

# RELATÓRIO

## EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE PORTUGAL

### ANÁLISE DE SWOT

RESULTADOS DO INQUÉRITO ONLINE  
ABRIL DE 2025

**Investigadoras Responsáveis:**

Paula Sapeta, Sandra Batista

Julho, 2025

## Índice

<b>Lista de Siglas</b> .....	4
<b>1. Introdução</b> .....	5
<b>2. Metodologia</b> .....	5
2.1 - Tipo de estudo .....	5
2.2 - População e amostra .....	6
2.3 - Técnica de recolha de dados .....	6
2.4 - Técnica de análise de dados .....	6
<b>3. Resultados</b> .....	7
<b>3.1 - EQUIPAS COMUNITÁRIAS DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	7
3.1.1 - <b>Ponto(s) forte(s)</b> identificados no funcionamento da equipa .....	7
3.1.2 - <b>Fragilidades</b> reconhecidas no funcionamento da equipa .....	8
3.1.3 - <b>Ameaças</b> que vivenciam na realidade onde se situa a equipa .....	9
3.1.4 - <b>Oportunidades</b> que identificam na realidade da Equipa .....	10
3.1.5 - <b>Medidas ou condições</b> que consideram urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da Equipa .....	12
<b>3.2 - EQUIPAS INTRA-HOSPITALARES DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	14
3.2.1 - <b>Ponto(s) forte(s)</b> identificados no funcionamento da equipa .....	14
3.2.2 - <b>Fragilidades</b> reconhecidas no funcionamento da equipa .....	15
3.2.3 - <b>Ameaças</b> que vivenciam na realidade onde se situa a equipa .....	16
3.2.4 - <b>Oportunidades</b> que identificam na realidade da Equipa .....	17
3.2.5 - <b>Medidas ou condições</b> que consideram urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da Equipa .....	19
<b>3.3 - SERVIÇOS DE INTERNAMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	20
3.3.1 - <b>Ponto(s) forte(s)</b> identificados no funcionamento da equipa .....	20
3.3.2 - <b>Fragilidades</b> reconhecidas no funcionamento da equipa .....	21
3.3.3 - <b>Ameaças</b> que vivenciam na realidade onde se situa a equipa .....	21
3.3.4 - <b>Oportunidades</b> que identificam na realidade da Equipa .....	22
3.3.5 - <b>Medidas ou condições</b> que consideram urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da Equipa .....	23
<b>3.4 - EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b> .....	23
3.4.1 - <b>Ponto(s) forte(s)</b> identificados no funcionamento da equipa .....	23
3.4.2 - <b>Fragilidades</b> reconhecidas no funcionamento da equipa .....	24
3.4.3 - <b>Ameaças</b> que vivenciam na realidade onde se situa a equipa .....	26
3.4.4 - <b>Oportunidades</b> que identificam na realidade da Equipa .....	27

3.4.5 - <b>Medidas ou condições</b> que consideram urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da Equipa .....	28
<b>3.5 - SERVIÇO INTEGRADO DE CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	29
3.5.1 - <b>Ponto(s) forte(s)</b> identificados no funcionamento da equipa .....	29
3.5.2 - <b>Fragilidades</b> reconhecidas no funcionamento da equipa .....	30
3.5.3 - <b>Ameaças</b> que vivenciam na realidade onde se situa a equipa .....	31
3.5.4 - <b>Oportunidades</b> que identificam na realidade da Equipa .....	32
3.5.5 - <b>Medidas ou condições</b> que consideram urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da Equipa .....	33
<b>4. ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS DE TODAS AS EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS</b> (todas as tipologias).....	35
4.1 - <b>PONTOS FORTES</b> .....	35
4.2 - <b>FRAGILIDADES</b> .....	36
4.3 - <b>AMEAÇAS</b> .....	38
4.4 - <b>OPORTUNIDADES</b> .....	39
4.5 - <b>MEDIDAS/CONDIÇÕES CONSIDERADAS URGENTES</b> pelas equipas de cuidados paliativos .....	41
<b>5 - CONCLUSÕES</b> .....	44
<b>6 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b> .....	46

## Lista de Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EC CI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECPP – Equipa de Cuidados Paliativos Pediátricos

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCPP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

MGF – Medicina Geral e Familiar

ONG – Organização Não Governamental

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SICP - Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidades de Cuidados Paliativos

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

# 1. Introdução

Assumindo a sua missão, a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) quer fazer chegar à Comissão Nacional de Cuidados Paliativos e ao Ministério da Saúde propostas concretas ajustadas às reais necessidades percecionadas pelos profissionais das equipas de Cuidados Paliativos (CP), a nível nacional.

Nesse sentido, a Direção da APCP propôs a realização de um inquérito a todas as equipas de cuidados Paliativos solicitando uma análise SWOT - *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) - com o objetivo de construir um retrato fiel da realidade que as Equipas de Cuidados Paliativos vivenciam, na sua organização, funcionamento e atividade assistencial, com particular ênfase para as prioridades de mudança, que identificaram.

Os dados fornecidos, no âmbito do preenchimento de um formulário online, foram usados de forma anonimizada e confidencial pela APCP, não identificando as relações institucionais e profissionais.

Neste Relatório apresentamos os pontos fortes, fragilidades, oportunidade, ameaças e também as medidas ou condições consideradas urgentes para cada tipologia de equipa paliativos – Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos (ECSCP); Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos (EIHSCP); Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP); Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos (UCP) e Equipa de Cuidados Paliativos Pediátricos (ECPD).

Por fim, apresentamos uma análise global SWOT de todas as equipas e tipologias, com a finalidade de sintetizar e enfatizar os pontos comuns identificados de forma transversal por todas.

De salientar que, por se tratar de um estudo qualitativo com análise temática de dados, todos os temas/assuntos mencionados por cada equipa foram registados, ainda que só tivessem sido mencionados por uma equipa, e depois agregados em categorias e subcategorias.

## 2. Metodologia

### 2.1 - Tipo de estudo

Com o objetivo de fazer um levantamento das necessidades identificadas pelos profissionais das equipas de CP de Portugal, procedeu-se a um estudo qualitativo de natureza exploratória, com recurso a análise temática de dados recolhidos através de formulário.

Foi solicitado a cada equipa que fizesse uma análise sobre a sua realidade local e de trabalho e que através dessa avaliação, procedesse a uma análise SWOT, com identificação dos pontos fortes; fragilidades; ameaças enfrentadas pela equipa, as oportunidades e as principais medidas/condições consideradas urgentes.

## 2.2 - População e amostra

De um total de 127 equipas/serviços de CP (públicos e privados) a quem foi enviado convite para participação neste estudo, obtiveram-se dados de 41, o que perfaz uma taxa de resposta de 32,3%. Entre elas, 10 (24,4%) ECSCP; 12 (29,3%) EIHS CP; 6 (14,6%) SICP; 1 (2,4%) UCP e 12 (29,3%) ECPP.

Não foi possível apresentar a sua dispersão geográfica, dado que a maioria não identificou a região a que pertenciam, garantindo assim o seu anonimato.

## 2.3 - Técnica de recolha de dados

A recolha de dados ocorreu entre 18.02.2025 e 25.03.2025, através de convite remetido por correio eletrónico pela APCP, a todas as tipologias de equipas de CP, públicas e privadas, constantes na base de contactos da APCP.

