 0.13 |
| Portalegre | | | |
| Porto | 0.11 | 0.01 | 0.05 |
| Santarém | 0.58 | 0.05 | 0.29 |
| Setúbal | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Viana do Castelo | | | |
| Vila Real | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Viseu | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Açores | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Madeira | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| TOTAL | 0.11 | 0.01 | 0.04 |

Nutrição

Na área da nutrição observa-se, também a existência de uniformidade pela negativa a nível nacional dos rácios, com um valor global de 0.06 ETC por 1000 doentes admitidos, 0.01 ETC por 1000 doentes estimados e 0.14 ETC por milhão de habitantes. Observando, de forma mais concreta para o rácio relativo aos doentes admitidos existem 10 distritos onde o rácio é nulo, encontrando-se o maior na Região Autónoma da Madeira (0.88 ETC/1000). (Tabela 28)

Tabela 28- Rácio dos ETC dos profissionais de nutrição, 2018

| Distrito | População total (1: 1 000 000) | Doentes estimados (1: 1 000) | Doentes Admitidos (1:1 000) |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Aveiro | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Beja | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Braga | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Bragança | 0.88 | 0.08 | 0.16 |
| Castelo Branco | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Coimbra | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Évora | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Faro | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Guarda | 0.83 | 0.08 | 0.19 |
| Leiria | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Lisboa | 0.06 | 0.01 | 0.03 |
| Portalegre | | | |
| Porto | 0.15 | 0.01 | 0.07 |
| Santarém | 0.23 | 0.02 | 0.11 |
| Setúbal | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Viana do Castelo | | | |
| Vila Real | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Viseu | 0.17 | 0.02 | 0.12 |
| Açores | 2.10 | 0.20 | 0.73 |
| Madeira | 0.67 | 0.06 | 0.88 |
| TOTAL | 0.14 | 0.01 | 0.06 |

Farmácia

Quanto aos farmacêuticos observa-se, também a existência de uniformidade pela negativa a nível nacional dos rácios, com um valor global de 0.03 ETC por 1000 doentes admitidos, 0.01 ETC por 1000 doentes estimados e 0.08 ETC por milhão de habitantes. Observando, de forma mais concreta para o rácio relativo aos doentes admitidos existem 12 distritos/Regiões onde o rácio é nulo, encontrando-se o maior na Região Autónoma da Madeira (1.19 ETC/1000). (Tabela 29)

Tabela 29- Rácio dos ETC dos profissionais de farmácia, 2018

| Distrito | População total (1: 1 000 000) | Doentes estimados (1: 1 000) | Doentes Admitidos (1:1 000) |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Aveiro | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Beja | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Braga | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Bragança | 1.61 | 0.15 | 0.28 |
| Castelo Branco | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Coimbra | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Évora | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Faro | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Guarda | 0.42 | 0.04 | 0.10 |
| Leiria | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Lisboa | 0.07 | 0.01 | 0.03 |
| Portalegre | | | |
| Porto | 0.06 | 0.01 | 0.02 |
| Santarém | 0.19 | 0.02 | 0.09 |
| Setúbal | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Viana do Castelo | | | |
| Vila Real | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Viseu | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Açores | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Madeira | 0.91 | 0.08 | 1.19 |
| TOTAL | 0.08 | 0.01 | 0.03 |

Instrumentos de avaliação das necessidades dos doentes e resultados

Constituem o universo desta análise um total de 68 equipas/serviços de cuidados paliativos, sendo 22 ECSCP, 31 EIHS CP, 21 UCP, 3 EIHS CPPED e 3 CE.

Avaliação do Apoio Social

Embora não constando da lista de base apresentada às equipas, uma equipa (1.5%) indicou utilizar a Escala de Gijon (*Gijon's social-familial evaluation scale (SFES)*). (Quadro 1)

Quadro 1-Recurso a Escalas de Avaliação do Apoio Social (n=68)

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHS CP | | UCP | | EIHS CPPED | | CE | | GLOBAL | |
|--------|---|-------|-----|---------|-----|-----|-----|------------|-----|----|-----|--------|-----|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| GIJON* | Gijon's social-familial evaluation scale (SFES) | 1 | 4.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |

*Escala não constante da lista de base

Avaliação do Estado Cognitivo/Delirium

A avaliação do estado cognitivo/delirium é realizada com recurso ao “*Mini-Mental State Examination*” por 28 equipas (41.2%), ao “*Confusion Assessment Method*” por 16 (23.5%). Outros instrumentos como “*Escala de Pfeiffer*”, “*Nursing Delirium Screening Scale*”, “*Memorial Delirium Assessment Scale*” e “*Delirium Rating Scale*” são utilizados por proporções significativamente reduzidas de equipas. (Quadro 2)

Quadro 2-Recurso a Escalas de Avaliação do Estado Cognitivo/Delirium (n=68)

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|----------|------------------------------------|-------|------|--------|------|-----|------|-----------|------|----|------|--------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| MMSE | Mini-Mental State Examination | 10 | 45.5 | 8 | 25.8 | 13 | 61.9 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 28 | 41.2 |
| CAM | Confusion Assessment Method | 6 | 27.3 | 6 | 19.4 | 7 | 33.3 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 16 | 23.5 |
| PFEIFFER | Escala de Pfeiffer | 2 | 9.1 | 2 | 6.5 | 2 | 9.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 5.9 |
| NUDESC* | Nursing Delirium Screening Scale | 1 | 4.5 | 0 | 0.0 | 2 | 9.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 4.4 |
| MDAS* | Memorial Delirium Assessment Scale | 1 | 4.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| DRS* | Delirium Rating Scale | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |

*Escala não constante da lista de base

Avaliação da Complexidade dos Doentes

A avaliação da complexidade dos doentes com recurso a instrumentos standardizados é apenas realizada por 6 equipas (8.8%). (Quadro 3)

Quadro 3-Recurso a Escalas de Avaliação da Complexidade

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|---------|---|-------|-----|--------|-----|-----|-----|-----------|-----|----|-----|--------|-----|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| IDC-Pal | Instrumento de Diagnóstico da Complexidade em Cuidados Paliativos | 2 | 9.1 | 2 | 6.5 | 2 | 9.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 6 | 8.8 |

Avaliação da Espiritualidade

A avaliação da dimensão espiritual através de instrumentos standardizados é apenas realizada por 5 equipas (7.3%). (Quadro 4)

Quadro 4-Recurso a Escalas de Avaliação da Espiritualidade

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|----------|----------------------------------|-------|-----|--------|-----|-----|-----|-----------|------|----|------|--------|-----|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| FACIT-SP | FACIT Spiritual Well-Being Scale | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 2 | 2.9 |
| HERTH* | Herth Hope Index | 1 | 4.5 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.9 |
| PDI* | Patient Dignity Inventory | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |

*Escala não constante da lista de base

Identificação de Doentes com Necessidades Paliativas

A identificação de doentes com necessidades paliativas, é realizada em 15 equipas (22%) com recurso a instrumentos standardizados, primordialmente com recurso ao NECPAL. (Quadro 5)

Quadro 5-Recurso a Escalas de Identificação de Doentes com Necessidades Paliativas

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|--------|--|-------|------|--------|------|-----|------|-----------|-----|----|---|--------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| NECPAL | NECPAL (Necessidades Paliativas) | 4 | 18.2 | 7 | 22.6 | 3 | 14.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 13 | 19.1 |
| SPICT | Supportive and Palliative Care Indicators Tool | 0 | 0.0 | 2 | 6.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 2 | 2.9 |
| PIG | Proactive Identification Guidance | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |

Identificação de Risco de Luto Prolongado

Apenas 4 (5.9%) das equipas que nos responderam utilizam um instrumento estandardizado, para a avaliação/identificação de risco de luto prolongado. As que o fazem utilizam o PG-13. (Quadro 6)

Quadro 6-Recurso a Escalas de Avaliação do Luto

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|--------|--------------------------|-------|-----|--------|-----|-----|-----|-----------|-----|----|-----|--------|-----|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| PG13* | Prolonged Grief Disorder | 1 | 4.5 | 3 | 9.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 5.9 |

*Escala não constante da lista de base

Avaliação da Performance/Funcionalidade

A avaliação da performance/funcionalidade utilizando um instrumento estandardizado, é realizada por 43 (63.2%) com recurso ao “Palliative Performance Scale”, 38 (55.9%) à “Escala de Barthel”, 37 (54.4%) à “Escala de Karnofsky” e 16 (23.5%) ao “Índice de Katz”. Em número consideravelmente identifica-se a utilização de outros instrumentos como o ECOG, MIF e Lawton. (Quadro 7)

Quadro 7-Recurso a Escalas de Avaliação da Performance/Funcionalidade

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|-----------|---|-------|------|--------|------|-----|------|-----------|------|----|------|--------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| PPS | Palliative Performance Scale | 15 | 68.2 | 19 | 61.3 | 14 | 66.7 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 43 | 63.2 |
| BARTHEL | Escala de Barthel | 14 | 63.6 | 16 | 51.6 | 13 | 61.9 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 38 | 55.9 |
| KARNOFSKY | Escala de Karnofsky | 9 | 40.9 | 19 | 61.3 | 11 | 52.4 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 37 | 54.4 |
| KATZ | Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária | 6 | 27.3 | 5 | 16.1 | 7 | 33.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 16 | 23.5 |
| ECOG* | Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group | 2 | 9.1 | 3 | 9.7 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 5.9 |
| FIM* | Functional Independence Measure | 0 | 0.0 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| LAWTON* | Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale | 0 | 0.0 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |

*Escala não constante da lista de base

Avaliação do Prognóstico

Das 68 equipas que enviaram dados, 7 (10.3%) utilizam instrumentos estandardizados para avaliação do prognóstico, e de entre estes, o mais utilizado é o “Palliative Prognostic Index”. (Quadro 8)

Quadro 8-Recurso a Escalas de Avaliação do Prognóstico

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|----------|---------------------------------------|-------|-----|--------|-----|-----|-----|-----------|-----|----|-----|--------|-----|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| PPI* | Palliative Prognostic Index | 1 | 4.5 | 3 | 9.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 4 | 5.9 |
| PaP* | The Palliative Prognostic Score (PaP) | 0 | 0.0 | 1 | 3.2 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.9 |
| GLASGOW* | Escala de Coma de Glasgow | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |

*Escala não constante da lista de base

Avaliação da Qualidade de Vida e/ou Outcomes

Das 68 equipes que enviaram dados, 11 (16.2%) utilizam o “Integrated Palliative Care Outcome Scale”, 7 (10.3%) o “Palliative Care Outcome Scale”, 6 (8.8%) o “Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care” ou o “World Health Organization Quality Life” e 5 (7.4%) o “European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life of Cancer Patients”. Outras 3 (4.4%) utilizam o “Short Form (36) Health Survey - Health Status and Quality of Life” ou “Support Team Assessment Schedule”. (Quadro 9)

Quadro 9-Recurso as Escalas de Avaliação da Qualidade de Vida/Outcomes

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|---------------|---|-------|-----|--------|-----|-----|------|-----------|------|----|------|--------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| POS-I | Integrated Palliative Care Outcome Scale | 2 | 9.1 | 3 | 9.7 | 7 | 33.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 16.2 |
| POS | Palliative Care Outcome Scale | 1 | 4.5 | 3 | 9.7 | 4 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 10.3 |
| FACIT-PAL | Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care | 0 | 0.0 | 1 | 3.2 | 4 | 19 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 6 | 8.8 |
| WHOQOL | World Health Organization Quality Life | 1 | 4.5 | 2 | 6.5 | 1 | 4.8 | 2 | 66.7 | 1 | 33.3 | 6 | 8.8 |
| EORTC-QLQ-C30 | European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life of Cancer Patients | 0 | 0.0 | 2 | 6.5 | 2 | 9.5 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 5 | 7.4 |
| SF-36 | Short Form (36) Health Survey - Health Status and Quality of Life | 1 | 4.5 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.9 |
| STAS | Support Team Assessment Schedule | 0 | 0.0 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |

Avaliação do Risco de Quedas

Oito das 68 equipes (11.8%) utilizam um instrumento estandardizado para avaliar o risco de quedas, e fazem-no com recurso à “Escala de Quedas de Morse”. (Quadro 10)

Quadro 10-Recurso a Escalas de Avaliação do Risco de Queda

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|--------------|---------------------------|-------|-----|--------|-----|-----|------|-----------|-----|----|-----|--------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| MORSE (EQM)* | Escala de Quedas de Morse | 2 | 9.1 | 3 | 9.7 | 3 | 14.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 8 | 11.8 |

*Escala não constante da lista de base

Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão

A avaliação do risco de úlcera por pressão, com recurso a instrumento estandardizado é realizada por 47 (69.1%) das equipes e com recurso “Escala de Braden”. (Quadro 11)

Quadro 11-Recurso a Escalas de Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|--------|----------------------|-------|------|--------|------|-----|------|-----------|------|----|------|--------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| BRADEN | Escala de Braden | 15 | 68.2 | 19 | 61.3 | 17 | 81.0 | 2 | 66.7 | 2 | 66.7 | 47 | 69.1 |

Avaliação do Estado de Sedação

A utilização de escalas para a avaliação da sedação é realizada por 5 (7.4%) das equipes, e com maior proporção utilizando a “Ramsay Sedation Scale”. (Quadro 12)

Quadro 12-Recurso a Escalas de Avaliação da Sedação

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|-----------|--|-------|-----|--------|-----|-----|------|-----------|-----|----|-----|--------|-----|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| RAMSAY* | Ramsay Sedation Scale | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 14.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 4.4 |
| RASS-PAL* | Richmond Agitation Sedation Scale Palliative version | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| CSPC* | Consciousness Level Scale for Palliative Care | 1 | 4.5 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |

*Escala não constante da lista de base

Avaliação de Sintomas

No que respeita à avaliação de sintomas/problemas, existe uma grande diversidade de instrumentos utilizados. Destaca-se a “Edmonton Symptom Assessment Scale” (ESAS) pela sua utilização em 51 (75%) equipas. Acompanham-na, embora com proporção de utilização consideravelmente mais baixa a “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) em 15 (22.1%) equipas, o “Beck Depression Inventory” (BDI) em 12 (17.6%) das equipas. (Quadro 13)

Quadro 13-Recurso as Escalas de Avaliação de Sintomas

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|-------------------|--|-------|------|--------|------|-----|------|-----------|------|----|------|--------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| ESAS | Edmonton Symptom Assessment Scale | 16 | 72.7 | 22 | 71.0 | 18 | 85.7 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 51 | 75.0 |
| HADS | Hospital Anxiety and Depression Scale | 4 | 18.2 | 6 | 19.4 | 6 | 28.6 | 2 | 66.7 | 2 | 66.7 | 15 | 22.1 |
| BDI | Beck Depression Inventory | 3 | 13.6 | 5 | 16.1 | 5 | 23.8 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 12 | 17.6 |
| BAI | Beck Anxiety Inventory | 4 | 18.2 | 2 | 6.5 | 5 | 23.8 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 10 | 14.7 |
| BPI | Brief Pain Inventory | 0 | 0.0 | 5 | 16.1 | 4 | 19.0 | 1 | 33.3 | 1 | 33.3 | 10 | 14.7 |
| ESCALA DE BRISTOL | Escala de Fezes de Bristol | 3 | 13.6 | 3 | 9.7 | 3 | 14.3 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 8 | 11.8 |
| GDS* | Geriatric Depression Scale | 0 | 0.0 | 2 | 6.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.9 |
| STAI* | State-Trait Anxiety Inventory (STAI) | 0 | 0.0 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| DN4* | Avaliação da Dor Neuropática | 0 | 0.0 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| PAINAID* | Pain Assessment in Advance Dementia Scale | 0 | 0.0 | 1 | 3.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| EAM-OMS* | Escala de avaliação da Mucosite da OMS | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| AME* | Avaliação de mal-estar emocional | 1 | 4.5 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| DOLOPLUS* | Avaliação comportamental de Dor | 1 | 4.5 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| BSI* | Brief Symptom Inventory | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| PIPS* | Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) | 1 | 4.5 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.5 |
| GOLDBERG | Goldberg Anxiety and Depression Scale | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |

*Escala não constante da lista de base

Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores

A avaliação da sobrecarga dos cuidadores com recurso a escalas é realizada por 28 (41.1%) e predominância da “Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit”. (Quadro 14)

Quadro 14-Recurso às Escalas de Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores

| Escala | Designação da Escala | ECSCP | | EIHSCP | | UCP | | EIHSCPPED | | CE | | GLOBAL | |
|--------|---|-------|------|--------|------|-----|------|-----------|-----|----|-----|--------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| ZARIT | Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit | 12 | 54.5 | 10 | 32.3 | 6 | 28.6 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 26 | 38.2 |
| ECCP* | Escala de Capacidade de Cuidar em Cuidados Paliativos | 2 | 9.1 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 2.9 |

*Escala não constante da lista de base

Discussão

Apesar de os resultados não poderem ser definidos como completamente representativos da realidade nacional, as taxas de resposta, acima dos 50%, justificam a importância e validade externa deste estudo.

Tendo em conta que segundo os indicadores internacionais⁷ e os referidos na metodologia para a área pediátrica, existirão em Portugal cerca de 102452 doentes adultos e 7828 em idade pediátrica com necessidades paliativas. Em relação ao seu total, a taxa de cobertura determinada com base nos dados disponíveis será de 23.3% o que está em consonância com o preconizado para 2 anos de implementação de um programa de cuidados paliativos.² Importa aqui reforçar, que o número e consequentemente a taxa de acessibilidade será, na realidade superior, devido a estes valores apenas se reportarem a cerca de 50% das equipas. Também, importa esclarecer que o número de doentes referenciado ser menor que o dos admitidos, se deve ao conjunto de dados enviado pelas equipas, o que pode denotar alguma dificuldade de registo sistemático desta informação.

Se o indicador acima é positivo, o mesmo levanta alguma reflexão quando analisado em conjunto com os profissionais alocados em número e em tempo, pois leva-se à constatação de grande sobrecarga assistencial, com implicações reais no tempo de dedicação semanal a doentes, que constatámos, em algumas realidades ser consideravelmente baixo. Tal gerará um risco de não atingimento dos objetivos, de forma plena, assim como a multidisciplinaridade do cuidar, que fica patente nos dados desta secção do relatório. As áreas profissionais fora do campo da medicina e enfermagem, quase que se revelam insipientes no tempo dedicado aos doentes, deixando no ar, a interrogação de se de facto estamos perante cuidados integrais ao doente com necessidades paliativas. Tal mostra-se ainda mais importante, se tivermos em conta que a população admitida é muito envelhecida, com fragilidade e vulnerabilidade acrescida, que implica muito tempo de dedicação dos profissionais de saúde.

Contrariamente ao preconizado e até aos dados internacionais,⁸ em que a maioria dos doentes com necessidades paliativos, tem como base uma doença não oncológica, os dados deste estudo mostram que 80% dos doentes adultos admitidos a estes cuidados têm como base uma doença oncológica. Por sua vez estes valores invertem-se na população pediátrica em que quase 90% apresentam patologia não oncológica.

Analisando um outro indicador, a tipologia de alta, constata-se que quase 60% dos doentes adultos falecem, embora, e positivamente, um pouco mais de 20% tenha alta do programa. Ressalta a baixa proporção de doentes transferidos para serviços de tipologia de agudos com nenhum a ser transferido para unidade de cuidados intensivos. Tal revela bem, que apesar da escassez de recursos humanos, os profissionais de cuidados paliativos, conseguem, em alguma medida, atingir alguns importantes resultados da sua prática. Nos doentes em idade pediátrica cerca de metade falece com cerca de 25% a ter alta.

Ao nível do tempo de trabalho semanal dedicado a cada doente, observam-se alguns dados importantes e preocupantes, com muito baixo tempo de dedicação, como o mínimo de 6 minutos por doente e mediana de 45 minutos na área da medicina, o que perfaz menos de 1 minutos por dia (mínimo) e mediana de 9 minutos/dia (mediana). Estes valores em escalas proporcionais, mas simultaneamente preocupantes revelam-se na área de enfermagem, psicologia e serviço social.

Também o rácio de profissionais, em ETC, por população, doentes estimados e admitidos e consideravelmente baixo, colocando em causa a verdadeira integralidade dos cuidados e atenção às necessidades globais, e em tempo útil, dos doentes que a eles são referenciados. Tal, constitui-se como uma barreira a uma verdadeira cobertura universal de saúde.

Interligando-se com o parágrafo acima, também ao nível da utilização de instrumentos estandardizados se denota uma baixa utilização, sendo que em alguns domínios, esta é mesmo residual. Tal pode explicar-se pela grande carga assistencial a que os profissionais estão sujeitos, mas também com a disseminação de instrumentos utilizados, não se consegue promover a comparabilidade, motora da qualidade. Por outro lado, torna-se consideravelmente mais difícil, demonstrar-se a efetividade das intervenções e desse modo justificar perante os decisores e a população a necessidade destes cuidados e ganhos da acessibilidade a cuidados paliativos.

Conclusões

Deste relatório importa reiterar as seguintes conclusões:

1. Cerca de 102 mil doentes adultos e cerca de 8 mil em idade pediátrica, necessitaram de cuidados paliativos no ano de 2018;
2. Acederam a cuidados paliativos 25570 doentes adultos e 90 em idade pediátrica, o que denota uma taxa de acessibilidade de cerca 25% dos adultos e 0.01% nos em idade pediátrica;
3. 80.7% dos adultos admitidos tinham como base uma doença oncológica enquanto nos em idade pediátrica, 89.4% era de base não oncológica;
4. 58.5% dos doentes admitidos faleceram e 21.4% tiveram alta. Nos em idade pediátrica 47.5% falecem e 25% têm alta;
5. A mediana dos tempos de dedicação semanal a cada doente, é de 44.5 minutos na área da medicina, 82.5 minutos na da enfermagem, 8.8 minutos na da psicologia e 10 minutos na de serviço social;
6. Em relação aos rácios profissionais:
 - a. Medicina: 2.7/1000 doentes admitidos; 0.6/1000 doentes estimados e 6.8/10⁶ habitantes;
 - b. Enfermagem: 10.2/1000 doentes admitidos; 2.4/1000 doentes estimados e 25.4/10⁶ habitantes;
 - c. Psicologia: 0.7/1000 doentes admitidos; 0.2/1000 doentes estimados e 1.7/10⁶ habitantes;
 - d. Serviço Social: 0.9/1000 doentes admitidos; 0.2/1000 doentes estimados e 2.2/10⁶ habitantes;
 - e. Assistência espiritual: 0.02/1000 doentes admitidos; 0.01/1000 doentes estimados e 0.06/10⁶ habitantes;
 - f. Fisioterapia: 0.15/1000 doentes admitidos; 0.04/1000 doentes estimados e 0.38/10⁶ habitantes;
 - g. Terapia da fala e ocupacional: 0.04/1000 doentes admitidos; 0.01/1000 doentes estimados e 0.11/10⁶ habitantes;
 - h. Nutrição: 0.06/1000 doentes admitidos; 0.01/1000 doentes estimados e 0.14/10⁶ habitantes;
 - i. Farmácia: 0.03/1000 doentes admitidos; 0.01/1000 doentes estimados e 0.08/10⁶ habitantes;

7. Relativamente aos instrumentos de avaliação de necessidades e problemas:
 - a. Grande diversidade de instrumentos, com a grande maioria destes a ser utilizado por proporções marginais de serviços;
 - b. Os com utilização mais proeminente (>50% das equipas/valências), são predominantemente do domínio físico e funcional, nomeadamente:
 - i. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) (75%);
 - ii. Escala de Braden (69.1%);
 - iii. Palliative Performance Scale (63.2%);
 - iv. Escala de Barthel (55.9%);
 - v. Escala de Karnofsky (54.4%);
8. Os recursos humanos existentes são manifestamente insuficientes para um cuidado integral;
9. Existe uma sobrecarga assistencial, que pelo processo de cuidar, com baixo recurso a instrumentos standardizados para avaliação de necessidades/problemas e resultados, não permite a comparabilidade inter-serviços e garantir/demonstra a efetividade dos cuidados prestados; de ressaltar que muitos destes instrumentos ainda não estão validados para utilização em Portugal;
10. A cobertura universal efetiva de cuidados paliativos no nosso país está longe de estar alcançada assim como revela profundas assimetrias a nível distrital/regional e de tipologias.

Recomendações

De acordo com os dados revelados, consideramos importante recomendar uma profunda aposta no recrutamento de recursos humanos assim como a implementação de indicadores de qualidade, onde se inclui a utilização de instrumentos de avaliação standardizados, já existentes e validados para Portugal para que de forma efetiva garanta a qualidade e integralidade dos cuidados prestados.

Importa, mais uma vez, compreender que o não cumprimento dos pressupostos acima contribuirá para a inviabilização da diferenciação das equipas de cuidados paliativos e seu custo-efetividade, além de poderem gerar um sentimento de logro na população, por a acessibilidade efetiva e qualidade destes cuidados poder não ser a desejada.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Health financing for universal coverage: What is universal coverage? World Health Organization Publisher [Internet]. 2017;1–3. Available from: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/
2. Gómez-Batiste X, Connor S, Foley K, Callaway M, Kumar S, Luyirika E. The Foundations of Palliative Care Public Health Programs. In: Gómez-Batiste X, Connor S, editors. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Barcelona: Chair of Palliative Care; WHO Collaboration Centre Public Health Palliative Care Programmes; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; “la Caixa” Banking Foundation; 2017. p. 63–78.
3. Capelas ML, Coelho SP, Murinello AN, Simões AS, Teves C, Durão S, et al. Relatório de Outono 2019 do Observatório Português dos Cuidados Paliativos - Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos [Internet]. Lisboa; 2019. Available from: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file>

4. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos [Internet]. Lisboa; 2016. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1-1.pdf
5. Capelas ML. Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2014.
6. Capelas ML, Silva AE, Coelho SP, Afonso T, Simões C. Relatório de Outono 2018 do Observatório Português dos Cuidados Paliativos - Indicadores de Qualidade Prioritários para os Serviços de Cuidados Paliativos em Portugal [Internet]. Lisboa; 2018. Available from: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/3886/file>
7. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28(4):302–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24403380>
8. Gómez-Batiste X, Connor S, Murray S, Krakauer E, Radbruch L, Luyirika E, et al. Principles, Definitions and Concepts. In: Gómez-Batiste X, Connor S, editors. *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Barcelona: Chair of Palliative Care; WHO Collaboration Centre Public Health Palliative Care Programmes; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; “la Caixa” Banking Foundation; 2017. p. 45–62



Secção III

FORMAÇÃO DOS ELEMENTOS DAS EQUIPAS

Fevereiro de 2020

<https://doi.org/10.34632/9789725407158.3>

Coordenadora

SANDRA BATISTA, PHD STUDENT

Colaboradores

ANA PAULA SAPETA, PHD

ANA RITA GOMES, MSc

JOANA MARINHO ALVES, MSc

RAQUEL QUEIRÓS, MSc

Introdução

A carência de programas de formação em cuidados paliativos (CP), a nível pré e pós-graduado, revelou-se ao longo dos anos como um fator dificultador à prestação de cuidados adequados a doentes com necessidades paliativas e suas famílias.

A formação, a par com a disponibilidade de fármacos e o aumento de recursos próprios em CP, é destacada desde 1989 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos três pilares fundamentais para o desenvolvimento dos CP em qualquer país.¹ Também o Conselho da Europa ao abordar a organização dos CP, realçou a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos profissionais, de forma a estes poderem assegurar cuidados de qualidade.² Salientando, a necessidade de todos os profissionais envolvidos em CP, obterem treino adequado para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível.

No documento de 2013 da European Association for Palliative Care (EAPC),^{3,4} onde se destacam as competências e a educação em CP, foi ressaltada, uma vez mais a importância de todos os profissionais serem devidamente preparados. Destacando-se neste documento a importância de programas educativos, estruturados de modo interdisciplinar, que fomentem o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional. Permitindo assim, o incremento desta filosofia na prática assistencial, a mudança do paradigma de atuação e a oferta de respostas sensíveis à situação social, demográfica e de saúde³ das comunidades.

Em 2014, a OMS com vista à consolidação dos CP como parte integrante do *continuum* de cuidados, recomendou a adoção de um conjunto de resoluções que garantissem o acompanhamento de doentes e famílias, desde o diagnóstico, até ao processo de luto da família no pós-morte.¹ Dentro das diversas recomendações, uma vez mais, destacava-se a importância da integração dos CP na formação de profissionais de saúde, de acordo com os seus papéis e responsabilidades nos sistemas de saúde em geral, e nos cuidados a doentes em particular.

Mais recentemente a Assembleia Parlamentar do Conselho Europeu (2018)⁵ nas diversas medidas propostas para melhorar o acesso a CP, reforçou a importância de assegurar aos profissionais de saúde formação adequada: incluir nos currículos pré-graduados a disciplina de CP, assegurar a formação contínua de profissionais na área e o reconhecimento dos CP enquanto especialidade médica.

Em Portugal, além da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos,⁶ marco fundamental na implementação dos CP, houve um investimento por parte de instituições como, a Associação Portuguesa de CP, Universidades, Institutos Politécnicos ou Escolas Superiores de Saúde, para reforçar a formação de estudantes e profissionais. Também o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2017-2018, privilegiou a Formação e Investigação, como eixos estratégicos a desenvolver nesse biénio. Destacou para Portugal, conforme recomendações da EAPC, três níveis de formação em CP: Formação Básica (Nível A), Formação Pós-graduada, intermédia (Nível B) e Formação Pós-graduada, avançada (Nível C).⁷

Em convergência, o atual Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos – Biénio 2019-2020 – reforça a necessidade e a importância de uma formação adequada em CP, nomeadamente: a) Desenvolver centros de excelência ou de elevada diferenciação de CP; b) Fomentar a formação básica e, se possível, incrementá-la ao nível pré-graduado, promovendo a

inclusão de conteúdos nos planos curriculares de todas as escolas de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e outras escolas de profissionais da área da saúde, bem como na formação de Assistentes Espirituais e Religiosos; c) Continuar a trabalhar com as Ordens Profissionais no sentido de definirem perfis de especialistas em CP; d) Promover o uso de instrumentos de identificação precoce de doentes com necessidades paliativas; e) Rever o plano curricular do curso de CP de nível intermédio; f) Trabalhar com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), no sentido de melhorar o atendimento pré-hospitalar prestado aos doentes adultos/ crianças e suas famílias.⁸

No âmbito da investigação, a literatura internacional apresenta vários estudos que relacionam a melhoria de cuidados ao doente/ família, com o acompanhamento por equipas especializadas em CP. Em 2010, Temel et al. realizaram um estudo comparativo e randomizado, em doentes com doença oncológica avançada, em que, um grupo foi acompanhado por uma equipa de CP e, outro, exclusivamente por médico oncologista. Concluiu-se que a qualidade de vida dos doentes seguidos por equipas de CP melhorou, sendo que em alguns casos houve também aumento da longevidade⁹. Outros estudos, realizados recentemente, confirmaram a melhoria da qualidade de vida, quer em doentes oncológicos quer em não oncológicos, quando acompanhados por equipas de CP.¹⁰⁻¹³

Também a *American Heart Association* e a *American Stroke Association* (AHA/ASA), consideraram a importância de integrarem precocemente os CP no acompanhamento de doentes com doença cardíaca avançada ou com acidente vascular cerebral. Pelo que em 2016 comprometeram-se a: integrar os CP na trajetória inicial da doença; publicar recomendações conjuntas; e incentivar a formação de todos os profissionais em CP.¹⁴

Similarmente, a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) atualizou em 2017, as suas recomendações (publicadas em 2012) relacionadas com a implementação de CP em doentes oncológicos. Isto, após concluírem que se mantinham: as barreiras relacionadas com a falta de conhecimento dos profissionais acerca dos princípios e da filosofia dos CP; o desconhecimento das recomendações previamente emanadas; e, a não melhoria na prestação dos cuidados, com exceção do tratamento das necessidades religiosas e espirituais. Perante os resultados, os autores concluíram que a formação seria crucial para a implementação e melhoria da qualidade dos CP.¹⁵

As equipas especializadas em CP assumem um papel determinante, quer ao nível do acompanhamento de doentes com necessidades paliativas e suas famílias, quer na melhoria dos cuidados prestados pelas demais equipas de saúde. No estudo comparativo de Cheung et al. que se focou na perceção dos profissionais relativamente aos CP na doença crónica e aos cuidados em fim de vida, foi notório que quando equipas de outras áreas trabalharam conjuntamente com equipas especializadas em CP, assumiram uma “atitude paliativista”: melhoraram o planeamento dos cuidados de acordo com a evolução da trajetória da doença; evitaram a obstinação terapêutica; aumentaram o uso dos opióides em fim de vida e diminuíram a referência para cuidados intensivos.¹⁶

Atualmente, assiste-se a um número cada vez maior de doentes com doença crónica, oncológica e não oncológica, que ao longo da sua trajetória de doença, necessitarão não só de CP especializados, mas também de outras especialidades médicas. Desta forma, todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados ao doente devem ter formação em CP, para que haja uma linguagem comum que permita estabelecer um plano de cuidados individual, gerir expectativas e prioridades e permitir tomadas de decisão de acordo com os desejos e

necessidades do doente e família. Os elementos das equipas de CP assumem neste âmbito um papel particularmente exigente, quer enquanto agentes de mudança de práticas de cuidados, quer enquanto facilitadores e promotores na formação dos demais profissionais de saúde.