A recolha de dados decorreu através do preenchimento de um formulário online, no Google Forms, com questões direcionadas à caracterização da tipologia de equipa e com recurso às seguintes questões de resposta aberta:

1. Analisando a realidade da sua equipa, identifique pontos forte no funcionamento da mesma?
2. Analisando a realidade da sua equipa, identifique quais as fragilidades que reconhecem no funcionamento da mesma?
3. Analisando a realidade da sua equipa, aponte quais as ameaças que vivenciam na vossa realidade?
4. Analisando a realidade da sua equipa, quais as oportunidades que identificam na vossa realidade?
5. Indique medidas ou condições (pelo menos, três) que considera urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da vossa Equipa, para poder garantir melhor atividade assistencial e qualidade de cuidados.

## 2.4 - Técnica de análise de dados

Para a análise qualitativa dos dados adotou-se a técnica de análise temática. O processo envolveu numa primeira fase a extração, a leitura cuidadosa e a agregação dos dados recolhidos, por tipologia de equipa de cuidados paliativos (ECSCP; EIHS CP; SICP; UCP e ECPP).

Numa segunda fase, foi utilizada como ferramenta de apoio, o modelo de linguagem de inteligência artificial – ChatGPT®, desenvolvido pela OpenAi® (versão GPT-4.5) (OpenAI, 2025), com o objetivo de explorar padrões linguísticos e sugerir possíveis categorias temáticas com base nas transcrições dos dados do formulário. Para tal, foram introduzidas instruções específicas (*prompts*), usando exatamente as mesmas perguntas colocadas às equipas, no formulário de recolha de dados.

Todas as sugestões geradas por inteligência artificial foram revistas linha-a-linha confrontando-as com o texto resultante da totalidade das respostas obtidas das

equipas, e, assim, validadas e reorganizadas pelos dois investigadores, garantindo uma análise crítica e contextualizada dos dados.

Todas as informações fornecidas pelas equipas foram tratadas de forma anonimizada e confidencial, em alguns casos foi necessário eliminar localizações geográficas ou o nome de equipas, pois algumas estavam identificadas.

De salientar que, por se tratar de um estudo qualitativo com análise temática de dados, todos os temas/assuntos mencionados por cada equipa foram registados, ainda que só tivessem sido mencionados por uma equipa, e depois agregados em categorias e subcategorias. Daí podem resultar aparentes contradições, mas que na realidade apenas traduzem a diferente realidade das múltiplas equipas. Um assunto pode ser um ponto forte para uma equipa, para outra pode ser uma fragilidade. Todas estas diferenças ficaram registadas.

## 3. Resultados

### 3.1 - EQUIPAS COMUNITÁRIAS DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Num total de 10 equipas.

#### 3.1.1 - Ponto(s) forte(s) identificados no funcionamento da equipa

##### 1. Coesão e Trabalho em Equipa

- Forte espírito de união e colaboração multidisciplinar.
- Comunicação eficaz entre os diversos profissionais.
- Integração de novos elementos sem prejuízo da dinâmica da equipa.
- Capacidade de auto e hétero avaliação com foco em melhoria contínua.

---

##### 2. Integração com os Cuidados de Saúde Primários (CSP)

- Presença ativa nos CSP, permitindo um acompanhamento contínuo e próximo dos utentes.
- Articulação eficaz com diferentes níveis de cuidados, favorecendo a continuidade assistencial.

---

##### 3. Experiência e Qualificação Profissional

- Existência, em alguns casos, de equipas com quase duas décadas de experiência.
- Profissionais com formação avançada e pós-graduada em CP.
- Maturidade e resiliência da equipa na gestão de casos complexos.

---

##### 4. Compromisso com a Qualidade e Inovação

- Monitorização interna de indicadores e existência de normas de procedimento.
- Planos de formação interna e prevenção de *burnout*.
- Produção científica com participação em eventos de referência.

---

##### 5. Envolvimento com a Comunidade

- Relação próxima com os utentes e familiares.
- Reconhecimento e visibilidade positiva nos *media* e redes sociais.

- Respostas centradas na vontade do doente, como a priorização da morte no domicílio.

---

## 6. Multidisciplinidade e Humanização

- Abordagem integrada com presença de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas.
- Acompanhamento completo: médico, de enfermagem e social.
- Sensibilidade às necessidades emocionais, espirituais e sociais dos utentes.

As equipas evidenciam forte coesão, comunicação eficaz e integração multidisciplinar. Destaca-se a experiência consolidada, a ligação próxima aos cuidados de saúde primários e o compromisso com a qualidade, inovação e humanização dos cuidados. O envolvimento com a comunidade e a atenção às necessidades globais dos utentes são também destacados.

### 3.1.2 - Fragilidades reconhecidas no funcionamento da equipa

#### 1. Insuficiência de Recursos Humanos

- Subdimensionamento em todas as áreas profissionais (medicina, enfermagem, psicologia, serviço social).
- Faltam horas contratadas para cumprir requisitos mínimos (ex.: 90h médicas, 35h Psicologia, 59h Serviço Social).
- Perda de médicos e falta de reposição comprometem admissões em tempo útil.
- Ausência de coordenador há mais de 6 meses.
- Integração difícil de novos elementos devido à sobrecarga.
- Equipa instável, sobrecarregada e em risco de *burnout*.

---

#### 2. Falta de Formação e Apoio Institucional

- Necessidade de formação específica em Cuidados Paliativos para alguns elementos.
- Formação dispendiosa e difícil conciliação com horário de trabalho.
- Ausência de plano institucional de formação contínua estruturada.
- Carência de apoio psicológico também para a equipa.
- Inexistência de plano formal de prevenção de *burnout*.

---

#### 3. Limitações de Infraestrutura e Recursos Materiais

- Espaço físico muito reduzido e inadequado (gabinete único que serve múltiplas funções).
- Climatização inexistente, instalações desconfortáveis.
- Consultórios não adaptados para doentes acamados ou com mobilidade reduzida.
- Rutura de stocks e falta de viatura compatível com as necessidades da equipa.

---

#### 4. Barreiras Assistenciais e Organizacionais

- Sem atendimento 24h/dia e fins-de-semana, dificultando resposta a situações urgentes.
- Área geográfica de atuação extensa (3500 km<sup>2</sup>) com logística desafiante.
- Ausência de Unidade de Internamento de CP.
- Acesso difícil dos doentes às instalações da consulta externa.

---

#### 5. Dificuldades Sistémicas e Burocráticas

- Impossibilidade de contratualização impede acesso a incentivos.
- Burocracia excessiva devido à ausência de sistema informático adequado (SCLínico® sem parametrização específica).
- Falta de integração entre registos clínicos dos vários profissionais.
- Ausência de plano antecipado de cuidados, acessível no sistema eletrónico.
- Mudanças constantes na liderança institucional, dificultando estabilidade e estratégia de longo prazo.

Estas fragilidades revelam uma equipa comprometida, mas limitada por condições externas, com risco de exaustão e subaproveitamento do seu potencial técnico e humano.

### 3.1.3 - Ameaças que vivenciam na realidade onde se situa a equipa

#### 1. Ameaças Estruturais e Organizacionais

- Reorganização com as Unidade Local de Saúde (ULS) que desvaloriza a integração com os Cuidados de Saúde Primários.
- Mudança de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) para ULS com alteração constante de diretrizes e chefias.
- Centralização hospitalar dos CP, comprometendo o modelo comunitário.
- Inexistência de políticas públicas e planeamento estratégico direcionado à área.
- Pressão política e institucional por resultados quantitativos, ignorando a natureza qualitativa dos CP.
- Financiamento insuficiente e ausência de incentivos remuneratórios.
- Inexistência de indicadores específicos para atividade da ECSCP.
- Falta de reconhecimento institucional do trabalho realizado pelas equipas no domicílio.