Em Portugal, é pouco conhecido o tipo de formação específica dos profissionais que exercem funções nas equipas de CP. A formação sendo reconhecida como determinante para a prática de CP, ganha particular relevo ao nível de serviços especializados, onde o acompanhamento de situações de elevada complexidade, exige formação especializada e uma abordagem holística para a qual as equipas, de modo interdisciplinar, devem estar capacitadas.

Através da presente secção do Relatório de Outono de 2019, procuramos responder a questões relacionadas com a formação dos profissionais de saúde que integram as equipas de CP, tais como:

- a) Que tipologia e nível de formação em CP possuem os profissionais que exercem funções em equipas/serviços de CP?
- b) Que formação contínua, em CP, realizam os profissionais de saúde que exercem funções em equipas/serviços de CP?

Objetivos

Foram definidos os seguintes objetivos:

- 1) Identificar a tipologia e nível de formação específica em CP dos profissionais que integram os serviços/equipas de CP^a;
- 2) Identificar o número de médicos com competência em medicina paliativa e o número de enfermeiros com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na pessoa em situação paliativa;
- 3) Identificar os níveis de formação específica em CP dos profissionais das equipas;
- 4) Caracterizar a formação dos coordenadores das equipas de CP.
- 5) Analisar o tipo de formação contínua em CP que é frequentada pelos profissionais das equipas.

^a Na secção do Relatório de Outono de 2019 – “Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados”¹⁷ (Dezembro de 2019) encontra-se disponível uma caracterização detalhada dos profissionais que integram as equipas/serviços de cuidados paliativos.

Metodologia

Estudo descritivo, observacional e transversal, reportando-se a dados vigentes em 31 de dezembro de 2018.

Equipas/serviços de CP e profissionais de saúde

Face às equipas existentes a 31 de dezembro de 2018, recorreu-se a informação disponível no portal web da Administração Central do Sistema de Saúde dedicado à Rede Nacional de CP.

Foi solicitado aos Conselhos de Administração e Diretivos das Instituições de Saúde com serviços de CP o preenchimento de um formulário em Excel que continha, entre outras, as seguintes variáveis:

- Número de profissionais a exercer funções em equipas de CP;
- Caracterização dos profissionais: área profissional, género, idade, tempo de exercício profissional (geral e em CP);
- Tipologia de formação específica em CP;
- Número de horas e/ou ECTS relacionados com a formação específica em CP;
- Competência em medicina paliativa (médicos) / especialidade em EMC – pessoa em situação paliativa (enfermeiros);
- Identificação de coordenadores das equipas/ serviços;
- Formação contínua em CP.

De um total de 111 equipas/serviços de CP (públicos e privados) com existência a 31 de dezembro de 2018, obtiveram-se dados de 80, o que perfaz uma taxa de resposta de 72.1%. Ao nível das UCP obtivemos 22 em 33 respostas possíveis (taxa de resposta de 66.7%), das EIHS CP obtiveram-se 35 em 49 possíveis respostas (taxa de resposta de 71.4%), nas ECSCP as respostas foram de 21 em 26 possíveis (taxa de resposta de 80.8%) e nas EIHS CPP as respostas foram de 2 em 3 possíveis (taxa de resposta de 66.7%).

Se considerarmos apenas as equipas/serviços de CP públicos, de um total de 103 obtiveram-se dados de 78, o que perfaz uma taxa de resposta de 75.7%. Ao nível das UCP obtivemos 22 em 30 respostas possíveis (taxa de resposta de 73.3%), das EIHS CP obtiveram-se 34 em 46 possíveis respostas (taxa de resposta de 73.9%), nas ECSCP as respostas foram de 20 em 24 possíveis (taxa de resposta de 83.3%) e nas Equipas Intra-hospitalares de Suporte em CP Pediátricos (EIHS CPP) as respostas foram de 2 em 3 possíveis (taxa de resposta de 66.7%).

Os dados que serão processados neste estudo incluem as seguintes equipas de CP (nem todas as referenciadas disponibilizaram todos os dados solicitados, pelo que não foi possível a sua inclusão nas várias dimensões em análise):

- **ECSCP:** Unidade Local de Saúde (ULS) do Baixo Alentejo-Beja⁺; Santa Casa da Misericórdia de Mértola; ULS Nordeste; Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central; ACES Algarve II-Barlavento; ULS da Guarda; ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ACES Loures-Odivelas; ACES Sintra; Unidade de Apoio Domiciliário-Instituto Português de Oncologia de Lisboa; IInQUE; Centro Hospitalar (CH) Vila Nova de Gaia/Espinho; Serviço de CP - Instituto Português de Oncologia do Porto; Hospital CUF Porto; ACES Lezíria; ACES Arrábida; ACES Dão Lafões; ACES Douro Sul; Unidade de Saúde

da Ilha Terceira-Centro de Saúde Praia da Vitória e Centro de Saúde Angra do Heroísmo; SESARAM (Madeira);

- **EIHSCP:** Centro Hospitalar (CH) do Baixo Vouga; CH Entre Douro e Vouga; Hospital de Braga; Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães; Centro Hospitalar do Médio Ave; Hospital Santa Maria Maior; ULS do Nordeste; ULS de Castelo Branco; CH e Universitário da Cova da Beira; CH e Universitário de Coimbra; Serviço de CP - Instituto Português de Oncologia de Coimbra; CH do Algarve-Faro e Portimão; ULS da Guarda; CH de Leiria; CH Lisboa Central; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca; Instituto Português Oncologia de Lisboa; Hospital Beatriz Ângelo; Hospital de Vila Franca de Xira; CH do Oeste; CH do Porto; Serviço de CP - Instituto Português de Oncologia do Porto; CH Vila Nova de Gaia/Espinho; CH do Tâmega e Sousa; Hospital da Luz-Arrábida; Hospital da CUF-Porto; CH do Médio Tejo; Hospital Distrital de Santarém; CH de Setúbal; Hospital Garcia de Orta; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro; CH Tondela-Viseu; Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada;
- **UCP:** CH Baixo Vouga; Santa Casa da Misericórdia de Serpa - Hospital de S. Paulo; ULS do Nordeste - Macedo Cavaleiros; CH e Universitário da Cova da Beira; Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede; Instituto Português de Oncologia de Coimbra; Instituto S. João de Deus - Hospital S. João de Deus; CH do Algarve – Portimão; ULS da Guarda – Seia; Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus-Casa de Saúde da Idanha; Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE); Clínica S. João de Ávila - Instituto São João de Deus; Instituto Português de Oncologia do Porto; Wecare; TMG - Residência Para Seniores, Lda.; Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros; Hospital Nossa Senhora da Arrábida; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Pouca de Aguiar; CH Tondela/ Viseu – Tondela; Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada; SESARAM (Madeira); Hospital da CUF Porto.
- **EIHSCPED:** Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-Hospital Pediátrico de Coimbra; Instituto Português Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil.

Não enviaram os dados solicitados, após diversas tentativas goradas, as seguintes equipas:

- **ECSCP:** ACES Algarve I – Central; ACES Algarve III – Sotavento; Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano;
- **EIHSCP:** ULS do Baixo Alentejo; Hospital Distrital da Figueira da Foz; Hospital do Espírito Santo de Évora; CH Universitário de Lisboa Norte; Hospital CUF Descobertas; Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ULS do Norte Alentejano-Hospital de Santa Luzia de Elvas e Hospital Dr. José Maria Grande; CH Póvoa do Varzim/ Vila Do Conde; CH Universitário de São João; ULS de Matosinhos; CH Barreiro Montijo; ULS do Litoral Alentejano; ULS do Alto Minho.
- **UCP:** Domus Fraternal - Fundação Particular de Solidariedade Social; AMETIC, Lda - Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescentes, Lda.; Clínica S. João de Deus; Hospital do Mar - Cuidados Especializados Lisboa; Naturidade Oeiras, S.A (Naturidade - Laveiras); Hospital da Luz-Lisboa; Hospital CUF Infante Santo; Centro Hospitalar Universitário de São João; ULS do Norte Alentejo; ULS do Litoral Alentejano; CH Barreiro Montijo.
- **EIHSCPP:** Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Resultados e Discussão de Resultados

Como metodologia de organização deste relatório procede-se à apresentação dos resultados em simultâneo com a sua discussão, organizando-se esta secção em sete partes:

1. Caracterização da área profissional dos elementos a exercer funções nos serviços de CP;
2. Identificação da tipologia de formação específica em CP: análise por tipologia de equipa e por área profissional;
3. Caracterização da formação específica em CP pediátricos;
4. Identificação do nível de formação em CP dos profissionais das equipas;
5. Caracterização da formação dos coordenadores das equipas de CP e Níveis de formação;
6. Análise relativa à formação contínua (CP) realizada pelos profissionais;
7. Tipologia de formação em CP dos voluntários das equipas.

1. Área profissional dos elementos das equipas de CP

Do total de 678 profissionais constantes das fichas de registo de dados enviadas pelas equipas respondentes, em 12 destas, não foi realizado o registo da respetiva área profissional, resultando numa taxa de resposta a esta variável de cerca de 98.2%.

Na totalidade da amostra foram contabilizadas as seguintes áreas profissionais: 350 enfermeiros (51.6%), 128 (18.9%) médicos, 67 (9.9%) assistentes sociais, 61 (9%) psicólogos, 21 (3.1%) fisioterapeutas, 14 (2.1%) nutricionistas, 7 (1%) assistentes espirituais, 10 (1.5%) farmacêuticos, 3 (0.4%) terapeutas da fala e 3 (0.4%) terapeutas ocupacionais. Foram ainda identificados 2 profissionais da área da educação, com colaboração em equipas de CP pediátricos.

Para análise dos objetivos propostos neste relatório foi considerada uma amostra final de 664 profissionais. Alguns exercem funções, simultaneamente, em mais do que uma tipologia de equipa. (Tabela 1)

Tabela 1- Áreas profissionais integrantes das equipas de CP (n=664)^b

| Áreas Profissionais | UCP | | EIHSCP | | ECSCP | | EIHSCPP | | ND | |
|------------------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|-----------|--------------|----------|-------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Enfermagem | 193 | 62.7% | 69 | 34.8% | 96 | 48.5% | 15 | 7.6% | 1 | 0.5% |
| Medicina | 50 | 16.2% | 54 | 27.3% | 41 | 20.7% | 8 | 4.0% | 0 | 0.0% |
| Serviço Social | 15 | 4.9% | 35 | 17.7% | 22 | 11.1% | 3 | 1.5% | 2 | 1.0% |
| Psicologia | 18 | 5.8% | 30 | 15.2% | 22 | 11.1% | 2 | 1.0% | 0 | 0.0% |
| Fisioterapia | 12 | 3.9% | 1 | 0.5% | 7 | 3.5% | 1 | 0.5% | 0 | 0.0% |
| Nutrição | 7 | 2.3% | 3 | 1.5% | 5 | 2.5% | 1 | 0.5% | 0 | 0.0% |
| Assistência Espiritual | 3 | 1.0% | 2 | 1.0% | 1 | 0.5% | 0 | 0.0% | 1 | 0.5% |
| Farmácia | 5 | 1.6% | 3 | 1.5% | 3 | 1.5% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| Terapia da Fala | 2 | 0.6% | 1 | 0.5% | 1 | 0.5% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| Terapia Ocupacional | 3 | 1.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| Total | 308 | 100.0% | 198 | 100.0% | 198 | 100.0% | 30 | 15.2% | 4 | 2.0% |

Legenda: ND -não definiu

^b A contagem global (n=664) resulta do somatório total de profissionais de saúde participantes no estudo, e não, do somatório direto dos profissionais existentes em cada tipologia de equipa de CP. Tal situação deve-se à existência de profissionais que exercem simultaneamente funções em mais que uma tipologia de equipa (UCP; EIHSCP; ECSCP; EIHSCPP).

2. Formação específica em CP dos profissionais

2.1 Análise à formação em CP por tipologia de equipa

Foi solicitado aos participantes que indicassem o nível mais elevado de formação que detinham, quer em CP adultos, quer em CP pediátricos. No caso dos participantes que não responderam a este item, foi considerado sem formação específica na área. Ou seja, assumiu-se o pior cenário.

Relativamente à tipologia de formação dos profissionais a exercer funções nos serviços de CP, procedeu-se, numa primeira fase, à análise dos dados por tipologia de equipa, assim caracterizada: Unidade de CP (UCP); Equipa Intra-hospitalar de Suporte em CP (EIHSCP); Equipa Comunitária de Suporte em CP (ECSCP) e Equipa Intra-hospitalar de Suporte em CP Pediátricos (EIHSCPP). Releve-se, entretanto, a existência de profissionais que simultaneamente desempenham funções em mais do que uma tipologia/valência de serviço, de acordo com a organização de cada instituição. (Tabela 2)

Tabela 2- Formação específica em CP por tipologia de equipa (adultos)

| Tipologia de Formação | UCP | | EIHSCP | | ECSCP | | EIHSCPP | |
|-----------------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|-----------|---------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Básica | 100 | 32.5% | 57 | 28.8% | 62 | 31.3% | 7 | 23.3% |
| Intermédia | 12 | 3.9% | 13 | 6.6% | 22 | 11.1% | 1 | 3.3% |
| Pós-graduação | 101 | 32.8% | 76 | 38.4% | 69 | 34.8% | 3 | 10.0% |
| Mestrado | 11 | 3.6% | 32 | 16.2% | 24 | 12.1% | 3 | 10.0% |
| Doutoramento | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 0.5% | 0 | 0.0% |
| Sem formação | 84 | 27.3% | 19 | 9.6% | 20 | 10.1% | 16 | 53.3% |
| Não definiu | 0 | 0.0% | 1 | 0.5% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| Total | 308 | 100.0% | 198 | 100.0% | 198 | 100.0% | 30 | 100.0% |

Dos 308 profissionais a exercerem funções em UCP, a maioria tem pós-graduação (101; 32.8%) ou formação básica (100; 32.5%) em CP, havendo ainda 27.3% (84) dos profissionais a exercerem sem formação.

Relativamente aos 198 profissionais em funções nas EIHSCP, a maioria 76 (38.4%) tem pós-graduação na área de CP e 57 (28.8%) frequentaram formação básica. Nestas equipas, 19 profissionais (9.6%) não têm formação específica. Um participante referiu ter formação em CP, porém não especificou a tipologia.

Ao nível das ECSCP, a formação através de pós-graduação aparece em primeiro lugar (69; 34.8%), seguida de formação básica (62; 31.3%). Dos 198 profissionais que exercem funções nestas equipas, (20; 10.1%) referiram não ter formação em CP.

Comparando com 2017, identifica-se em 2018 um aumento estatisticamente significativo, dos profissionais com formação intermédia nas UCP ($p=0.011$)^c; EIHSCP ($p=0.008$)^d e ECSCP ($p=0.029$)^e. A proporção de profissionais sem formação específica registou também um aumento ao nível das UCP ($p=0.032$)^f e ECSCP ($p=0.006$)^g.

^c 2017 (1.1%) vs 2018 (3.9%)

^d 2017 (1.9%) vs 2018 (6.6%)

^e 2017 (5.2%) vs 2018 (11.1%)

^f 2017 (20.6%) vs 2018 (27.3%)

^g 2017 (3.3%) vs 2018 (10.1%)

Nas equipas – UCP, EIHSCP, ECSCP – a pós-graduação foi a tipologia de formação mais realizada na área dos CP adultos, seguida de formação básica. Regista-se, embora não significativa, uma melhoria comparativamente a 2017, no que se refere às UCP, em que a formação básica era nesse ano o principal meio de formação.

O cenário é sobretudo mais animador no caso das EIHSCP e ECSCP onde cerca de metade dos profissionais tem formação avançada na área. Já nas UCP pouco mais de um terço dos profissionais que exercem aqui funções apresentam formação avançada. Importará ressaltar que sendo estes, serviços especializados de CP, é fundamental que os profissionais que, aqui desenvolvem a sua atividade, tenham formação avançada em CP (pós-graduação e/ou mestrado), com estágios em unidades/ serviços devidamente certificados para o efeito, de modo a otimizar as competências e habilidades na gestão e acompanhamento de situações de elevada complexidade.^{3,4,6,7}

As percentagens de profissionais sem qualquer tipo de formação específica e a exercer funções em equipas de CP continua a justificar uma especial atenção. Quase 30% em UCP, mais baixa nas EIHSCP e ECSCP (aprox. 10%).