---

#### 2. Recursos Humanos

- Incapacidade de captar e reter profissionais qualificados, sobretudo médicos.
- Condições pouco atrativas de carreira e ausência de progressão para médicos e outros profissionais.
- Falta de profissionais com dedicação exclusiva (ex.: psicólogos, assistentes sociais).
- Excesso de acumulação de funções por parte dos técnicos e falta de exclusividade para a ECSCP.
- *Burnout* acentuado e risco de colapso da equipa por saída de elementos.
- Dificuldade de acesso à formação avançada por indeferimento hierárquico.
- Equipa desfalcada: ausência de assistente técnico, poucas horas de psicologia, falta de fisioterapeuta e nutricionista.
- Inexistência de políticas de prevenção de *burnout*.
- Desigualdade de oportunidades e incentivos entre diferentes especialidades (ex: Medicina Geral e Familiar (MGF) vs Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC)).

---

#### 3. Operacionalidade e Capacidade de Resposta

- Aumento do número de doentes com necessidades paliativas, sem correspondente aumento de recursos.
- Sobrecarga de trabalho com dificuldade de resposta em tempo útil.
- Dimensão e dispersão geográfica da área de abrangência dificultam visitas e intervenções.
- Espaço físico da equipa exíguo face às atuais necessidades.

- Dificuldades logísticas e de segurança nas deslocações ao domicílio.
- Sistemas de registos clínicos desajustados à prática dos CP.
- Limitações materiais (exames, fármacos, equipamentos).
- Carência de resposta adequada e especializada para internamento ou seguimento comunitário.

---

#### 4. Integração e Articulação de Cuidados

- Fraca articulação entre ECSCP e EdF (equipa de família), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e UCPs.
- Fraca compreensão institucional das especificidades da ECSCP.
- Desigualdade no acesso aos cuidados, consoante a área de residência.
- Sobreposição de áreas de intervenção, com má gestão de recursos humanos.
- Ausência de vagas e concursos específicos em EMC.
- Inexistência de apoio médico nas ECCI e formação especializada nas equipas.

---

#### 5. População e Cuidadores

- Envelhecimento populacional com aumento da complexidade clínica.
- Crescente número de utentes sem EdF.
- Frágil rede de apoio aos cuidadores informais (excesso de burocracia, falta de apoios).
- Baixa literacia em saúde dos cuidadores/familiares.
- Cuidadores ativos profissionalmente sem suporte adequado para cuidar.
- Falta de resposta social para as necessidades básicas dos utentes.

---

#### 6. Contexto Sociopolítico

- Instabilidade política com impacto direto nas políticas de saúde.
- Crise habitacional na Grande Lisboa dificultando a atração de profissionais.
- Ausência de visão estratégica de longo prazo para os CP.
- Tutela e decisores afastados da realidade prática das equipas.

Esse mapeamento evidencia uma situação crítica que exige **intervenção urgente e estruturada** por parte das entidades gestoras, decisores políticos e líderes institucionais. A continuidade e a qualidade dos CP prestados na comunidade estão em risco real, sendo necessário um plano de ação multidimensional que aborde desde a valorização profissional até à reorganização sensível e dialogada do sistema de saúde.

### 3.1.4 - **Oportunidades** que identificam na realidade da Equipa

#### 1. Fortalecimento Institucional e Organizacional

- Proximidade ao Conselho de Administração e abertura ao diálogo.
- Mudança recente no Conselho de Administração da ULS, que pode representar renovação e abertura à escuta.
- Formalização das equipas como unidades funcionais nos CSP, permitindo melhor contratualização, reconhecimento formal e autonomia.
- Resolução nº 48/2025 da Assembleia da República: respaldo político para o reforço dos CP.
- Criação do SICP'

- Possibilidade de alargamento da área de intervenção, com reforço assistencial e visibilidade.
- A integração nos CSP favorece o cuidado longitudinal e centrado na pessoa.

---

## **2. Valorização Profissional e Desenvolvimento de Carreiras**

- Reconhecimento progressivo da área dos CP, pela sociedade e pelas instituições.
- Interesse crescente de jovens médicos pela área, o que pode alimentar a renovação da equipa.
- Possibilidade de formação e integração de novos elementos, mesmo com poucos recursos, com base numa visão clara dos CP.
- Presença da equipa em grupos de trabalho institucionais: humanização, qualidade, referenciação, formação.
- A ECSCP é reconhecida como centro de estágios pré e pós-graduado para médicos e enfermeiros.
- Existência de profissionais com formação intermédia e avançada, com motivação para melhoria contínua.

---

## **3. Investigação, Ensino e Inovação**

- Reconhecida referência formativa na área de CP e envolvimento em formação de pares.
- Projetos de investigação e colaboração com universidades (FMUP, ESEP, ESSNorteCVP).
- Parcerias com o Serviço de Farmácia para inovação na gestão de fármacos e dispositivos.
- O número de doentes e a interdisciplinaridade da equipa abrem oportunidades para investigação clínica relevante.
- Disponibilidade crescente de tecnologias emergentes, como telemedicina, facilitando o acesso e o acompanhamento.

---

## **4. Articulação e Integração em Rede**

- Boas relações entre equipas comunitárias e hospitalares de CP, favorecendo a continuidade de cuidados.
- Articulação com unidades funcionais dos CSP e EIHS CP.
- Oportunidade de captação de profissionais de outras áreas, integrando-os na resposta em CP.
- Fortalecimento de parcerias com autarquias, Organizações Não Governamentais (ONGs), universidades sénior e outras instituições comunitárias, criando redes de suporte.
- Integração em iniciativas comunitárias, como projetos de musicoterapia.

---

## **5. Sensibilização Social e Literacia em Saúde**

- Vontade da sociedade e parceiros em colaborar com as equipas de CP.
- Campanhas de sensibilização e educação pública podem ajudar a esclarecer e desmistificar os CP.
- Pontes para aumentar a literacia em saúde na comunidade por meio de parcerias institucionais.
- Potencial para influenciar políticas públicas, a partir da experiência local e dos bons resultados obtidos.

---

## 6. Acesso e Melhoria da Resposta Clínica

- Acesso facilitado a mais fármacos e dispositivos via ULS.
- Integração de CP em estratégias de redução da procura nos Serviços de Urgência, fortalecendo o papel da comunidade.
- Possibilidade de criação de respostas alternativas ao internamento, como hospitais de dia.
- Uso da telemedicina, particularmente útil em áreas remotas ou com oferta limitada ao nível da mobilidade
- Consultorias integradas com unidades funcionais, promovendo apoio técnico e continuidade de cuidados.

Essas oportunidades mostram que, mesmo com tantas ameaças, há espaço para **crescimento sustentado, inovação, reconhecimento e melhoria das condições de trabalho**. Elas devem ser estrategicamente exploradas em articulação com as forças internas da equipa e transformadas em propostas concretas de ação junto à tutela e parceiros.

### 3.1.5 - Medidas ou condições que consideram urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da Equipa

---

#### 1. Recursos Humanos

##### Reforço quantitativo e qualitativo da equipa:

- Afetação de mais profissionais (equivalente a tempo completo) de enfermagem e de médico com formação avançada.
- Captação de profissionais da área psicossocial e assistente social, preferencialmente, com 25h semanais e formação em CP.
- Alargamento da equipa ajustado à densidade populacional e geografia da área de intervenção.

##### Redução de barreiras à entrada nas equipas:

- Equiparação salarial entre profissionais da ECSCP e os dos Cuidados de Saúde Primários [ex: Unidade de Saúde Familiar (USF) modelo B].
- Definição de carreira específica e progressão para médicos e outros profissionais exclusivos de CP.
- Incentivos específicos para a dedicação à área de CP: flexibilidade de horários, folgas adicionais, etc.

---

#### 2. Formação e Desenvolvimento Profissional

- Apoio financeiro para formação contínua e avançada dos profissionais.
- Autorização institucional para realização de estágios, formações e supervisões.
- Reforço da formação pré-graduada em CP nas faculdades.
- Formação específica para os Conselhos de Administração sobre a realidade e os princípios dos CP.
- Promoção de incentivos formativos para todas as áreas da equipa multidisciplinar.

---

#### 3. Infraestruturas e Logística

- Reestruturação e ampliação do espaço físico da ECSCP (com acessibilidade e adequação às necessidades da equipa).

- Disponibilização de pelo menos mais 1 viatura (idealmente com motorista) no período 9h-14h, garantindo mobilidade.
- Criação de camas de internamento específicas para doentes referenciados pela equipa, quando necessário.

---

#### 4. Organização e Autonomia

- Constituição das equipas como Unidades Funcionais nos CSP, com maior autonomia organizativa e contratualização própria.
- Flexibilidade para adaptar estratégias às realidades locais.
- Contratualização formal de objetivos, indicadores e financiamento específico para CP.
- Criação de incentivos institucionais e financeiros justos para a dedicação à área.

---

#### 5. Sistema de Informação e Qualidade

- Implementação urgente de um sistema padronizado de registos e monitorização, incluindo: *Número de referências; Tempos de espera; Locais de morte; Indicadores de controlo de sintomas*
- Adoção de ferramentas para avaliação da qualidade e impacto assistencial, promovendo transparência e melhoria contínua.

---

#### 6. Tomada de Decisão com Base Técnica

- Garantir que as decisões políticas e institucionais sobre CP sejam tomadas com base em evidência técnico-científica, prevenindo a chamada *Pallilália* (decisões retóricas, sem base real).
- Envolver profissionais da área em todas as fases da definição e implementação das políticas públicas em CP.

Estas medidas são fundamentais para garantir não só a **sustentabilidade da atividade assistencial**, mas também a sua **qualidade, equidade e eficiência**, tornando a equipa um verdadeiro pilar dos cuidados de fim de vida na comunidade.

## 3.2 - EQUIPAS INTRA-HOSPITALARES DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Num total de 12 equipas.

### 3.2.1 - Ponto(s) forte(s) identificados no funcionamento da equipa

---

#### 1. Composição e Estrutura da Equipa

- Equipa multidisciplinar e multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social, assistente espiritual, capelão, educadora, professora, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, terapeuta da fala, assistente técnico).
  - Formação especializada e avançada em CP (incluindo cuidados paliativos pediátricos).
  - Equipa experiente, com mais de uma década de existência em alguns casos.
  - Integração na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), facilitando com outros serviços e níveis de cuidados.
  - Facilidade de continuidade de cuidados entre contexto hospitalar e comunitário, por estar integrada numa ULS.
  - Boa articulação com a Rede ELOS e outras estruturas comunitárias e hospitalares (CSP, Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados - RNCCI, Estrutura Residencial para Idosos - ERPIs).
  - Existência de regulamentação interna e atuação segundo diretrizes legais (Portaria n.º 66/2018).
- 

#### 2. Funcionamento e Organização

- Boa organização e dinâmicas de trabalho.
  - Circuitos e procedimentos de trabalho bem definidos e oficializados.
  - Disponibilidade e acessibilidade (contactos próprios e horários definidos).
  - Reuniões de equipa programadas e regulares.
  - Resposta rápida a situações prioritárias, sem espera.
  - Acessibilidade e articulação direta com diferentes níveis de cuidados.
  - Continuidade de cuidados garantida por integração comunitária e hospitalar.
  - Instalações adequadas e viatura própria para deslocações.
- 

#### 3. Cultura e Dinâmica de Equipa

- Espírito de equipa, coesão, motivação e dinamismo.
  - Perseverança, resiliência e boa gestão do stress.
  - Proatividade e compromisso com os cuidados prestados.
  - Sentido de missão e humanização dos cuidados.
  - Comunicação eficaz e capacidade de conciliação entre intervenientes.
- 

#### 4. Atividades e Intervenção Clínica

- Apoio abrangente ao doente e família (consultas externas médicas e de enfermagem, acompanhamento de doentes internados, hospital de dia, consultas de psicologia, luto e cuidador, contacto telefónico).
  - Interdisciplinaridade nas intervenções.
  - Foco na promoção da qualidade de vida da criança e da família, com abordagem holística.
-

### 5. Formação e Desenvolvimento Profissional

- Formação contínua dos elementos da equipa.
  - Formação contínua disponibilizada a outros profissionais de saúde.
  - Estágios no serviço e participação ativa na formação de internos.
  - Apresentação da EIHSCP a todos os médicos internos que ingressam na ULS.
- 

### 6. Avaliação e Melhoria Contínua

- Existência de processos de avaliação e reuniões mensais de melhoria.
  - Experiência reconhecida, com certificação de algumas unidades
- 

### 7. Reconhecimento e Credibilidade

- Aumento do reconhecimento e credibilidade da EIHSCP dentro e fora da ULS.
- Literacia crescente dos cuidadores, com impacto positivo na qualidade da prestação de cuidados.

## 3.2.2 - Fragilidades reconhecidas no funcionamento da equipa

---

### 1. Recursos Humanos

- Escassez generalizada de profissionais, especialmente em áreas críticas como médicos, enfermagem, psicologia e serviço social.
  - Ausência de dedicação exclusiva e profissionais a tempo completo.
  - Falta de substituições em caso de ausências (ex: apenas 1 médico com 40h semanais).
  - Instabilidade na equipa, com rotação frequente e dificuldade na fixação de profissionais (especialmente enfermeiros).
  - Alguns profissionais sem formação especializada (intermédia ou avançada) em CP.
  - Sobrecarga de trabalho, levando a exaustão e casos de *burnout*.
  - Baixo investimento na prevenção do *burnout*.
  - Falta de tempo para atividades não assistenciais, como formação, gestão, investigação e produção científica.
- 

### 2. Infraestruturas e Condições de Trabalho

- Espaço físico inadequado e subdimensionado para as necessidades da equipa.
  - Ausência de locais apropriados para atividades como sessões em hospital de dia.
  - Inexistência de sinalética e identificação da equipa nos espaços da instituição.
  - Sistema informático desatualizado, sem integração da EIHSCP nos registos clínicos ou acompanhamento adequado dos utentes.
- 

### 3. Organização e Funcionamento

- Cobertura geográfica ampla com poucos recursos disponíveis, dificultando a resposta atempada e eficiente.
- Inexistência de valência comunitária e de ECSCP.
- Horários de funcionamento restritos (dias úteis, das 9h às 17h), o que limita a acessibilidade.

- Demora na oficialização da coordenação e na definição formal de funções e responsabilidades.
- Referenciação tardia, o que compromete a eficácia da intervenção paliativa.
- Dificuldade no consenso com equipas assistentes externas e dependência excessiva do médico assistente para ações clínicas (relatórios, exames, planos).
- Falta de autonomia efetiva da equipa, que compromete a eficácia da atuação interdisciplinar.

---

#### **4. Reconhecimento, Visibilidade e Impacto**

- Baixa visibilidade institucional, dificultando a integração e a referenciação precoce.
- Dificuldade na demonstração da atividade, especialmente em áreas como assistência espiritual.