Analisando em pormenor a formação realizada especificamente no âmbito dos **CP pediátricos** (Tabela 3), observa-se um baixo número de profissionais com este tipo de formação (entre os 5% e os 10%), transversal às diversas tipologias de equipas analisadas. A exceção, com naturalidade, regista-se ao nível dos 30 profissionais que exercem funções em EIHSCPP. Destes, 50% (15) realizou pós-graduação em CP pediátricos e 26.7% (8) formação básica. Cinco elementos (16.7%) referiram não ter formação em CP pediátricos.

Tabela 3- Formação específica em CP pediátricos por tipologia de equipa

| Tipologia de Formação | UCP | | EIHSCP | | ECSCP | | EIHSCPP | |
|-----------------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|-----------|---------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Básica | 7 | 2.3% | 10 | 5.1% | 12 | 6.1% | 8 | 26.7% |
| Intermédia | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 0.5% | 2 | 6.7% |
| Pós-graduação | 0 | 0.0% | 1 | 0.5% | 6 | 3.0% | 15 | 50.0% |
| Sem formação | 294 | 95.5% | 187 | 94.4% | 179 | 90.4% | 5 | 16.7% |
| Com formação (ND) | 7 | 2.3% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| Total | 308 | 100.0% | 198 | 100.0% | 198 | 100.0% | 30 | 100.0% |

Relativamente às EIHSCPP, embora na análise à formação em CP adultos, os resultados possam parecer menos promissores (com predomínio de formação básica e sem formação), é necessário que este grupo seja analisado na sua especificidade. Aí vemos que metade dos profissionais tem formação avançada, com pós-graduação em CPP. Ainda assim, o nº de profissionais com formação básica (26.7%) ou sem formação (16.7%) em CPP continua a ser expressivo, aproximando-se do intervalo de valores em que se encontram as demais equipas.

Observando ainda a formação em CP pediátricos, as restantes equipas (UCP; EIHSCP e ECSCP) registam um elevado número de profissionais sem formação ($\geq 90\%$). Embora a amplitude deste estudo não permita determinar a existência de equipas (UCP; ECSCP; EIHSCP) que acompanham crianças e jovens (na inexistência de EIHSCPP), tendo em conta que essa é uma possibilidade⁸ será importante que as equipas em questão averiguem se os seus profissionais têm formação específica na área dos CPP.

2.2 Análise à formação em CP por áreas profissionais

Para uma melhor perceção da formação em CP realizada dentro de cada área profissional, procedeu-se à reorganização dos dados (Tabela 4). Foram considerados 664 profissionais, o que perfaz uma taxa de resposta a esta variável de 94.99%.

Tabela 4- Formação específica em CP por área profissional (n=664)

| Tipologia de Formação | Enf ^{em} | | Medicina | | Serviço Social | | Psicologia | | Fisioterapia | | Nutrição | | Assistência Espiritual | | Farmácia | | Terapia da Fala | | Terapia ocupacional | | Total |
|-----------------------|-------------------|---------------|------------|---------------|----------------|---------------|------------|---------------|--------------|---------------|-----------|---------------|------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------------|---------------|---------------------|---------------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F |
| Básica | 100 | 28.6% | 20 | 15.6% | 36 | 53.7% | 20 | 32.8% | 8 | 38.1% | 8 | 57.1% | 5 | 71.4% | 3 | 30.0% | 2 | 66.7% | 2 | 66.7% | 204 |
| Intermédia | 20 | 5.7% | 6 | 4.7% | 5 | 7.5% | 11 | 18.0% | 1 | 4.8% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 43 |
| Pós-graduação | 120 | 34.3% | 55 | 43.0% | 15 | 22.4% | 12 | 19.7% | 6 | 28.6% | 2 | 14.3% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 210 |
| Mestrado | 30 | 8.6% | 23 | 18.0% | 3 | 4.5% | 7 | 11.5% | 1 | 4.8% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 64 |
| Doutoramento | 0 | 0.0% | 1 | 0.8% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 |
| Sem Formação | 80 | 22.9% | 23 | 18.0% | 8 | 11.9% | 11 | 18.0% | 5 | 23.8% | 4 | 28.6% | 2 | 28.6% | 6 | 60.0% | 1 | 33.3% | 1 | 33.3% | 141 |
| Não especificou | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 10.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 |
| Total | 350 | 100.0% | 128 | 100.0% | 67 | 100.0% | 61 | 100.0% | 21 | 100.0% | 14 | 100.0% | 7 | 100.0% | 10 | 100.0% | 3 | 100.0% | 3 | 100.0% | 664 |

Em cada grupo profissional mais de metade dos elementos tem formação específica em CP. Exceção apenas ao nível da área Farmácia, onde 6 (60%) dos elementos não têm formação.

Nas áreas de medicina e enfermagem a pós-graduação em CP foi a tipologia de formação mais realizada, com 55 (43%) e 120 (34.3%), respetivamente. Seguida, no caso dos médicos, de mestrado 23 (18%) e de formação básica 20 (15.6%); nos enfermeiros, de formação básica 100 (28.6%) e de mestrado 30 (8.6%).

A formação básica em CP constituiu o principal meio de formação específica, para as áreas profissionais de: serviço social 36 (53.7%); psicologia 20 (32.8%); fisioterapia 8 (38.1%); nutrição 8 (57.1%); assistência espiritual 5 (71.4%); terapia da fala 2 (66.7%) e terapia ocupacional 2 (66.7%).

As áreas profissionais onde se registaram maior número de profissionais com formação avançada (pós-graduação, mestrado ou doutoramento) foram as áreas da medicina (61.8%) e da enfermagem (42.9%). Seguidas de fisioterapia, psicologia e serviço social, o que poderá estar associado à estruturação das equipas de CP e respetivos recursos humanos. Com possível predomínio de equipas básicas de CP, constituídas obrigatoriamente por médico, enfermeiro, assistente social/ psicólogo.¹⁸

Todas as áreas profissionais têm elementos que exercem funções nas equipas sem qualquer tipo de formação em CP. Nas áreas de medicina ($p=0.001$)^h e de enfermagem ($p<0.001$)ⁱ regista-se, comparativamente a 2017, um aumento de profissionais sem formação. Nas restantes áreas profissionais os dados apurados não evidenciaram relevância estatística.

Relativamente à realização de estágios em CP, os dados cedidos pelas equipas apresentaram-se muitas vezes dúbios e/ou incompletos. Trezentos e sessenta e dois participantes não cederam qualquer tipo de informação, perfazendo uma taxa de resposta de 46.9%. Dos respondentes

^h 2017 (5.9%) vs 2018 (18%)

ⁱ 2017 (10.7%) vs 2018 (22.9%)

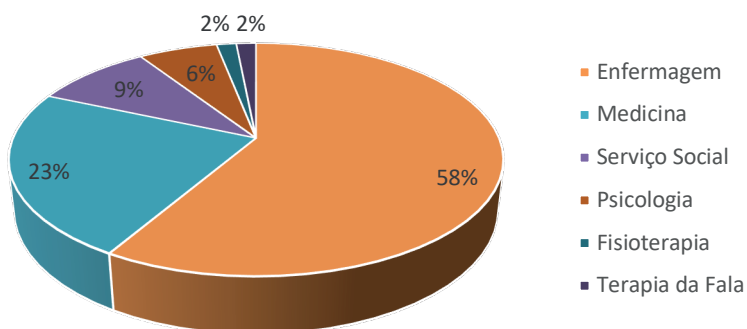
(302), 166 afirmaram ter realizado estágios junto de outras equipas de CP, enquanto 136 afirmaram não o ter efetuado.

3. Formação específica em CP pediátricos

Dentro das diversas áreas profissionais e das diferentes tipologias de equipa de CP, procurou-se caracterizar a tipologia de formação em CP pediátricos.

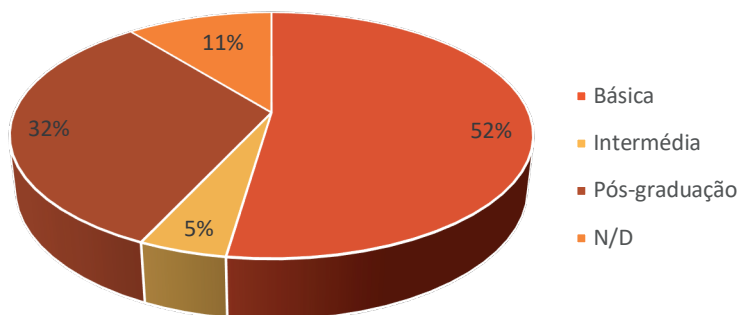
No total da amostra 65 profissionais referiram ter formação em CP pediátricos, a maioria enfermeiros (38; 58.5%) e médicos (15; 23.1%). (Gráfico 1)

Gráfico 1- Formação em CP por área Profissional (n=65)



Quanto à tipologia de formação realizada foi, maioritariamente, a básica (34; 52.3%) e a pós-graduação (21; 32.3%). (Gráfico 2)

Gráfico 2- Tipologia de formação específica em CPP (n=65)



4. Caracterização da Formação dos Profissionais de Saúde por Profissão e Níveis de Formação

Quanto à tipologia de formação dos profissionais a exercer funções em serviços de CP e, tendo como referência os documentos da EAPC,^{3,4} da APCP¹⁸ e da CNCP,^{7,8} foram considerados os seguintes critérios na determinação dos níveis de formação em CP:

- Nível A: programas ou atividades de formação com duração de 18h até 90h;
- Nível B: atividades de formação com duração entre 90 e 280h;
- Nível C: Doutoramentos/Mestrados/Pós-graduação com mais de 280h.

Nos resultados apurados, dos 664 profissionais que responderam ao inquérito, o maior número 205 (30.9%) tem apenas formação básica em CP (**Nível A**). Com curso intermédio ou pós-graduação com menos de 280h (**Nível B**) existem 169 (25.5%) profissionais. Com mestrado ou pós-graduação com mais de 280h e um doutorado (**Nível C**) encontramos 149 (22.4%) profissionais. (Tabela 5)

Tabela 5 - Nível de formação em CP dos profissionais (n=664)

| Nível de Formação | F | % |
|-------------------|------------|---------------|
| Nível A | 205 | 30.9% |
| Nível B | 169 | 25.5% |
| Nível C | 149 | 22.4% |
| Sem formação | 64 | 9.6% |
| Não responde | 77 | 11.6% |
| Total | 664 | 100.0% |

A tabela seguinte caracteriza a formação nas diferentes tipologias e níveis, por grupo profissional.

Tabela 6 - Caracterização da Formação dos Profissionais de Saúde por Profissão e Níveis de Formação

| Profissionais | N | Nível A | Nível B | | | Nível C | | | Sem Formação | Não responde |
|-----------------------|------------|--------------------|--------------------|--------|--------------------|----------|------------------|-------------------|--------------|--------------|
| | | | Curso intermédio | PG<280 | PG s/ h | Mestrado | PG>280 | PhD | | |
| Médicos | 128 | 20 (15.6%) | 41 (32.0%) | 6 | 44 (34.4%) | 23 | 9 (7%) | 14 (11%) | | |
| | | | | 19 | | 20 | | | | |
| | | | | 16 | | 1 | | | | |
| Enfermeiros | 350 | 101(28.9%) | 88(25.1%) | 20 | 81 (23.1%) | 30 | 31 (8.9%) | 49 (14%) | | |
| | | | | 38 | | 51 | | | | |
| | | | | 30 | | 0 | | | | |
| Assistentes Sociais | 67 | 36 (53.7%) | 13 (19.4%) | 5 | 10 (14.9%) | 3 | 5 (7.5%) | 3 (4.5%) | | |
| | | | | 3 | | 7 | | | | |
| | | | | 5 | | 0 | | | | |
| Psicologia | 61 | 20 (32.8%) | 20 (32.8%) | 11 | 10 (16.4%) | 7 | 8 (13.1%) | 3 (4.9%) | | |
| | | | | 5 | | 3 | | | | |
| | | | | 4 | | 0 | | | | |
| Fisioterapeutas | 21 | 8 (38.1%) | 4 (19%) | 1 | 4(19%) | 1 | 2 (9.5%) | 3(14.3%) | | |
| | | | | 1 | | 3 | | | | |
| | | | | 2 | | 0 | | | | |
| Nutricionistas | 14 | 8 (57.1%) | 2 (14.3%) | 0 | 0 (0%) | 0 | 3 (21.5%) | 1(7.1%) | | |
| | | | | 2 | | 0 | | | | |
| Assistente Espiritual | 7 | 5 (71.4%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 | 1 (14.3%) | 1(14.3%) | | |
| Farmacêuticos | 10 | 3 (30%) | 1 (00%) | 1 | 0 | 0 | 4 (40%) | 2 (20%) | | |
| Terapeuta da Fala | 3 | 2 (66.7%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 (33.3%) | | |
| Terapeuta Ocupacional | 3 | 2 (66.7%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 (33.3%) | 0 | | |
| TOTAL | 664 | 205 (30.9%) | 169 (25.5%) | | 149 (22.4%) | | 64 (9.6%) | 77 (11.6%) | | |

Legenda: PG – pós-graduação; PhD – doutoramento

Importa destacar que 64 (9.6%) profissionais afirmaram não ter formação específica em CP e outros 77 (11.6%) não responderam a este item, o que pode levar a concluir que também não possuem formação, assim um total 141 (21.2%) dos profissionais não possui qualquer formação na área.

Coloca-se em evidência o facto de 43 profissionais possuírem curso intermédio, produto das formações realizadas nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), promovidas pela Comissão Nacional de CP. Bem como, a existência de um doutorado em CP.

Procedeu-se, novamente, à análise comparativa entre os dados obtidos em 2018 com os de 2017. De forma a utilizar a mesma metodologia de análise de 2017 e assim diminuir o risco de viés, foram excluídos dos dados de 2018 os profissionais sem formação ou que não responderam^j. Nesta comparação, regista-se em 2018 uma diminuição de profissionais com formação Nível A ($p=0.002$)^k e Nível C ($p<0.001$)^l. Havendo um aumento com formação Nível B ($p<0.001$)^m.

Considerando que as equipas de CP deveriam prestar cuidados especializados e/ou fazer assessoria a outras equipas generalistas, a tabela seguinte (Tabela 7) propõe um ponto de reflexão futura, ao evidenciar o número de profissionais, que integram o que se designa por equipa básica, com apenas formação básica ou sem formação específica na área.

Tabela 7 – Número de profissionais (da equipa básica) com formação básica ou sem formação

| Profissionais | Nível A (básica) | S/ formação ou NR | total |
|--------------------------|------------------|-------------------|-------------|
| Médico (N=128) | 20 (15.6%) | 23 (18.0%) | 43 (33.6%) |
| Enfermeiro (N=350) | 101(28.9%) | 80 (22.9%) | 181 (51.8%) |
| Assistente Social (N=67) | 36 (53.7%) | 8 (12.0%) | 44 (65.7%) |
| Psicologia (N=61) | 20 (32.8%) | 11 (18.0%) | 31 (50.8%) |

Em três grupos profissionais, mais de 50% não possui o nível de formação recomendada e até, minimamente, exigida para prestar cuidados especializados.

5. Caracterização da formação dos coordenadores de equipas de CP

No total dos dados recolhidos, 57 equipas identificaram pelo menos 1 coordenador. Perfazendo uma taxa de resposta a esta variável de 71.25%.

A média de coordenadores por equipa foi de 1.9. A maioria das equipas (aproximadamente 53%) apresenta 2 coordenadores, por regra, um médico e um enfermeiro. Vinte equipas identificaram um único coordenador; uma equipa fez referência a cinco coordenadores. (Tabela 8)

Tabela 8 - Número de coordenadores por equipa.

| N.º Coordenadores | F | % |
|-------------------|-----------|---------------|
| 1 | 20 | 35.1% |
| 2 | 30 | 52.6% |
| 3 | 5 | 8.8% |
| 4 | 1 | 1.8% |
| 5 | 1 | 1.8% |
| Total | 57 | 100.0% |

^j No Relatório de Outono de 2018 – “Formação dos elementos das Equipas”¹⁹ a análise realizada aos níveis de formação (A; B e C) excluiu os elementos que não tinham formação em CP ou que não deram qualquer resposta. No presente relatório considerou-se como sendo mais esclarecedor manter uma visão geral de todos os participantes. Porém para permitir a análise comparativa entre 2018 e 2017 torna-se necessário fazer uma uniformização na metodologia utilizada para determinar a amostra em análise.

^k 2017 (48.2%) vs 2018 (39.2%)

^l 2017 (39.5%) vs 2018 (28.5%)

^m 2017 (12.4%) vs 2018 (32.3%)

No conjunto da informação partilhada, verifica-se um total de 104 coordenadores (após excluir 1 por ausência de dados/potencial erro de registo). Uma ampla maioria dos-coordenadores pertence ao género feminino (81%). Duas áreas profissionais estão representadas na coordenação: 57.7% (60) médicos e 42.3% (44) enfermeiros.

Dos 104 coordenadores considerados, 4 não deram qualquer resposta relativa ao seu nível de formação em CP, enquanto 3 referiram não ter qualquer tipo de formação em CP (adultos ou pediatria).

Do grupo dos coordenadores médicos, 23 (38.3%) referem ter competência em Medicina Paliativa. Do grupo dos coordenadores enfermeiros, 28 (64%) referem ser especialistas: 10 com «Enfermagem Médico-Cirúrgica», dos quais 2 na área «Pessoa em Situação Paliativa»; 7 com «Enfermagem Comunitária»; 7 com «Enfermagem de Reabilitação»; 3 «Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica»; 1 não especificou a especialidade.

Do total dos coordenadores, médicos e enfermeiros, 24 (23%), referem ter formação específica em CP pediátricos.

5.1 Níveis de formação em CP

Tabela 9 - Caracterização da Formação dos Coordenadores de equipa/serviço, por Profissão e Níveis de Formação

| Profissionais | N | Sem resposta | Sem Formação | Nível A | Nível B | | | Nível C | | |
|---------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|---------|-------------------|----------|---------|-----|
| | | | | | Curso intermédio | PG s/ h | PG <280 | Mestrado | PG >280 | PhD |
| Médicos | 60 (57.7%) | 3 (5%) | 1 (1.7%) | 5 (8.3%) | 14 (23.3%) | 0 | 37 (61.7%) | Mestrado | 21 | |
| | | | | | | 8 | | PG >280 | 14 | |
| | | | | | | 6 | | PhD | 2 | |
| Enfermeiros | 44 (42.3%) | 1 (2.3%) | 2 (4.5%) | 2 (4.5%) | 18 (41%) | 2 | 21 (47.7%) | Mestrado | 9 | |
| | | | | | | 7 | | PG >280 | 12 | |
| | | | | | | 9 | | PhD | 0 | |
| TOTAL | 104 | 4 (3.8%) | 3 (2.9%) | 7 (6.7%) | 32 (30.8%) | | 58 (55.8%) | | | |

Da tabela anterior, e dos 104 profissionais que responderam, podemos concluir que a maioria (55.8%) dos coordenadores de equipa/serviço de CP tem formação avançada de nível C. Para esta percentagem contribuem sobretudo os médicos (61.7%), que também são quem mais coordena as equipas.

Tabela 10 - Nível de formação em CP dos Coordenadores de equipa/serviço (n=104)

| Nível de formação | F | % |
|-------------------|------------|---------------|
| Nível A | 7 | 6.7% |
| Nível B | 32 | 30.8% |
| Nível C | 58 | 55.8% |
| Sem formação | 3 | 2.9% |
| Sem resposta | 4 | 3.8% |
| TOTAL | 104 | 100.0% |

Com formação intermédia, de nível B, um total de 32 profissionais (30.8%) o que não é recomendável, pois o líder deverá ser quem define políticas de ação, de intervenção e de garantia de qualidade, dentro da própria equipa.

No entanto, há ainda a registar que existem pelo menos 3 coordenadores de equipa/serviço sem qualquer tipo de formação, e 6.7% apenas com formação de nível básico, o que não deveria observar-se, sendo um sinal de alerta futuro.

Considerando os que não responderam (3.8%), com os que não têm formação (2.9%) e os que apenas possuem nível básico (6.7%), contabilizamos 12,6% dos coordenadores que não possui, de acordo com as recomendações nacionais e internacionais, o nível de formação requerida para coordenar uma equipa/serviço de CP. Se a este total adicionarmos os que possuem nível B, então concluímos que 43.4% deve adquirir formação avançada, para poder exercer este cargo e funções de coordenação.

6. Formação Contínua em CP

Relativamente à formação contínua dos profissionais foi possível obter resultados sobre a sua presença nos mais relevantes encontros científicos no âmbito dos CP. Os participantes foram questionados especificamente quanto à presença em 3 congressos: Congresso Nacional de CP – APCP; Congresso da EAPC (Berna); Congresso da SECPAL. Através de duas questões abertas puderam ainda referir a participação em outros congressos e formações.

Referiram ter frequentado algum tipo de formação 275 profissionais, numa grande parte dos casos em mais que uma formação. Os restantes participantes do estudo (389), ou deixaram este item em branco ou negaram qualquer tipo de atividade de formação.

Dada a dispersão de resultados neste item, opta-se por uma análise com recurso a descrição simples do número de participantes, distribuída da seguinte forma:

- Congresso Nacional de CP - APCP: 152/275
- Congresso EAPC (Berna): 9/275
- Congresso SECPAL: 12/275
- Outros congressos: 96/275
- Outras formações: 138/275

Relativamente à participação em congressos e formações, para lá das especificadas, os dados são dispersos, embora bastante representados por formações de carácter local e regional, nomeadamente das Administrações Regionais de Saúde; Unidades de Saúde; Associação Portuguesa de CP; equipas de CP; cursos organizados por instituições de ensino público/privado; workshops; cursos de curta e/ou média duração; encontros científicos; jornadas científicas; pós-graduações; mestrados; realização de estágios.

Dentro do grupo de profissionais com registo de formação contínua, 78 eram coordenadores de equipa. Os restantes 26 coordenadores não responderam ou negaram a participação em atividades de formação contínua. A participação dos coordenadores distribui-se da seguinte forma:

- Congresso Nacional de CP - APCP: 66/78
- Congresso EAPC (Berna): 6/78
- Congresso SECPAL: 10/78

O número de coordenadores a frequentar congressos e formações (78/104) é um aspeto positivo, dado que estes têm a responsabilidade de se constituírem promotores de conhecimento e de atualização científica no âmbito da sua equipa.²⁰

O Congresso e outras formações da Associação Portuguesa de CP, bem como os cursos das Administrações Regionais de Saúde/CNCP, permanecem como os pilares de formação em CP para a maioria dos profissionais. Os encontros científicos locais sobre temáticas paliativas são também indicados com alguma frequência. Já os encontros científicos internacionais e formações noutros países estão circunscritos a uma minoria, especialmente aos coordenadores.

Permanece atual o apelo para que se assuma a formação dos profissionais que prestam CP como o eixo essencial para garantia da qualidade. Dentro das equipas recomenda-se que a formação contínua dos seus profissionais seja formalmente planeada e avaliada como um indicador de qualidade.⁵ Os responsáveis podem ser catalisadores de oportunidades de formação nas equipas, em parceria com as próprias equipas e cada profissional,^{7,20} num cenário de responsabilidade partilhada.

7. Tipologia de formação em CP dos voluntários das equipas

Foram identificados um total de 31 voluntários a colaborar com as equipas de CP: 28 em UCP; 2 em EIHS CP e 1 em ECSCP. Nenhum voluntário foi associado a EIHS CPP.

Vinte e um voluntários (67.7%) referiram ter formação em CP, um dos quais com pós-graduação em CP pediátricos. Os restantes 10 (32.3%) afirmaram não ter formação na área.

No grupo de voluntários com formação em CP, 11 frequentaram formações com duração até 20h; 6 formações entre 20h e 50h, e 2 formações \geq 50h. Dois não especificaram a carga horária da formação recebida.

Conclusões

Apesar dos resultados não poderem ser definidos como completamente representativos da realidade nacional, as taxas de resposta, na sua maioria acima dos 70%, justificam a importância e validade externa deste estudo. O empenho e participação das equipas neste tipo de investigação é, pois, fundamental para uma maior compreensão do fenómeno, um diagnóstico de necessidades e a possibilidade de delinear estratégias futuras.

Comparativamente aos dados de 2017 regista-se um aumento de profissionais com formação intermédia, podendo em muito estar ligado ao investimento da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, com a realização de diversos Cursos Intermédios nas ARS, a nível nacional.

Quanto ao aumento, em 2018, de profissionais sem formação específica, várias explicações e fundamentos poderão estar na sua génese. Desde logo, a amostra em estudo. Uma vez que nem todas as equipas existentes a nível nacional responderam ao formulário, existe a possibilidade de os participantes, nos dois anos em análise, serem totalmente distintos. Outra razão possível prende-se com o preenchimento do formulário (omissão de dados; dados imprecisos ou contraditórios, os quais não foram esclarecidos mesmo após pedidos do OCP...) e a necessidade de os investigadores utilizarem critérios de rigor e um crivo preciso na determinação do tipo de formação, podem ter impedido a identificação de alguns profissionais com formação. A nível

orgânico aspetos como: equipas recentemente constituídas (com possibilidade de integração de elementos sem a formação desejada, ou ainda em formação); perda de elementos com formação diferenciada; não alocação dos elementos já com formação diferenciada; necessidade, face às alterações legislativas, de criação de um maior número de equipas de CP. Poderão, no seu conjunto, explicar os piores resultados obtidos em algumas tipologias de equipas.

Na maioria dos grupos profissionais, mais de metade dos elementos tem formação específica em CP. A pós-graduação é a tipologia de formação predominante no grupo médico e de enfermagem. A formação básica constitui o principal meio de formação nas restantes áreas profissionais.

Existe ainda um considerável número de profissionais a exercer funções em equipas diferenciadas, sem formação específica na área dos cuidados paliativos. Dentro das EIHSPP, metade dos profissionais tem pós-graduação em CPP.

Cerca de metade dos participantes tem formação Nível B (25.5%) ou C (22.4%). Recomendam-se, contudo, estudos futuros que permitam compreender a evolução da situação formativa dos profissionais em serviços de CP.

Dos 104 coordenadores identificados, 58 têm o nível mais elevado de formação em CP (Nível C), existindo 7 com nível formação básica (Nível A). No entanto, considerando os que não responderam, os que não têm formação, os que apenas possuem nível básico, e se adicionarmos os que possuem nível B, então concluímos que cerca de 43% deve adquirir formação avançada, pois o líder deverá ser quem define políticas de ação, de intervenção e de garantia de qualidade, dentro da própria equipa.

Os dados disponibilizados pelos participantes relativamente à formação contínua realizada, continuam a ser dispersos ou omissos, dificultando uma visão concreta do atual panorama. Ainda assim, reforça-se o papel dos responsáveis e decisores em saúde como potenciais catalisadores de oportunidades de formação, em parceria com as equipas e cada profissional, num cenário de responsabilidade partilhada.

Mais de metade dos voluntários das equipas tem formação em CP. Nenhum dos voluntários participantes neste estudo foi associado à área dos CP pediátricos.

Recomendações

- Incremento de formação avançada em cuidados paliativos dos profissionais que exercem funções nos serviços/equipas de cuidados paliativos;
- Elaboração de um *roadmap* dos profissionais com formação avançada que trabalham em equipas de cuidados paliativos e daí, um diagnóstico de necessidades;
- Realização de estudos futuros, com inclusão de variáveis, que permitam obter dados relacionados com a frequência em estágios clínicos junto de equipas de cuidados paliativos, de modo a permitir avaliar com rigor o nível de formação dos profissionais nas equipas;
- Realização de um esforço acrescido para o reforço de competências (com formação avançada) de todos os coordenadores/ responsáveis de equipas de cuidados paliativos;
- Avaliação a nível local (equipas/serviços), regional e nacional das necessidades formativas dos profissionais;

- Investimento por parte das instituições de saúde em geral e, das equipas, em particular, no desenvolvimento de programas estruturados e regulares de formação, criando condições para a formação diferenciada dos profissionais de saúde.
- Implementação e avaliação contínua do indicador de qualidade, como indicador de estrutura, sobre a existência de plano anual, por escrito, de formação contínua da equipa nos diversos domínios dos cuidados paliativos e respetivos certificados/ registos de frequência (com aproximação ao valor *Standard* definido – 70%);
- Estabelecimento de orientações ao nível da formação contínua e específica dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados paliativos;
- Promover a inclusão de voluntários nas equipas de CP, providenciando-lhes formação em CP.

Bibliografia

1. The World Health Organization. Strengthening of *palliative care* as a component of integrated treatment within the continuum of care. 134th session of the World Health Assembly. Doc numb. EB134.R7. (January) 2014: 1-6. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/173012>
2. Council of Europe. Recommendation rec (2003) 24 of the committee of ministers to member states on the organisation of palliative care and explanatory memorandum [Internet]. 2003. Available from: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85719>
3. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education - Part 1. *Eur J Palliat Care*. 2013;20(2):86–91.
4. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education - Part 2. *Eur J Palliat Care*. 2013;20(3):140–5.
5. Council of Europe-Parliamentary Assembly. The provision of palliative care in Europe. Strasbourg; 2018. 6.
6. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional De Cuidados Paliativos- Circular Normativa n.º 14/DGCG de 13/07/2004. Despacho Minist [Internet]. 2004;19. Available from: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)
7. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos [Internet]. Lisboa; 2016. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrategico-CP_2017-2018-1-1.pdf
8. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2019-2020 [Internet]. Lisboa; 2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
9. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J med*. 2010; 362:733-42.

10. Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm R, Buera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer*. 2014; 120:1743-9
11. Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, Gao W, Gysels M, Dzingina M, et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomized controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2014; 2:979-87
12. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Parh ER, Jackson VA, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical trials. *J Clin Oncol* 2016; 356
13. Tassinari D, Drudi F, Monterubbianesi MC, Stocchi L, Feriolo I, Marzaloni A, et al. Early palliative care in advanced oncologic and non-oncologic chronic diseases: a systematic review of literature. *Rev Recent Clin Trials*. 2016; 356-71.
14. Palliative Care and cardiovascular Disease and stroke. A policy statement from the American Heart Associations/American Stroke Association. *Circulation*. 2016; 134:e198-e225.
15. Ferrel BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative care into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J of Clinical Oncology*. Volume 35.nº1.January 1, 2017: 96-112.
16. Cheung NY, Gorelik A, Mehta P, Mudannayake L, Ramesh A, Bharathan T, Goldenberg G. Perception of palliative medicine by health care professionals at a teaching community hospital: what is the key to a “palliative attitude”? *J Multidiscip Healthc*. 2019; 12: 437-443.
17. Capelas et al. Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados. Relatório de Outono. (2019). Observatório Português de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file>
18. Bernardo A, Monteiro C, Simões C, Ferreira C, Pires C, Pinto C, et al. Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal [Internet]. Porto; 2016. Available from: <https://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio da Saude Proposta vf enviado.pdf>
19. Batista & Sapeta. Formação dos Elementos das Equipas. Relatório de Outono. (2019). Observatório Português de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/3021/file>
20. Gómez-Batiste X, Connor S, editors. *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. First Edit. 2017



Secção IV

TRABALHO EM EQUIPA

Fevereiro de 2020

<https://doi.org/10.34632/9789725407158.4>

Coordenadora

ANA PAULA SAPETA, PHD

Colaboradoras

RAQUEL QUEIRÓS, MSc

JOANA ALVES, MSc

Introdução

Este relatório centra-se na análise de indicadores de estrutura sobre o trabalho em equipa, sua organização e funcionamento, com a análise dos vários indicadores considerados na recolha de dados, junto das equipas de cuidados paliativos inquiridas e respeitante às 76 que responderam.