---

#### **5. Planeamento e Avaliação**

- Falta de tempo e apoio para planeamento estratégico, implementação de projetos, investigação ou iniciativas de melhoria contínua.
- Déficit de monitorização estruturada da atividade e resultados da equipa.

---

### **3.2.3 - Ameaças que vivenciam na realidade onde se situa a equipa**

---

#### **1. Ameaças Institucionais e Políticas**

- Falta de investimento estrutural e de evolução no trabalho prestado, resultando em desmotivação da equipa.
- Ausência de incentivos e valorização profissional, gerando risco real de extinção da equipa.
- Desigualdade na progressão na carreira, especialmente para médicos afetos a equipas de CP.
- Falta de medidas e incentivos nacionais para o desenvolvimento dos CP no Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- Mudanças frequentes na hierarquia das ULS.
- Incerteza sobre o futuro dos CP nas ULS, com falta de planos claros e estruturados, por parte da comissão nacional.
- Confusão sistemática com a RNCCI, dificultando a correta compreensão e posicionamento dos CP.
- Desconhecimento e desvalorização por parte do poder político, que não reconhece os CP como prioridade.

---

#### **2. Ameaças Relacionadas aos Recursos Humanos**

- Escassez de profissionais qualificados e falta de interesse/formação em CP.
- Redução das horas médicas disponíveis e substituição por profissionais sem formação especializada.
- Falta de financiamento para formação avançada e estágios noutras instituições.
- Alocação de coordenadores sem formação em CP.
- Rotatividade e instabilidade profissional dentro da equipa.

- Carga assistencial elevada sem tempo para tarefas não clínicas, como gestão, investigação ou formação.
- Carência de recursos humanos também em outros serviços parceiros, limitando a articulação.
- Carência de elos de ligação com formação em CP.

---

### 3. Ameaças Operacionais

- Consultas externas com tempo de espera excessivo (mais de 3 meses) e risco de redução para apenas pedidos internos.
- Referenciação de doentes insuficiente e tardia, dificultando intervenções precoces e eficazes.
- Gestão de camas em serviços sem profissionais qualificados, comprometendo a qualidade dos cuidados.
- Pouca acessibilidade aos CP, com redução da capacidade de resposta.
- Uma equipa tem de dar resposta a diferentes hospitais da mesma ULS.
- Cobertura limitada de respostas sociais, com escassez de estruturas e recursos humanos (como ECSCP e UCP).

---

### 4. Ameaças Sociais e Demográficas

- Aumento da população com necessidades paliativas complexas, muitas vezes sem cuidador ou com problemas sociais graves.
- Empobrecimento da população, agravando as dificuldades de acesso e continuidade dos cuidados.
- Falta de suporte estruturado aos cuidadores, que são peças-chave na sustentabilidade da prestação de cuidados.

---

### 5. Ameaças à Cultura Institucional e à Formação

- Falta de formação básica dos profissionais de saúde na ULS sobre a filosofia dos CP.
- Dificuldade de integração da filosofia paliativa na prática clínica diária por outras especialidades.
- Falta de tempo e recursos para produção científica e partilha de boas práticas.
- Ausência de obrigatoriedade legal e no Plano Estratégico de Cuidados Paliativos para integrar Assistente Espiritual nas equipas, fragilizando a abordagem holística.

---

A realidade descrita demonstra uma **crise multidimensional nos CP**, com causas que vão desde a **desvalorização política** até à **fragilidade da formação profissional** e à **desorganização dos serviços**. A estes somam-se, a existência de **ameaças sistémicas**, como o desconhecimento do poder político e a inexistência de incentivos estruturais que comprometem a sustentabilidade e a eficácia dos CP em Portugal.

---

## 3.2.4 - Oportunidades que identificam na realidade da Equipa

---

### 1. Expansão da Intervenção e Integração na Comunidade

- Alargamento da intervenção para o meio comunitário, com reforço de visitas domiciliárias e consultas descentralizadas.
- Criação e desenvolvimento da UCP de agudos, já com projeto elaborado.
- Expansão da resposta assistencial com a criação do SICP na ULS.

- Reforço da colaboração com as equipas comunitárias, melhorando a continuidade dos cuidados.
- Melhoria na articulação com equipas do ambulatório, promovendo cuidados mais integrados e coordenados.
- Circulação segura e eficaz do doente entre diferentes serviços, por meio de articulação eficaz entre equipas.

---

## 2. Formação, Capacitação e Desenvolvimento Profissional

- Parcerias educacionais, como Escolas Superiores de Saúde, para realização de workshops e formação, ampliando a capacitação de novos profissionais.
- Extensão da formação em CP pediátricos a outros profissionais da rede.
- Participação ativa em congressos nacionais e internacionais, fortalecendo a formação contínua, visibilidade e *networking*.
- Possibilidade de garantir estágios de formação, dada a diversidade de casos clínicos acompanhados.
- Crescimento do interesse por parte de médicos internos, o que pode contribuir para a sustentabilidade da equipa a médio prazo.

---

## 3. Inovação, Protocolos e Tecnologia

- Desenvolvimento de projetos inovadores na área dos CP, incluindo protocolos clínicos baseados em evidência.
- Exploração de tecnologias de informação e comunicação para melhorar o seguimento, a articulação e o contacto com famílias, fora do horário.
- Desenvolvimento e atualização de protocolos de atuação, alinhados com as melhores práticas nacionais e internacionais.

---

## 4. Reconhecimento Institucional e Apoio Estrutural

- Boas condições de trabalho, com chefias e conselho de administração recetivos à área dos CP.
- Reconhecimento institucional e comunitário do valor do trabalho da EIHS CP, como peritos.
- Elevado número de referências, indicando reconhecimento e procura dos serviços prestados.
- Modo de funcionamento da ULS, que pode favorecer a integração e articulação entre níveis de cuidados.

---

## 6. Divulgação, Sensibilização e Parcerias

- Sensibilização da comunidade e da instituição, por meio de eventos como seminários, cursos e apresentações.
- Oportunidade de alargar parcerias com instituições e organizações, fortalecendo recursos e impacto.
- Divulgação do trabalho da equipa como referência/perita em CP, aumentando credibilidade e atraindo novas colaborações.

---

As equipas demonstram ter **bases sólidas e apoio institucional**, além de **valores bem alinhados com a filosofia dos CP**, o que gera um ambiente fértil para a **inovação, expansão e qualificação contínua**. A existência de **colaborações, formação, abertura a novas**

**tecnologias e reconhecimento social** reforça o potencial de crescimento e consolidação das equipas como referência a nível regional e nacional.

### 3.2.5 - Medidas ou condições que consideram urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da Equipa

---

#### 1. Recursos Humanos – Reforço e Qualificação

- Contratação urgente de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.
  - Alocação de profissionais em tempo integral com horário adequado.
  - Nomeação/formalização da equipa, incluindo a coordenação.
  - Garantir pelo menos um médico com competência em CP.
  - Alocação de recursos de acordo com o disposto na legislação.
  - Reforço de horas para que os profissionais possam desenvolver também atividades como investigação, registo e protocolos.
- 

#### 2. Organização e Estrutura de Serviço

- Criação formal do Serviço Integrado de CP com valência comunitária.
  - Implementação efetiva dos SICP's nas ULS.
  - Abertura da UCP de agudos.
  - Início de Hospital de Dia e disponibilização de local e materiais adequados.
  - Alargamento do horário de funcionamento com remuneração adequada.
  - Descentralização da referenciação para além do médico assistente, permitindo à equipa multidisciplinar maior autonomia na referenciação.
- 

#### 3. Condições Físicas e Logísticas

- Melhoria das instalações e espaço físico da equipa.
  - Adequar a localização e sinalização da sala de trabalho.
  - Disponibilização de viatura para deslocações entre unidades.
- 

#### 4. Formação e Desenvolvimento Profissional

- Financiamento e acesso a formação prática e contínua.
  - Formação orientada para atuação em CP (inclusive prática).
  - Estabelecimento de protocolos baseados em evidência científica.
- 

#### 5. Comunicação, Divulgação e Articulação

- Divulgação contínua da existência e atuação da equipa na comunidade.
  - Criação/fortalecimento de elos de ligação entre serviços e profissionais.
  - Ajustes no sistema informático para facilitar a comunicação entre equipas.
- 

#### 6. Apoio ao Cuidador e à Equipa

- Disponibilização de estratégias de descanso para cuidadores.
- Promoção do autocuidado e coesão da equipa.

As equipas identificam como prioridades imediatas o **reforço dos recursos humanos**, com uma **alocação adequada de horários**, e a **formalização organizacional** dos **SICP's**, promovendo maior coesão e eficácia. É evidente a necessidade de **melhoria das instalações** e da **logística de mobilidade**, bem como o reconhecimento da importância do

**investimento em formação contínua e desenvolvimento profissional.** Destacam-se ainda, a urgência de **estratégias de apoio ao cuidador informal** e a promoção da **visibilidade comunitária**, essenciais para o fortalecimento da rede de cuidados e para um impacto social positivo dos serviços prestados.

### 3.3 - SERVIÇOS DE INTERNAMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Total de 1 equipa

#### 3.3.1 - Ponto(s) forte(s) identificados no funcionamento da equipa

##### 1. Adesão da Equipa Multidisciplinar e Conformidade das Práticas

- Desenvolvimento e qualificação das equipas.
- A adesão da equipa multidisciplinar garante uma abordagem integrada, respeitando os princípios da interdisciplinaridade e promovendo a continuidade e qualidade dos cuidados.

---

##### 2. Equipa Jovem com Espírito Empreendedor

- Equipa jovem e empreendedora revela capacidade de adaptação, abertura à mudança e potencial para implementação de boas práticas e projetos inovadores no âmbito dos CP.

---

##### 3. Cuidados Personalizados e Individualizados

- Cuidados centrados na pessoa, respeitando a sua dignidade, valores, preferências e necessidades.

---

##### 4. Manifestação da Necessidade de Formação pela Equipa de Enfermagem

- Identificação ativa de necessidades formativas demonstra compromisso com a melhoria contínua, alinhando-se a necessidade de capacitação contínua dos profissionais como elemento essencial à qualidade dos cuidados prestados.

---

##### 5. Integração na Rede do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

- A inserção na rede formal de CP garante articulação com os diferentes níveis de cuidados e reforça a resposta organizada e integrada. Tal inserção promove a acessibilidade e continuidade assistencial.

---

Destaca-se a **adesão da equipa multidisciplinar**, promotora de **cuidados integrados**, com **capacidade de adaptação** e abertura à inovação. A prática de **cuidados personalizados**, o reconhecimento da **necessidade de formação contínua** e a **integração na rede formal** de CP reforçam o compromisso com a **qualidade assistencial**, a **continuidade de cuidados** e a valorização da pessoa.

### 3.3.2 - **Fragilidades** reconhecidas no funcionamento da equipa

#### 1. Estrutura física desadequada às necessidades dos doentes paliativos

- O espaço físico atual não oferece as condições ideais de conforto, privacidade e dignidade exigidas pelos CP.
- Limita a qualidade da prestação de cuidados, afeta a humanização do ambiente terapêutico e dificulta a resposta adequada às necessidades dos doentes e famílias.

---

#### 2. Tempo de internamento prolongado devido a défices na resposta social

- A falta de respostas sociais (ex: lares, apoio domiciliário) condiciona a alta clínica e prolonga desnecessariamente os internamentos.
- Ocupação de camas que poderiam ser usadas por outros doentes em fase crítica, gera sobrecarga na equipa e aumenta custos sem ganho clínico relevante.
- Compromisso na rotatividade e acesso de novos doentes, que reforça a necessidade de articulação eficaz com respostas comunitárias.

---

#### 3. Défice de formação avançada em Cuidados Paliativos na equipa

- Nem todos os elementos da equipa possuem formação avançada na área, o que limita a abordagem especializada e a qualidade assistencial em situações complexas.
- Compromisso na eficácia das intervenções, aumentar a variabilidade das práticas clínicas e gerar insegurança no processo de tomada de decisão.

---

#### 4. Tempo reduzido de dedicação efetiva dos profissionais à UCP

- Muitos profissionais integram a equipa em tempo parcial, o que reduz a continuidade, eficiência e profundidade da resposta assistencial.
- Dificuldade no funcionamento integrado da equipa, limita a possibilidade de reuniões multidisciplinares e enfraquece a coordenação dos cuidados.

Estas fragilidades revelam pontos críticos que necessitam de intervenção urgente, não só para garantir o alinhamento com os padrões definidos pelo Plano Estratégico, como também para assegurar a dignidade, qualidade e equidade na prestação de CP aos utentes.

### 3.3.3 - **Ameaças** que vivenciam na realidade onde se situa a equipa

#### 1. Resistência à filosofia dos Cuidados Paliativos por outras especialidades e cargos de chefia

- Falta de compreensão ou aceitação dos princípios dos CP por parte de colegas de outras especialidades ou elementos em cargos de liderança.
- Subutilização da equipa, referenciações tardias, decisões clínicas desajustadas e falta de apoio institucional.

---

#### 2. Situação clínica do doente não adequada a UCP de agudos

- Doentes com estabilidade clínica, mas dependentes e sem retaguarda social adequada, permanecem na UCP por ausência de soluções comunitárias e sociais (ERPI's, apoio domiciliário).
- Ocupação de recursos destinados a doentes em fase aguda ou com necessidades complexas, comprometendo a eficiência do serviço.

- Ameaça a efetividade do modelo assistencial, violando o princípio de transição adequada dos cuidados

---

### 3. Desafetação de camas da UCP durante planos de contingência para outras especialidades

- Em situações de pressão hospitalar (ex: epidemias ou picos sazonais), as camas da UCP são reafectadas a outras especialidades, retirando capacidade de resposta à população paliativa.
- Redução da oferta assistencial, desvaloriza os CP como prioridade institucional e fragiliza a identidade e autonomia da UCP.

---

Estas ameaças **comprometem não apenas o funcionamento eficaz da equipa**, mas também a **evolução estrutural dos CP** no contexto hospitalar e comunitário.

### 3.3.4 - **Oportunidades** que identificam na realidade da Equipa

#### 1. Formação básica para todos os enfermeiros

- Elevar o padrão mínimo de conhecimentos em CP entre os profissionais de enfermagem.
- Melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promove maior coesão na equipa multidisciplinar e favorece a identificação precoce de doentes elegíveis para CP.

---

#### 2. Indicadores de evolução e melhoria contínua através da avaliação da satisfação dos cuidados prestados

- Estabelecer métricas de qualidade e implementar ciclos de melhoria baseados em evidência e feedback dos utentes e famílias.
- Fortalecer a segurança e humanização dos cuidados, além de ser ferramenta de apoio à tomada de decisão e planeamento.

---

#### 3. Definição de critérios de referenciação

- Padronizar e tornar mais objetiva a identificação e encaminhamento de doentes elegíveis para CP.
- Evitar referenciações tardias ou inadequadas, aumentando a eficácia e a justiça no acesso aos serviços.