O trabalho em equipa é um processo dinâmico multidisciplinar, mas também interdisciplinar. Estes conceitos, de acordo com a Lei de Bases dos CP, são definidos, respetivamente, como: “a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais” e “a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados.” Isto quer dizer que o trabalho em equipa só é realizado quando as perícias dos diferentes grupos profissionais se intersejam e, em conjunto, elaboram um plano assistencial que converge para o mesmo objetivo.¹

Na sua composição, os elementos de uma equipa básica de CP são o médico, o enfermeiro e o assistente social. Como referido, estes profissionais de saúde (PS) devem trabalhar de forma coesa, aliando os conhecimentos e competências nas diferentes áreas de intervenção na prestação de cuidados. Considera-se uma equipa completa, sempre que inclui outras áreas disciplinares e profissionais (pelo menos, mais duas), como o psicólogo, assistente espiritual, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, voluntariado e outros, que no seu conjunto, têm um papel determinante no apoio global e mais completo pretendido para o doente e família, garantindo a maior qualidade assistencial.²

Face ao crescente número de doentes com necessidades paliativas,^{4,5,6} a exigência para estas equipas é cada vez maior e aponta para a necessidade de uma melhoria contínua que garanta que trabalhem de forma mais colaborativa e eficiente.⁷

“O modelo interdisciplinar baseia-se numa interação sinérgica e interdependente dos elementos da equipa que possuem conhecimentos específicos. Estes deverão trabalhar em conjunto, comunicando e partilhando informações de forma ativa sendo a colaboração reconhecida, consequentemente, como o processo central para as interações entre os elementos da equipa”.⁸

A procura pela melhoria da qualidade deverá traduzir-se numa maior eficiência da equipa interprofissional, maximizando os conhecimentos/competências de todos os seus elementos. Conduzindo a uma melhoria no atendimento ao doente e à família, existem, pois, indícios claros de que o trabalho em equipa lhes traz benefícios, incluindo para os elementos da própria equipa.^{8,9}

A equipa deve reunir-se regularmente para debater objetivos e a natureza dos cuidados relacionados com o doente e a família, de forma a tornar mais eficiente quer o funcionamento da equipa quer os pormenores operacionais na prestação de cuidados de qualidade, devendo fazer-se um registo dessas reuniões, para a análise da progressão e necessidade de reavaliar e reajustar cuidados.^{1,10} A sua frequência deverá ser determinada pelas necessidades da população atendida e baseada no contexto de atendimento e consoante a tipologia de serviço/equipa.^{7,10}

As equipas devem criar um ambiente de autocuidado, de apoio mútuo e de resiliência, uma vez que a prestação de cuidados paliativos a doentes com doenças graves e às suas famílias determinam significativo impacto emocional nos profissionais que a constituem. Devem ser implementadas intervenções para promover o apoio e a sustentabilidade dos seus elementos, o ambiente deve ser de abertura, permitir a expressão de emoções, angústias relacionadas com

a natureza emocional dos cuidados que prestam e, deste modo, criar oportunidade de cuidar dos elementos da própria equipa, como uma boa prática e um bom exemplo.^{1,10,11}

O trabalho de equipa efetivo depende de vários fatores como a comunicação, as relações interpessoais, a composição, a estrutura da equipa e ainda de fatores organizacionais. A comunicação, é um fator chave, facilita a eficácia e a troca ativa e partilha de informações de maneira formal e informal. A comunicação formal, facilitada pelas reuniões de equipa, ajuda a quebrar barreiras profissionais, a resolver conflitos entre os elementos, a promover relações interpessoais e uma atmosfera de partilha.^{8,10}

Os indicadores do trabalho em equipa analisados incluem a existência de um organograma, com a identificação clara de um líder/ responsável/ coordenador; da existência de reuniões de equipa, com a identificação do gestor de caso e dos registos das mesmas; de um plano interno anual de formação contínua e de um plano interno de prevenção de *burnout*.

Objetivos

Para este estudo foram definidos os seguintes objetivos:

1. Identificar a existência de um organograma do serviço, com identificação dos líderes/responsáveis/coordenadores de equipa e o respetivo local de publicação;
2. Identificar a existência de um plano interno de prevenção de *burnout* e de um plano interno anual de formação contínua;
3. Caracterizar o funcionamento da equipa, designadamente sobre a(s):
 - a. Identificação, por escrito, de um gestor de caso;
 - b. Periodicidade das reuniões;
 - c. Áreas profissionais dos participantes nas reuniões de equipa;
 - d. Periodicidade com que os assuntos/objetivos são abordados nas reuniões de equipa (doente, família e equipa);
4. Caracterizar os registos efetuados, especificamente:
 - a. São efetuados registos?
 - b. Quem elabora os registos?
 - c. Em que plataforma/local são realizados os registos.
5. Analisar a evolução entre 2017 e 2018 dos indicadores acima descritos.

Metodologia

Estudo descritivo, observacional e transversal, reportando-se a dados vigentes em 31 de dezembro de 2018. Nesta data, verificou-se a existência de um total de 111 equipas/serviços de cuidados paliativos (públicos e privados).

Foi pedido o preenchimento de um formulário em Excel que continha as seguintes variáveis:

- Existência de um organograma com identificação dos líderes/responsáveis/coordenadores pelos doentes, e local de publicação do mesmo;
- Existência de um plano interno de prevenção de *burnout*;
- Existência de plano interno anual de formação contínua;
- Identificação, por escrito, do gestor de caso;

- Áreas profissionais dos participantes nas reuniões de equipa;
- Periodicidade das reuniões de equipa;
- Periodicidade com que os objetivos/assuntos são abordados nas reuniões de equipa (relacionados com o doente, família e equipa);
- Registos das reuniões:
 - existência de registos;
 - profissional que os elabora;
 - plataforma/local onde são realizados os registos.

De um total de 111 equipas/serviços de cuidados paliativos (públicos e privados) existentes a 31 de dezembro de 2018, obtiveram-se os dados de 76. No que concerne à taxa de resposta às variáveis sobre o trabalho de equipa, foi de 68.5%.

Os dados que serão processados neste estudo incluem as seguintes equipas de cuidados paliativos (nem todas as referenciadas tenham disponibilizado todos os solicitados e participado em todas as análises):

- **ECSCP:** Unidade Local de Saúde (ULS) do Baixo Alentejo-Beja⁺; Santa Casa da Misericórdia de Mértola; ULS Nordeste; Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central; ACES Algarve II-Barlavento; ULS da Guarda; ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ACES Loures-Odivelas; ACES Sintra; Unidade de Apoio Domiciliário-Instituto Português de Oncologia de Lisboa; LInQUE; Centro Hospitalar (CH) Vila Nova de Gaia/Espinho; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia do Porto; ACES Lezíria; ACES Arrábida; ACES Dão Lafões; ACES Douro Sul; Unidade de Saúde da Ilha Terceira-Centro de Saúde Praia da Vitória e Centro de Saúde Angra do Heroísmo; SESARAM (Madeira);
- **EIHSCP:** Centro Hospitalar (CH) do Baixo Vouga; CH Entre Douro e Vouga; Hospital de Braga; Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães; Centro Hospitalar do Médio Ave; Hospital Santa Maria Maior; ULS do Nordeste; ULS de Castelo Branco; CH e Universitário da Cova da Beira; CH e Universitário de Coimbra; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia de Coimbra; CH do Algarve-Faro e Portimão; ULS da Guarda; CH de Leiria; CH Lisboa Central; CH Lisboa Ocidental; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca; Instituto Português Oncologia de Lisboa; Hospital Beatriz Ângelo; Hospital de Vila Franca de Xira; CH do Oeste; CH do Porto; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia do Porto; CH Vila Nova de Gaia/Espinho; CH do Tâmega e Sousa; Hospital da Luz-Arrábida; Hospital da CUF-Porto; CH do Médio Tejo; Hospital Distrital de Santarém; CH de Setúbal; Hospital Garcia de Orta; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro; CH Tondela-Viseu; Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada;
- **UCP:** CH Baixo Vouga; Santa Casa da Misericórdia de Serpa - Hospital de S. Paulo; ULS do Nordeste - Macedo Cavaleiros; CH e Universitário da Cova da Beira; Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede; Instituto Português de Oncologia de Coimbra; Instituto S. João de Deus - Hospital S. João de Deus; CH do Algarve – Portimão; ULS da Guarda – Seia; Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus-Casa de Saúde da Idanha; Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE); Clínica S. João de Ávila - Instituto São João de Deus; Instituto Português de Oncologia do Porto; Wecare; TMG - Residência Para Seniores, Lda.; Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros; Hospital Nossa Senhora da Arrábida; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Pouca de Aguiar; CH Tondela/ Viseu – Tondela; Hospital Divino Espírito Santo de Ponta

Delgada; SESARAM (Madeira); Hospital da CUF Porto.

A apresentação dos resultados segue a mesma sequência dos objetivos propostos.

Resultados

Dos resultados obtidos, das 76 equipas/serviços, 80.3% (n=61) realiza registos das reuniões; 68.4% refere possuir ter um plano interno de formação contínua; 67.1% apresenta um organograma do serviço, e 52.6% faz identificação dos líderes/responsáveis/coordenadores, embora nem sempre identifiquem o profissional que assume essas funções. Nas equipas que o fizeram, a maioria dos líderes/responsáveis/coordenadores são médicos 47.4% (n=36), 9.2% (n=7) são enfermeiros, e em 9.2% (n=7) das situações os responsáveis são médicos e enfermeiros e ainda 17 (22.4%) das equipas não sabe/não responde. (Tabela 1)

O local onde o organograma do serviço é publicado é muito variável, sendo os locais mais frequentes o serviço como espaço físico (átrio, corredor, gabinete enfermagem, sala comum, sala de trabalho, vitrine) com 36.8%, na intranet (18.4%) e no regulamento interno (2.7%), 28 (36.8%) equipas assume não publicar o organograma. Em 42.1% (n=32) das equipas é identificado, por escrito, o gestor do caso e em 27.6% existe um plano interno de prevenção do *burnout*. (Tabela 1)

Tabela 1 – Indicadores de qualidade do Trabalho em Equipa (n=76)

| Indicadores de qualidade | F | % |
|---|----|------|
| Registos das reuniões de equipa (são efetuados registos?) | 61 | 80.3 |
| Plano interno anual de formação contínua | 52 | 68.4 |
| Existência de organograma do serviço com identificação dos líderes e responsáveis pelos doentes | 51 | 67.1 |
| Existência de identificação dos líderes/responsáveis/coordenadores | 40 | 52.6 |
| Identificação, por escrito, de um gestor de caso | 32 | 42.1 |
| Plano interno de prevenção de <i>burnout</i> | 21 | 27.6 |

Os profissionais que mais participam são os médicos e os enfermeiros (90.8%), seguindo-se dos assistentes sociais e dos psicólogos (88.2% e 84.2%, respetivamente). O nutricionista é o profissional que menos participa nas reuniões de equipa (2.6%). (Tabela 2)

Tabela 2 – Áreas profissionais dos participantes nas reuniões de equipa (n=76)

| Áreas profissionais | F | % |
|------------------------|----|------|
| Medicina | 69 | 90.8 |
| Enfermagem | 69 | 90.8 |
| Serviço social | 67 | 88.2 |
| Psicologia | 64 | 84.2 |
| Fisioterapia | 20 | 26.3 |
| Assistência espiritual | 12 | 15.7 |
| Farmácia | 9 | 11.8 |
| Terapia ocupacional | 7 | 9.2 |
| Terapia da fala | 5 | 6.5 |
| Nutrição | 2 | 2.6 |

Comparativamente a 2017, existe uma diminuição estatisticamente significativa na proporção de equipas nas quais os médicos participam na reunião de equipa ($p=0.029$)^a e na das em que os enfermeiros o fazem ($p=0.029$)^b.

^a 2017 (98.7%) vs 2018 (90.8%)

^b 2017 (98.7%) vs 2018 (90.8%)

Relativamente à periodicidade com que a equipa reúne, na sua maioria, são realizadas semanalmente (61.8%), 10.5% das equipas reúne diariamente, e 11.8% não reúne ou não responde. (Tabela 3)

Tabela 3 – Periodicidade das reuniões de equipa (n=76)

| Periodicidade | F | % |
|-------------------------|-----------|--------------|
| Diária | 8 | 10,5 |
| 1 vez por semana | 47 | 61,8 |
| 2 vezes por semana | 2 | 2,6 |
| Diária/semanal | 3 | 3,9 |
| Quinzenal | 3 | 3,9 |
| Mensal | 4 | 5,2 |
| Não reúne/Não responde | 9 | 11,8 |
| Total | 76 | 100,0 |

Os assuntos/objetivos mais abordados na reunião são os relacionados com o doente e família seguidos dos assuntos relacionados com a própria equipa. As equipas que reúnem diariamente abordam assuntos/objetivos sobre o doente e família (17.1% e 13.1%, respetivamente). Os assuntos, doente, família e equipa são, maioritariamente (+50%), debatidos em reunião semanal.

Há a registar que cerca de 10% de todas as equipas ainda não reúne ou não debate estes assuntos e objetivos. (Tabela 4)

Tabela 4 – Periodicidade com que os assuntos/objetivos são abordados nas reuniões de equipa, % (n=76)

| Periodicidade | Doente | | Família | | Equipa | |
|-------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Diária | 13 | 17,1% | 10 | 13,1% | 2 | 2,6% |
| 1 vez por semana | 40 | 52,6% | 39 | 51,3% | 39 | 51,3% |
| 2 vezes por semana | 2 | 2,6% | 4 | 5,3% | 1 | 1,3% |
| Diária/semanal | 1 | 1,3% | 1 | 1,3% | 5 | 6,6% |
| Quinzenal | 2 | 2,6% | 2 | 2,6% | 11 | 14,5% |
| Mensal | 10 | 13,1% | 12 | 15,8% | 8 | 10,5% |
| Não reúne/Não responde | 8 | 10,5% | 8 | 10,5% | 10 | 13,1% |

A responsabilidade dos registos é muito variável. Depreende-se que ao referirem 'Equipa', todos os seus elementos farão registos, em 31.6% dos casos. Outros distribuem essa função, em número variável, para o enfermeiro, médico e/ou coordenador de equipa. De notar que cerca de 20% não efetua registos ou não responde. (Tabela 5)

Tabela 5 – Autor do registo da reunião de equipa (n=76)

| Autor do registo | F | % |
|----------------------------------|-----------|---------------|
| Equipa | 24 | 31.6% |
| Enfermeiro | 9 | 11.9% |
| Coordenador | 7 | 9.2% |
| Secretária/Administrativo | 7 | 9.2% |
| Médico | 6 | 7.9% |
| Assistente Social | 4 | 5.3% |
| Médico/Enfermeiro | 3 | 3.9% |
| Enfermeiro Chefe | 1 | 1.3% |
| Não efetua registos/Não responde | 15 | 19.7% |
| Total | 76 | 100.0% |

Relativamente ao local onde são efetuados os registos das reuniões é, igualmente, muito variável. No entanto, é de realçar que as equipas arquivam esse registo em mais do que um local, constituindo a ata/papel o que mais utilizam (36.8%), bem como em plataforma informática e/ou diferentes sistemas de registo clínico. (Tabela 6)

Tabela 6 – Plataforma/local de arquivo dos registos das reuniões (n=61)

| Local de Arquivo dos registos das reuniões | F | % |
|--|----|-------|
| Ata/papel | 28 | 36.8% |
| Plataforma informática (MedicineOne/PHC/Gestcare/Glittt/Win GCS) | 14 | 18.4% |
| Ficheiro eletrónico (Word/Outro) | 10 | 13.2% |
| SClínico | 9 | 11.8% |
| Processo clínico do doente | 6 | 7.9% |
| Não regista/Não responde | 17 | 22.3% |

Conclusões

Considerando os objetivos a que nos propusemos e a partir dos resultados obtidos neste inquérito feito às 111 equipas de cuidados paliativos de Portugal, das quais responderam 76, encontramos um muito bom nível de organização e funcionamento, com observância da maioria dos indicadores de estrutura, no que respeita ao trabalho em equipa. Todavia, comparativamente ao ano anterior, registamos um decréscimo em praticamente em todos os indicadores, como se demonstra na tabela seguinte.

Tabela 7 - Indicadores do Trabalho em Equipa (n=76), 2017 e 2018

| Indicadores | 2017 | | 2018 | |
|---|------|-------|------|------|
| | F | % | F | % |
| Existe organograma do serviço com identificação dos líderes e responsáveis pelos doentes? | 63 | 82.9 | 51 | 67.1 |
| Existência de identificação dos líderes/responsáveis/coordenadores | 76 | 100.0 | 40 | 52.6 |
| Registos das Reuniões de Equipa (São efetuados registos?) | 61 | 80.3 | 61 | 80.3 |
| Plano interno anual de formação contínua | 52 | 68.4 | 52 | 68.4 |
| Identificação, por escrito, de um gestor de caso | 37 | 48.7 | 32 | 42.1 |
| Plano interno de prevenção de <i>burnout</i> | 23 | 30.3 | 21 | 27.6 |

Comparando com 2017, identifica-se uma diminuição estatisticamente significativa da proporção de equipas que realiza o registo das reuniões de equipa ($p < 0.001$)^c, que tem organograma do serviço com identificação dos líderes e responsáveis pelos doentes ($p = 0.025$)^d. Nenhuma outra evolução destes indicadores se verificou.