---

#### 4. Monitorização de ganhos em saúde

- Avaliar o impacto clínico, funcional, emocional e social da intervenção paliativa.
- Reforçar a visibilidade e valor dos CP dentro da instituição e junto das entidades reguladoras e financiadoras.

---

Estas oportunidades **representam alicerces** importantes para a **consolidação e valorização do trabalho da equipa**, criando bases sólidas para melhorar a **qualidade assistencial** e o **reconhecimento institucional**.

### 3.3.5 - **Medidas ou condições** que consideram urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da Equipa

#### 1. **Formação Avançada para todos os Elementos da Equipa**

- A formação técnica especializada é essencial para garantir práticas clínicas atualizadas, decisões baseadas em evidência e uma abordagem multidisciplinar eficaz.
- Maior qualidade dos cuidados, segurança clínica, autonomia profissional e fortalecimento da identidade da equipa.

---

#### 2. **Implementação de um Plano de Prevenção de *Burnout***

- A natureza emocionalmente exigente dos CP expõe os profissionais a elevado risco de desgaste.
- Melhoria do bem-estar da equipa, diminuição do absentismo, aumento da retenção de profissionais e maior qualidade nos cuidados prestados.
- Sugere-se supervisão clínica, espaços de escuta ativa, organização de horários e promoção do autocuidado.

---

#### 3. **Promoção da Literacia e Divulgação dos Cuidados Paliativos na Comunidade**

- Ainda há desconhecimento e estigmas associados aos CP, o que compromete a referência atempada e a aceitação dos serviços.
- Melhorar a adesão da população, redução de resistência institucional e melhor articulação com estruturas da comunidade (como municípios e redes sociais).
- Campanhas informativas, sessões públicas, articulação com escolas, universidades séniores e autarquias.

---

Estas medidas não só **respondem a necessidades internas da equipa**, como também promovem um **impacto estrutural e sustentável na qualidade assistencial prestada aos doentes e famílias**.

## 3.4 - EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Total de 12 equipas

### 3.4.1 - **Ponto(s) forte(s)** identificados no funcionamento da equipa

---

#### 1. **Equipa Multidisciplinar Altamente Motivada e Qualificada**

- Composição variada: médicos, enfermeiros, psicóloga, fisioterapeuta e assistente social.
  - Formação específica e avançada: presença de elementos com pós-graduação e estágios em CPP.
  - Motivação e espírito de equipa: repetidamente mencionados como pilares do funcionamento da equipa.
  - Perseverança e resiliência: demonstrada pelo compromisso além do horário e pela dedicação contínua.
  - Diferenciação clínica/tecnológica da equipa, especializada com experiência e competência em CPP.
-

## 2. Integração, Coordenação e Reconhecimento Institucional

- Integração na Rede Funcional CPP da ULS: promove articulação eficaz entre níveis de cuidados.
- Reconhecimento formal: idoneidade formativa reconhecida pela Ordem dos Médicos (1 equipa).
- Colaboração interna sólida: definição de elos de ligação em diferentes serviços e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCCs) da ULS.
- Reconhecimento crescente por outros serviços.

---

## 3. Abordagem Centrada no Doente e Família

- Foco no bem-estar das famílias e doentes: com apoio emocional (psicologia) e social (assistente social), numa relação de confiança.
- Consulta domiciliária como modelo preferencial: promove a “desospitalização” e proximidade com a realidade do doente.
- Apoio contínuo: incluindo suporte telefónico nos dias úteis.

---

## 4. Forte Atividade Formativa e de Sensibilização

- Oferta formativa variada: cursos, workshops e formação em serviço sobre CPP.
- Sensibilização ativa junto de profissionais da comunidade e do hospital.
- Parcerias inovadoras com a comunidade civil: como o projeto “Aqui Contigo Pediátrico”.
- Integração em centro académico universitário.

---

## 5. Comunicação, Compromisso e Capacidade de Resposta

- Comunicação aberta e eficaz entre os membros da equipa.
- Compromisso para além do exigido: equipa excede horários de serviço regularmente.
- Resposta organizada e contínua (2ª a 6ª feira), abrangendo uma vasta área geográfica.

---

Estes pontos fortes refletem uma **equipa coesa, motivada, bem integrada nos serviços de saúde e na comunidade**, com práticas centradas no doente e uma clara aposta na formação e articulação interinstitucional.

### 3.4.2 - Fragilidades reconhecidas no funcionamento da equipa

---

#### 1. Recursos Humanos Insuficientes e com Pouca Dedicção Horária

- Escassez de recursos humanos, abaixo dos rácios previstos e atribuição de horários muito limitados para todos os profissionais (médico, enfermagem, psicologia, serviço social).
- Ausência de profissionais com dedicação exclusiva à equipa.
- Ausência de, pelo menos, um elemento da equipa com horário completo.
- Dificuldade em manter o apoio durante férias e ausências programadas.
- Carga de trabalho excessiva, emocionalmente exigente, com risco elevado de *burnout*.

---

#### 2. Deficiências nas Condições Materiais e Logísticas

- Falta de espaço físico próprio para a equipa e para atividades como consultas externas, reuniões familiares ou de internamento para descanso do cuidador.
- Falta de recursos financeiros.

- Apenas uma viatura disponível, o que inviabiliza saídas em simultâneo (1 equipa) ou inexistência de viatura dedicada a CPP.
- Ausência de local próprio para internamento de crianças acompanhadas.
- Saídas ao domicílio restritas apenas uma vez por semana.

---

### 3. Deficiências Organizacionais e Administrativas

- Ausência de horário de trabalho formalmente atribuído para Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) - consultas e visitas domiciliárias.
- Falhas de comunicação dentro da própria equipa, apesar do esforço da coordenação
- Realização de trabalho da equipa em horários destinados a outras funções assistenciais.
- Organização institucional complexa e com burocracia pesada, dificultando a agilidade da resposta.
- Apoio telefónico fora de horas não remunerado, sem escala organizada por falta de tempo e recursos.

---

### 4. Limitações na Rede de Apoio e Articulação

- Fraca articulação com as equipas de cuidados paliativos de adultos e escassez de ECSCP pediátricas na região.
- Dificuldade com articulação com equipas comunitárias.
- Dificuldade na referenciação precoce, associada à resistência de outros profissionais em reconhecer a mais-valia dos CPP.
- Dificuldade em garantir local adequado de cuidados em fim de vida, especialmente pela ampla dispersão geográfica e escassez de ECSCP.
- População geograficamente dispersa e socioeconomicamente desfavorecida.
- Falta de equipas com experiência em CPP nos cuidados primários.

---

### 5. Fragilidades Formativas e Reconhecimento Institucional

- Falta de formação em CPP de alguns elementos da equipa, incluindo psicologia.
- Fraco treino da restante equipa pediátrica hospitalar nos cuidados a crianças com necessidades paliativas.
- Falta de formação prática e avançada, incluindo áreas como acompanhamento espiritual, comunicação e gestão de conflitos.
- Necessidade constante de formação contínua, dificultada pela falta de tempo e recursos.
- Pouco reconhecimento institucional da importância da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP), incluindo falta de apoio por parte do Ministério da Saúde.

---

Estas fragilidades comprometem a **continuidade, abrangência e qualidade dos cuidados prestados**, afetando tanto a equipa como as crianças e famílias apoiadas. Para transformar esta realidade, é essencial reforçar os recursos humanos e logísticos, simplificar a estrutura organizativa e garantir reconhecimento institucional efetivo.