O número de equipas que respondeu ao inquérito (76) foi idêntico a 2018, no entanto, como se observou um aumento de 103 para 111 equipas/serviços de cuidados paliativos, a taxa de resposta desceu ligeiramente, de 73.7% para 68.5%.

Identificámos a existência de **Organograma do serviço** (67.1%) com identificação dos líderes (52.6%) e responsáveis pelos doentes e o respetivo local de publicação, na maioria das equipas.

Sobre a metodologia de trabalho com um gestor de caso, está longe de ser universal (42.1%). Esta metodologia dependerá também da tipologia da própria equipa, se atua como assessor, como de suporte, ou se de assistência e de cuidados diretos.

Sobre a existência de **plano interno de prevenção de *burnout*** verificou-se uma diminuição, não obstante a consciencialização desta necessidade, e o aumento do número de psicólogos afetos às equipas. Tal poderá ser justificado pelo facto de as equipas que responderam, ainda se encontrarem numa fase inicial de formação (*forming*). Por essa razão, continua a ser um alerta

^c 2017 (100%) vs 2018 (80.3%)

^d 2017 (82.9%) vs 2018 (67.1%)

na sua organização futura.

A maioria (68.4%), valor sobreponível ao ano anterior, define um **plano** interno e anual de **formação contínua**, porém um número significativo de equipas (31.6%) ainda não adota esta prática como regular e necessária.

As equipas realizam reuniões formais, com periodicidade diferente, conforme os assuntos, a maioria (+ de 50%) fá-lo 1 vez/semana, para debater assuntos relacionados com doentes e família e também sobre a própria equipa. Os profissionais que participam nas reuniões são sobretudo o médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, menos frequentemente com toda a equipa. Importa realçar que as equipas, na sua composição, são na sua maioria básicas e, mais raramente, completas ou, pelo menos, com os diferentes profissionais em tempo completo.

A grande maioria faz **registos das reuniões** (78.9%), mas existe um número razoável que não efetua qualquer registo (14.5%). As que o fazem usam sobretudo o registo em papel, em atas, livros de registo, ou em formato eletrónico, recorrendo também a software próprio como SClinico e GestCare.

O trabalho em equipa é influenciado pela sua composição e diversidade, organização da mesma, estilo de liderança e as competências individuais de cada elemento, apresentando-se como um desafio constante. A implementação e observância dos indicadores de qualidade no que respeita ao trabalho de equipa são cruciais para a melhoria dos cuidados prestados, ao mesmo tempo para garantir a 'saúde' da própria equipa, sendo as reuniões momentos chave para rever e repensar a melhoria da qualidade dos cuidados.

Recomendações

De acordo com os dados apresentados e comparando ao ano anterior, importa recomendar que, globalmente, todos os indicadores deverão constituir-se como áreas de melhoria, especificamente:

1. Construir o e publicar o Organograma da equipa/serviço, e nele identificar claramente os líderes, chefes ou coordenadores;
2. Implementação de plano interno de prevenção de *burnout*;
3. Planear e executar um plano interno anual de formação contínua
4. Promover reunião, no mínimo, semanal para discussão de situações relacionadas com doente/família e sobre a dinâmica da equipa;
5. Inclusão de outros profissionais de saúde para além dos mais frequentes (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), nas reuniões de equipa, nomeadamente nas que se destinam à discussão de situações relacionadas com doente/família para uma visão e abordagem integral;
6. Registo formal das reuniões de equipa, em atas e/ou em outro local e formato.
7. Implementar a metodologia de trabalho com gestor de caso por doente e família, e identificar, por escrito, os gestores alocados a cada caso.

Ainda que algumas equipas/serviços se encontrem a desenvolver a sua atividade assistencial há pouco tempo, será necessário garantir, desde o seu início, obediência aos indicadores de qualidade e de boas práticas. No global, devem considerar que o processo de monitorização e de melhoria da qualidade são componentes integrantes e imprescindíveis do trabalho em cuidados paliativos.

Referências bibliográficas

1. Capelas MLV. Indicadores de Qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos-Manuel Luís Vila Capelas. Universidade Católica Editora, editor. Lisboa; 2014. 296 p.
2. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, Vlieger T De, Firth P. EAPC White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. *Eur J Palliat Care* [Internet]. 2010;17(1):22–33. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>
3. World Health Organization. WHO | WHO Definition of Palliative Care [Internet]. 2014 [citado 30 de Novembro de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28(1):49–58. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23695827>
5. Gonçalves E, Teixeira F, Silva R, Salazar H, Reigada C, Lopes J, Duque I, Fryxell A, Carvalho MFT. Plano Estratégico de Desenvolvimento Cuidados Paliativos - Biénio 2019 / 2020. 2019;
6. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med* [Internet]. 2017;15(1):1–10. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-017-0860-2>
7. Brennan C, Kelly B, Skarf L, Tellem R, Dunn K, Poswolsky S. Improving Palliative Care Team Meetings: Structure, Inclusion and «Team Care». *Am J Hosp Palliat Med*. 2015;33(6):585–93.
8. Youngwerth J, Twaddle M. Cultures of interdisciplinary teams: How to foster good dynamics. *J Palliat Med*. 2011;14(5):650–4.
9. Albers G, Froggatt K, Van den Block L, Gambassi G, Vanden Berghe P, Pautex S, et al. A qualitative exploration of the collaborative working between palliative care and geriatric medicine: Barriers and facilitators from a European perspective. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016;15(1):47. Disponível em: <http://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0118-3>
10. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 4th editio. Vol. 79. Richmond: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018.
11. Orellana-Rios CL, Radbruch L, Kern M, et al. Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an "on the job" program [published correction appears in *BMC Palliat Care*. 2017 Oct 10;16(1):51]. *BMC Palliat Care*. 2017;17(1):3. Published 2017 Jul 6. doi:10.1186/s12904-017-0219-7.



Secção V

APOIO NO LUTO

Janeiro de 2020

<https://doi.org/10.34632/9789725407158.5>

Coordenadores

ANA PAULA SAPETA, PHD

MANUEL LUÍS CAPELAS, PHD

Colaboradoras

SOFIA PIMENTA, MSc STUDENT

MAJA FURLAN DE BRITO, MSc, PHD STUDENT

Introdução

O constante avanço científico e tecnológico favoreceu o aumento da prevalência de doenças crónicas de evolução prolongada, com a conseqüente diminuição da mortalidade e o aumento da esperança média de vida.¹ A medicalização da morte começou a ser fortemente atacada a partir dos anos 70 do século XX, por essa altura, os cuidados paliativos vieram encorajar e responsabilizar todos na necessidade de garantir dignidade até ao fim. Perante esta realidade, os Cuidados Paliativos tornaram-se emergentes, em que a equidade e igualdade no acesso se tornaram numa obrigação legal reconhecida pela convenção das Nações Unidas, traduzindo-se no direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental.²

Os Cuidados Paliativos devem centrar-se na Pessoa doente e na sua família/cuidadores e grupo social de pertença. Propõem-se ao alívio do sofrimento, na preservação da dignidade e em assegurar a qualidade de vida, vivida até ao fim. A par do controlo de sintomas, da comunicação terapêutica, de um trabalho assistencial prestado por uma equipa multidisciplinar, o cuidar a família e o apoio no processo de perda e luto, são os pilares centrais desta filosofia de cuidados. O doente e família constituem uma unidade singular e são parte integrante da equipa de saúde. A família integra o processo de cuidar e, em simultâneo, deve ser alvo de cuidados durante todo o processo de doença, no momento da morte e fase seguinte, de pós-morte.

A vivência desse processo transporta-os para um contexto de vulnerabilidade inerente ao conjunto de perdas sucessivas a que ficam sujeitos (ao isolamento e estigma, financeiras, mudanças de papéis e responsabilidades, de identidade, de significado, incluindo o propósito e sentido na vida), com conseqüentes repercussões na sua qualidade de vida. É provável que o sofrimento, físico, psicológico, social e/ou espiritual, seja uma experiência do quotidiano de ambos, assim torna-se imperativo a intervenção de forma precoce, especializada e contínua por parte das equipas, no sentido de o prevenir.³⁻⁷

Preconiza-se uma atitude de total empenho na valorização do sofrimento e sua relação com a qualidade de vida, como objetivo central dos cuidados, com a clara necessidade de garantir um trabalho interdisciplinar, de conhecer o doente e família em profundidade, de os atender numa perspetiva holística. Ajudá-los num percurso espiritual, o de saber aceitar as perdas sucessivas, de hierarquizar os valores segundo outras premissas e (re)encontrar um sentido para a vida, vivida e por viver. Para tal, as equipas deverão identificar e responder proativamente às necessidades da família, disponibilizando apoio, valorizando o papel da mesma e favorecendo o cuidado adaptativo criativo.⁷⁻⁹

As equipas de cuidados paliativos devem, desenvolver programas de forma a assegurar que as necessidades de informação e de apoio das famílias são consideradas e baseadas na compreensão sensível da experiência da mesma e da pessoa doente.^{10,11} Este Relatório foca-se nos aspetos psicológicos do cuidar, designadamente, na análise de indicadores de estrutura sobre a caracterização do acompanhamento e apoio na fase de luto, através da análise dos vários indicadores considerados na recolha de dados, junto das equipas de cuidados paliativos inquiridas e os resultados são respeitantes às 78 que responderam.

Metodologia

Estudo descritivo, observacional e transversal, reportando-se a dados vigentes em 31 de dezembro de 2018.

Equipas/serviços de cuidados paliativos e profissionais de saúde

Face às equipas existentes a 31 de dezembro de 2018, recorreu-se a informação disponível no portal web da Administração Central do Sistema de Saúde dedicado à Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Foi solicitado aos Conselhos de Administração e Diretivos das Instituições de Saúde com serviços de cuidados paliativos o preenchimento de um formulário em Excel que continha as seguintes variáveis:

- **Programa de apoio no luto;**
- **Protocolos formais** de apoio no luto;
- **Ações/atividades** que são desenvolvidas no programa de apoio ao luto: carta de condolências, visita ao domicílio, consulta, chamada telefónica, consulta de *follow-up*, grupo de apoio ou outra;
- **Timing** das ações/atividades é realizada (carta de condolências, visita ao domicílio, consulta, chamada telefónica, consulta de *follow-up*, grupo de apoio ou outra);
- **Profissionais de saúde que intervêm** diretamente nas ações/ atividades do programa de apoio no luto;
- **Registos** efetuados sobre o programa de apoio no luto.

De um total de 111 equipas/serviços de cuidados paliativos (públicos e privados) com existência a 31 de dezembro de 2018, obtiveram-se dados de 80, o que fez uma taxa de resposta de 72.1%. Ao nível das UCP obtivemos 22 em 33 respostas possíveis (taxa de resposta de 66.7%), das EIHS CP obtiveram-se 35 em 49 possíveis respostas (taxa de resposta de 71.4%), nas ECSCP as respostas foram de 21 em 26 possíveis (taxa de resposta de 80.8%) e nas EIHS CPPED as respostas foram de 2 em 3 possíveis (taxa de resposta de 66.7%).

Se considerarmos apenas as equipas/serviços de cuidados paliativos públicos, de um total de 103 obtiveram-se dados de 78, o que fez uma taxa de resposta de 75.7%. Ao nível das UCP obtivemos 22 em 30 respostas possíveis (taxa de resposta de 73.3%), das EIHS CP obtiveram-se 34 em 46 possíveis respostas (taxa de resposta de 73.9%), nas ECSCP as respostas foram de 20 em 24 possíveis (taxa de resposta de 83.3%) e nas Equipas Intrahospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHS CPPED) as respostas foram de 2 em 3 possíveis (taxa de resposta de 66.7%).

Os dados que serão processados neste estudo incluem as seguintes equipas de cuidados paliativos (nem todas as referenciadas disponibilizaram todos os solicitados e participado em todas as análises):

- **ECSCP:** Unidade Local de Saúde (ULS) do Baixo Alentejo-Beja⁺; Santa Casa da Misericórdia de Mértola; ULS Nordeste; Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central; ACES Algarve II-Barlavento; ULS da Guarda; ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ACES Loures-Odivelas; ACES Sintra; Unidade de Apoio Domiciliário-Instituto

Português de Oncologia de Lisboa; InQUE; Centro Hospitalar (CH) Vila Nova de Gaia/Espinho; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia do Porto; Hospital CUF Porto; ACES Lezíria; ACES Arrábida; ACES Dão Lafões; ACES Douro Sul; Unidade de Saúde da Ilha Terceira-Centro de Saúde Praia da Vitória e Centro de Saúde Angra do Heroísmo; SESARAM (Madeira);

- **EIHSCP:** Centro Hospitalar (CH) do Baixo Vouga; CH Entre Douro e Vouga; Hospital de Braga; Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães; Centro Hospitalar do Médio Ave; Hospital Santa Maria Maior; ULS do Nordeste; ULS de Castelo Branco; CH e Universitário da Cova da Beira; CH e Universitário de Coimbra; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia de Coimbra; CH do Algarve-Faro e Portimão; ULS da Guarda; CH de Leiria; CH Lisboa Central; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca; Instituto Português Oncologia de Lisboa; Hospital Beatriz Ângelo; Hospital de Vila Franca de Xira; CH do Oeste; CH do Porto; Serviço de Cuidados Paliativos - Instituto Português de Oncologia do Porto; CH Vila Nova de Gaia/Espinho; CH do Tâmega e Sousa; Hospital da Luz-Arrábida; Hospital da CUF-Porto; CH do Médio Tejo; Hospital Distrital de Santarém; CH de Setúbal; Hospital Garcia de Orta; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro; CH Tondela-Viseu; Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada;
- **UCP:** CH Baixo Vouga; Santa Casa da Misericórdia de Serpa - Hospital de S. Paulo; ULS do Nordeste - Macedo Cavaleiros; CH e Universitário da Cova da Beira; Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede; Instituto Português de Oncologia de Coimbra; Instituto S. João de Deus - Hospital S. João de Deus; CH do Algarve – Portimão; ULS da Guarda – Seia; Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus-Casa de Saúde da Idanha; Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE); Clínica S. João de Ávila - Instituto São João de Deus; Instituto Português de Oncologia do Porto; Wecare; TMG - Residência Para Seniores, Lda.; Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros; Hospital Nossa Senhora da Arrábida; CH de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Pouca de Aguiar; CH Tondela/ Viseu – Tondela; Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada; SESARAM (Madeira); Hospital da CUF Porto.
- **EIHSCPED:** Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-Hospital Pediátrico de Coimbra; Instituto Português Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil.

Não enviaram os dados solicitados, após diversas tentativas geradas, as seguintes equipas:

- **ECSCP:** ACES Algarve I – Central; ACES Algarve III – Sotavento; Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano;
- **EIHSCP:** ULS do Baixo Alentejo; Hospital Distrital da Figueira da Foz; Hospital do Espírito Santo de Évora; CH Universitário de Lisboa Norte; Hospital CUF Descobertas; Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; ULS do Norte Alentejano-Hospital de Santa Luzia de Elvas e Hospital Dr. José Maria Grande; CH Póvoa do Varzim/ Vila Do Conde; CH Universitário de São João; ULS de Matosinhos; CH Barreiro Montijo; ULS do Litoral Alentejano; ULS do Alto Minho.
- **UCP:** Domus Fraternal - Fundação Particular de Solidariedade Social; AMETIC, Lda - Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescentes, Lda.; Clínica S. João de Deus; Hospital do Mar - Cuidados Especializados Lisboa; Naturidade Oeiras, S.A (Naturidade - Laveiras); Hospital da Luz-Lisboa; Hospital CUF Infante Santo; Centro Hospitalar Universitário de São João; ULS do Norte Alentejo; ULS do Litoral Alentejano; CH Barreiro Montijo.

- **EIHSCPED:** Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Objetivos

Para este estudo foram definidos os seguintes objetivos:

- 1) Identificar a existência na equipa de programa de apoio no luto;
- 2) Conhecer se ações/atividades do programa de apoio no luto estão protocoladas ou formalmente definidas;
- 3) Caracterizar o tipo de ações/atividades que são desenvolvidas: carta de condolências, visita ao domicílio, consulta, chamada telefónica, consulta de *follow up*, grupo de apoio ou outra;
- 4) Tipificar o *timing* em que cada uma das ações/atividades é realizada (carta de condolências, visita ao domicílio, consulta, chamada telefónica, consulta de *follow up*, grupo de apoio ou outra);
- 5) Identificar qual/quais os profissionais de saúde que intervêm diretamente nas ações/atividades do programa de apoio no luto;
- 6) Caracterizar o tipo de registos efetuados sobre as ações/atividades do programa de apoio no luto, quem elabora esses registos e em que plataforma o realiza.

Resultados e Discussão

Dos resultados apurados, a maioria das equipas 52 (66.7%) desenvolve um programa de acompanhamento no luto, sendo que 26 equipas (33.3%) não o fazem. Para além disso, também a maioria 42 (53.8%) refere ter um programa protocolado ou formalmente definido, 36 (46.2%) não o têm. (Tabela 1)

Tabela 1-Número de equipas com programa de luto protocolado (n=78)

| Itens | F | % |
|--|----|------|
| Existência de programa de apoio no luto | 52 | 66.7 |
| As ações do programa de apoio no luto estão protocoladas ou formalmente definidas? | 42 | 53.8 |

Ao nível destes indicadores, não se identifica nenhuma evolução estatisticamente significativa, apesar da diminuição da proporção de equipas que os cumpre.

As equipas foram diretamente inquiridas sobre um conjunto de atividades que se preconizam nesse protocolo, conforme as recomendações e *guidelines*: carta de condolências, visitas ao domicílio, consulta, chamada telefónica, consulta de *follow up* e/ou grupo de apoio, algumas acrescentaram outras, tais como reunião informal, a consulta de psicologia, a consulta de psiquiatria, e a visita/agendamento de condolências.

Das equipas com programa de apoio no luto e protocolo formal, nenhuma realiza todas as atividades preconizadas. Caso se retirasse a atividade com menor adesão (grupo de apoio) obter-se-ia somente 5.1%.

A distribuição e o número de atividades que cada equipa desenvolve é apresentada na tabela 2. A chamada telefónica é a mais frequentemente adotada (69.2%), seguida da consulta (47.4%) e da consulta de follow-up (38.5%). (Tabela 2)

Tabela 2-Tipo de ações/atividades realizadas (n=78)

| Ação/Atividade | F | % |
|------------------------------------|----|------|
| Chamada telefónica | 54 | 69.2 |
| Consulta | 37 | 47.4 |
| Consulta de <i>follow up</i> | 30 | 38.5 |
| Carta de condolências | 28 | 35.9 |
| Visita ao domicílio | 19 | 24.4 |
| Grupo de apoio | 3 | 3.8 |
| Outro: | | |
| Reunião informal | 1 | 1.3 |
| Consulta de psicologia | 1 | 1.3 |
| Consulta de psiquiatria | 1 | 1.3 |
| Visita/agendamento de condolências | 1 | 1.3 |

Em relação às atividades avaliadas, comparando com 2017, identificou-se uma diminuição estatisticamente significativa, da proporção de equipas que realiza a chamada telefónica ($p=0.045$)^a e consulta de follow-up ($p=0.024$)^b.

De salientar que, das equipas que referem não ter programa de apoio no luto e as sem protocolo formal, ainda assim praticam algumas atividades isoladas, como carta de condolências, visitas ao domicílio, a consulta, e destaque para a chamada telefónica.

Procedeu-se à análise da participação dos elementos da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos que intervêm diretamente nas ações/atividades do programa de apoio no luto. Apurou-se que são sobretudo os psicólogos e os enfermeiros, em colaboração também com os médicos, assistentes sociais, assistentes espirituais e, em casos excecionais, também poderá intervir o fisioterapeuta, o psiquiatra, ou o voluntário. (Tabela 3)

Tabela 3-Profissionais que intervêm diretamente nas ações/atividades do programa de apoio no luto (n=78)

| Área Profissional | F | % |
|------------------------|----|------|
| Psicologia | 55 | 70.5 |
| Enfermagem | 50 | 64.1 |
| Medicina | 35 | 44.9 |
| Assistente social | 24 | 30.8 |
| Assistência Espiritual | 14 | 17.9 |
| Outro: | | |
| Fisioterapeuta | 2 | 2.6 |
| Psiquiatra | 1 | 1.3 |
| Voluntário | 1 | 1.3 |

Quanto aos profissionais envolvidos, comparando com 2017, verifica-se um aumento da proporção de equipa com participação dos assistentes espirituais no apoio ao luto ($p=0.001$)^c.

^a 2017 (84.2%) vs 2018 (69.2%)

^b 2017 (57.9%) vs 2018 (38.5%)

^c 2017 (1.3%) vs 2018 (17.9%)

Em relação às restantes áreas profissionais, a situação, manteve-se, sem alterações estatisticamente significativas.

Quanto ao *Timing* em que as várias atividades de apoio ao luto são realizadas, a tabela seguinte mostra a sua distribuição, observando-se grande variabilidade e sendo muito difícil estabelecer um padrão comum. (Tabela 4)

Tabela 4-Timings das ações/ atividades realizadas no apoio ao Luto (n=78)

| Atividades | 1 semana | 2 semanas | 1 mês | trimestral | anual |
|------------------------------|------------|-----------|------------|------------|----------|
| Carta de condolências | 9 (11.5%) | 5 (6.4%) | 10 (12.8%) | 0 (0.0%) | 1 (1.3%) |
| Visita ao domicílio | 3 (3.8%) | 3 (3.8%) | 4 (5.1%) | 0 (0.0%) | 3 (3.8%) |
| Consulta | 0 (0.0%) | 3 (3.8%) | 10 (12.8%) | 7 (9.0%) | 0 (0.0%) |
| Chamada telefónica | 17 (21.8%) | 4 (5.1%) | 15 (19.2%) | 1 (1.3%) | 5 (6.4%) |
| Consulta de <i>follow up</i> | 0 (0.0%) | 0 (0.0%) | 6 (7.7%) | 4 (5.1%) | 0 (0.0%) |
| Grupo de apoio | 0 (0.0%) | 0 (0.0%) | 1 (1.3) | 0 (0.0%) | 0 (0.0%) |

Comparando com 2017, apenas se encontram alterações estatisticamente significativas, na proporção de equipas que realizam a consulta de follow-up com periodicidade anual ($p=0.034$)^d, com a ausência total desta atividade, nesta periodicidade em 2018.

Além do número referenciado na tabela anterior, acrescentamos outros pormenores relativos a cada ação/atividade.

Sobre a **carta de condolências**, 60.3% referem não ter um *timing* estipulado para o seu envio; 7.7% referem '*não sabe ou não se aplica*'.

Relativamente à **visita ao domicílio** 69.2% refere não possuir um *timing*; 7.7% mencionam '*não sabe ou não se aplica*'; 6.4% caracterizam-no como 'indefinido', variando conforme a necessidade da família e a disponibilidade da equipa multidisciplinar.

Realizam **consulta à família** enlutada num *timing* muito variável. Verifica-se a abordagem quinzenal, mensal e trimestral. 51.3% das equipas não tem um *timing* estipulado; 5.1% afirmam '*não sabe ou não se aplica*'; 16.7% caracterizam-no como 'indefinido'.

Acerca da **chamada telefónica** é realizada maioritariamente na primeira semana, seguindo-se a sua realização mensal; 32.1% não possuem um *timing*; 6.4% referem '*não sabe ou não se aplica*'; 6.4% descrevem-no como 'indefinido'.

Na **consulta de follow-up** verifica-se somente a sua realização mensal e trimestral; 6.2% não têm um *timing* determinado; 7.7% referem '*não sabe ou não se aplica*'; 16.7% abordam-no como 'indefinido'.

Sobre o **grupo de apoio** 1.3% realizam-no num *timing* pré-estabelecido (mensal); 91.0% não o tem estipulado; 7.7% mencionam '*não sabe ou não se aplica*'.

Destas atividades de apoio ao luto são efetuados **registos** em 50 (64.1%) equipas, das restantes 23 (29.5%) não efetuam registos, 4 (5.1%) '*não sabe ou não se aplica*', e 1 (1.3%) 'nem sempre' os realiza.

^d 2017 (7.9%) vs 2018 (0.0%)

Estes registos são efetuados por diferentes profissionais. (Tabela 5)

Tabela 5-Profissionais que efetuam registos das ações/atividade de apoio ao luto (n=78)

| Área Profissional | F | % |
|------------------------|----|------|
| Psicologia | 45 | 57.7 |
| Enfermagem | 34 | 43.6 |
| Medicina | 24 | 30.8 |
| Assistente social | 13 | 16.7 |
| Assistência Espiritual | 3 | 3.8 |
| Outro: | | |
| Elemento que contacta | 2 | 2.6 |
| Fisioterapeuta | 2 | 2.6 |
| Psiquiatra | 1 | 1.3 |

Em 20 equipas (25.6%) os registos são efetuados, em simultâneo, por 3 profissionais de saúde (médico, enfermeiro e psicólogo). Em 2 equipas (2.6%) os registos são realizados pelos cinco profissionais de saúde em causa. Comparando com 2017, existe uma diminuição estatisticamente significativa da proporção de equipas em que os registos são realizados pelos psicólogos ($p=0.022$)^e e nas em que o é pelos enfermeiros ($p=0.009$)^f.

O local de registo das ações/atividades realizadas pelos membros da equipa no que respeita ao apoio no luto é muito diversificado. (Tabela 6)

Tabela 6-Local de registo das ações/atividade de apoio ao luto (n=78)

| Local de registo | F | % |
|--|----|------|
| SClinico | 21 | 26.9 |
| Processo Clínico do Doente | 12 | 15.4 |
| Ata/Papel | 10 | 12.8 |
| Ficheiro eletrónico (Word/Excel/Access/Outro) | 6 | 7.7 |
| Plataforma hospital | 3 | 3.8 |
| Glint | 2 | 2.6 |
| MedicineOne | 2 | 2.6 |
| OUTROS (ATRIUM, GlobalCare, Medtrix EPR, ALERT, IMP, GRL.200, SAAS, TSR, WinGCS) | 10 | 12.8 |

Ao nível deste indicador não se encontraram alterações estatisticamente significativas.

Conclusões

Das 78 equipas de cuidados paliativos que responderam ao inquérito, 66.7% apresentam um programa de apoio no luto, com seguimento da família enlutada. Apenas 53.8% assumem ter um protocolo formal e estruturado com ações e atividades preconizadas no apoio ao luto.

Das várias ações/atividades propostas pela maioria de *guidelines* e protocolos de atuação no acompanhamento e apoio ao luto, questionou-se sobre: carta de condolências, visita ao domicílio, consulta, chamada telefónica, consulta de *follow-up* e/ou grupo de apoio, algumas acrescentaram outras, tais como reunião informal, consulta de psicologia, consulta de psiquiatria e/ou visita/agendamento de condolências.

^e 2017 (76.3%) vs 2018 (57.7%)

^f 2017 (65.8%) vs 2018 (43.6%)

Apesar de algumas equipas referirem não ter programa estruturado de apoio ao luto, desenvolvem atividades isoladas, tais como carta de condolências, visitas, consulta e/ou chamada telefónica. E das equipas que têm programa de apoio e protocolo formal nenhuma realiza todas as atividades em sequência. A chamada telefónica, a consulta de *follow-up* e a consulta são as atividades mais executadas pelas equipas.

Os profissionais que mais se envolvem nestas atividades são o psicólogo e o enfermeiro, embora os outros profissionais como médico, assistente social e assistente espiritual também colaborem, embora mais pontualmente.

Quanto aos *timings* das ações/atividades realizadas após a morte do doente, a variabilidade é enorme e difícil de tipificar um padrão comum. No entanto, a grande maioria estabelece um contacto com família até ao 1º mês após a morte.

Face ao timing das ações/atividades, é de salientar o elevado número de respostas '*não sabe ou não se aplica*'. Pode-se inferir que pode ter existido falha no preenchimento dos inquéritos relativos ao funcionamento da equipa neste processo de acompanhamento, pois não há coerência entre umas e outras respostas. Não é possível tipificar um padrão comum que nos leve a concluir como se processa o protocolo formal das 42 equipas que o referiram ter.

Dos profissionais que efetuam registos das ações/atividade de apoio ao luto, são os psicólogos e os enfermeiros quem mais procede ao registo clínico de seguimento no luto.

O local de registo é sobretudo no SClínico e no processo clínico do doente.

Conclui-se que a grande maioria das equipas de cuidados paliativos se preocupa com o acompanhamento da família em fase de luto, fazendo-o até ao primeiro mês após a morte da pessoa doente; as ações/atividades empreendidas são variáveis e de *timing* igualmente diversificado. Não é possível estipular um padrão de ação comum às diversas equipas, nem mesmo nas que referem ter um programa de ação formal e estruturado.

Comparativamente ao ano de 2017, a atividade desenvolvida no âmbito do luto em 2018 em alguns indicadores apresentou alterações estatisticamente significativas. Concretamente:

- Aumento da proporção de equipas em que o assistente espiritual integra a intervenção no luto;
- Diminuição da proporção de equipas que realiza chamadas telefónicas e consulta de *follow-up* como prática usual e a anual; nas quais os psicólogos e/ou enfermeiros são os responsáveis pelos registos das atividades de apoio ao luto.

Desta forma, poderá inferir-se que se mantem sobreposição dos valores percentuais dos vários indicadores, comparando 2018 com 2017.

Recomendações

Segundo os dados apresentados importa recomendar para cada equipa de cuidados paliativos:

- 1) Existência de programa formal de acompanhamento e apoio no luto à família;
- 2) Descrição em protocolo formal das etapas, ações/atividades e *timings* desse programa de acompanhamento e apoio no luto à família;
- 3) Nomeação de um coordenador formal pela implementação do programa de acompanhamento e apoio no luto à família;
- 4) Mobilização da equipa multidisciplinar no âmbito do programa de acompanhamento e apoio no luto à família;
- 5) Estabelecimento dos locais de registo das ações/atividades desse programa de acompanhamento e apoio no luto à família;
- 6) Implementação de critérios de avaliação, prevenção, referenciação e acompanhamento e apoio no luto à família.

Referências bibliográficas

1. Nogueira P, Afonso D, Alves MI, Vicêncio PO, Silva J da, Rosa MV, et al. Portugal Idade Maior em Números – 2014. Direção Geral de Saúde. 2014.
2. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. ONU 1948 p. 1–7. Available from: http://consultoriaregisprado.com/Legisla??o_comparada/Declara??o_Universal_dos_Direitos_Humanos_da_ONU_de_1948.pdf
3. Shaw K, Clifford C, Thomas K, Meehan H. Review: Improving end-of-life care: a critical review of the Gold Standards Framework in primary care. *Palliat Med* [Internet]. 2010;24(3):317–29. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216310362005>
4. Oliver M. The relevance of psychosocial indicators in community palliative care: A pilot study. *Aust J Adv Nurs*. 2010;27(3):20–30.
5. Meleis, a I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000;1(23):12–28.
6. Fernandes J. Apoio à Família em Cuidados Paliativos. In: Barbosa, António; Pina, Paulo Reis; Tavares, Filipa; Neto IG, editor. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016. p. 653–63.
7. Sapeta P. Cuidar em Fim de Vida: Processo de Interação Enfermeiro-doente. Loures: Lusociência; 2011. 1–272 p.
8. Schub T, Kornusky J. End-of-Life Care : Caring for the Dying Patient and Family of the Dying Patient. *Nurs Pract Ski*. 2018;1–6.

9. Gold M, Brand C, Miller B, Douglass J, Sundararajan V. Facilitating Change and Adaptation : The Experiences of Current and Bereaved Carers of Patients with Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Palliat Med.* 2014;17(4):421–7.
10. Morasso G, Costantini M, Leo S Di, Roma S, Miccinesi G, Franco D, et al. End-of-life care in Italy : personal experience of family caregivers . A content analysis of open questions from the Italian Survey of the Dying of Cancer (ISDOC). *Psychooncology.* 2008;17:1073–80.
11. Gaudio F, Zaider TI, Brier M, Kissane DW. Challenges in providing family-centered support to families in palliative care. *Palliat Med.* 2011;26(8):1025–32.

© Universidade Católica Editora

Título Relatório Outono 2019

Coordenadores Manuel Luís Capelas, Patrícia Coelho, Sandra Batista, Ana Paula Sapeta

Colaboradores Ana Nicole Murinello, Ana Paula Sapeta, Ana Rita Gomes, Ana Sofia Simões,
Carla Teves, Joana Alves, Joana Marinho Alves, Maja Furlan de Brito,
Raquel Queirós, Sofia Durão, Sofia Pimenta, Tânia Afonso

Capa e conceção gráfica Magda M. Coelho | acentográfico

Data março 2020

<https://doi.org/10.34632/9789725407158>



Esta obra está licenciada sob uma Licença Internacional
Creative Commons Attribution 4.0

Universidade Católica Editora

Palma de Cima 1649-023 Lisboa

Tel. (351) 217 214 020

uce@uceditora.ucp.pt | www.uceditora.ucp.pt