### 3.4.3 - Ameaças que vivenciam na realidade onde se situa a equipa

---

#### 1. Recursos Humanos

- Dificuldade na captação de novos profissionais, sobretudo com formação e motivação para CPP pediátricos.
- Saída de elementos da equipa sem reposição adequada.
- Profissionais sem exclusividade, com acumulação de funções em outras áreas (enfermaria, unidades de cuidados intensivos neonatais..).
- Falta de tempo formalmente atribuído às funções em CPP pediátricos.
- Falta de tempo disponível para formação, o que compromete a atualização contínua.
- Exaustão física e emocional da equipa devido a multitarefas e carga excessiva.
- Risco de *burnout*.

---

#### 2. Reconhecimento e Integração Institucional

- Desconhecimento e desvalorização por parte de outros profissionais de saúde quanto ao papel e resposta da EIHS CPP.
- Resistência cultural e institucional à filosofia dos CP, sobretudo no contexto pediátrico, incluindo desafios legais e éticos.
- Falta de sensibilização por parte das entidades de saúde (hospitalares, regionais e nacionais) para a importância dos CPP.
- Estigma social e clínico associado aos CP, dificultando o acesso atempado de doente e famílias.

---

#### 3. Fragilidade Estrutural e Organizacional

- Dependência de outros serviços para a definição do horário e alocação dos profissionais à Equipa.
- Escassez de recursos humanos especializados e ausência de tempo protegido para atividade da equipa.
- Risco de descontinuidade da equipa, por falta de apoio institucional e condições de trabalho adequadas.

---

#### 4. Coordenação e Articulação Deficiente

- Falta de comunicação com equipas congéneres de outros hospitais.
- Pouco apoio das equipas de adultos da comunidade na transição e continuidade de cuidados.
- Dificuldade na referenciação adequada e atempada dos doentes.
- Sobreposição territorial com outras equipas, criando dispersão e indefinição na resposta.

---

#### 5. Limitações na Rede de Apoio e Infraestrutura

- Escassez de ECSCP na região, dificultando seguimento e transição para adultos.
- Falta de equipas com experiência em CPP pediátricos nos cuidados de saúde primários.
- Escassez de camas dedicadas a internamento em Cuidados Paliativos Pediátricos.
- Componentes sociais complexas das famílias acompanhadas, que limitam a intervenção da equipa.

---

## 6. Ameaças Externas e Políticas

- Alterações nas políticas de saúde que possam afetar negativamente os recursos destinados aos CPP.
- Ausência de financiamento específico para formação, mobilidade e estrutura da equipa.

---

Estas ameaças, se não mitigadas, podem comprometer **a sustentabilidade, eficácia e qualidade** do trabalho da equipa, bem como o acesso adequado e humanizado aos Cuidados Paliativos Pediátricos.

### 3.4.4 - **Oportunidades** que identificam na realidade da Equipa

---

#### 1. Parcerias e Apoios Externos

- Parcerias com associações sem fins lucrativos para ajudas de custo e material técnico.
- Financiamento externo (ex.: Fundação “La Caixa”) para contratação de recursos e apoio domiciliário.
- Parcerias interinstitucionais (ONGs, escolas, associações culturais, universidades).
- Oportunidade de procurar financiamento para aquisição de viatura própria.

---

#### 2. Fortalecimento Institucional e Reconhecimento

- Crescimento da equipa como serviço autónomo, com maior capacidade de gestão e planeamento.
- Reconhecimento do impacto da equipa pelas famílias como meio de sensibilização interna (profissionais, Conselho de Administração e tutela).
- Resultados de investigação que demonstram redução de consumo hospitalar e alta satisfação das famílias, fortalecendo a posição da equipa junto à gestão.
- Crescente sensibilização de profissionais de saúde para referência precoce.

---

#### 3. Formação e Desenvolvimento Profissional

- Oportunidades de formação internacional em CPP.
- Maior número de profissionais com formação em CPP.
- Desenvolvimento de competências clínicas e comunicacionais através de formação contínua e troca de experiências com equipas adultas.
- Diferenciação clínica e tecnológica da equipa.
- Participação em reuniões regulares com a Rede Funcional CPP e com elos de ligação das UCC, promovendo discussão de casos e formação.

---

#### 4. Articulação com Outros Serviços e Equipas

- Articulação próxima com as equipas de CPP, de adultos e com as equipas comunitárias.
- Visitas conjuntas com os Cuidados de Saúde Primários, facilitando a formação mútua e continuidade de cuidados.
- Articulação com especialidades como neuropediatria e neurodesenvolvimento, favorecendo o seguimento de crianças com doença complexa.

---

## 5. Inovação, Investigação e Expansão

- Desenvolvimento de novos protocolos, estudos científicos, reforçando a componente académica.
- Centro académico universitário como espaço promotor da investigação e diferenciação tecnológica.
- Extensão da atuação à área perinatal (ex.: inclusão de Planos Antecipados de Nascimento).
- Expansão da equipa por integração de maior número de doentes e famílias acompanhadas, aumentando a relevância e abrangência da equipa.

---

## 6. Envolvimento e Sensibilização Comunitária

- Maior presença na comunicação social e meios locais, com abordagens sobre Cuidados Paliativos Pediátricos.
- Oportunidade de envolvimento comunitário ativo, promovendo literacia em saúde e apoio à missão da Equipa.

---

Estas oportunidades representam **vetores estratégicos de desenvolvimento** que, se bem aproveitados, poderão permitir à equipa crescer em **capacidade assistencial, visibilidade, sustentabilidade e impacto na qualidade de vida** das crianças e suas famílias.

### 3.4.5 - Medidas ou condições que consideram urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da Equipa

---

#### 1. Reforço de Recursos Humanos

- Aumento da carga horária de cada profissional da equipa para os CPP (reiterado e repetido)
- Mais profissionais integrados, nomeadamente em medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, e acesso a fisioterapeuta, terapeuta da fala e nutricionista.
- Profissionais sem sobreposição com funções assistenciais noutras áreas.

---

#### 2. Formação e Capacitação Contínua

- Tempo para formação interna da equipa e formação prática.
- Formação avançada obrigatória em CP, suportada institucionalmente.
- Formação avançada (ex. gestão de conflitos, acompanhamento espiritual, comunicação) para todos os elementos.
- Tempo atribuído para dar formação aos profissionais de Pediatria e das Equipas Comunitárias.
- Que os profissionais da comunidade tenham, pelo menos, formação básica em CPP.

---

#### 3. Estruturação Organizacional e Administrativa

- Criação de um serviço autónomo com capacidade de gestão e decisão.
- Reconhecimento estatutário da equipa dentro da instituição.
- Horário dedicado para organização de procedimentos específicos, protocolos, investigação e registos.
- Alargar a oferta assistencial de CPP na comunidade.
- Autonomia na entrevista e admissão de novos profissionais.

---

#### 4. Melhoria das Condições Materiais e Logísticas

- Atribuição de espaço físico adequado para consultas e reuniões familiares.
- Possibilidade de visitas domiciliárias com viatura do hospital.
- Disponibilização de mais viaturas para deslocações domiciliárias simultâneas.
- Criação de camas dedicadas a internamento em CPP.

---

#### 5. Comunicação, Articulação e Acessibilidade

- Disponibilização de linha direta de contacto com os utentes/famílias.
- Formalização de escala de atendimento telefónico (24h/dia ou pelo menos 12h/dia), nos 7 dias da semana.
- Melhoria da articulação com as equipas comunitárias e outras equipas hospitalares.
- Protocolos definidos para referênciação intra/inter-hospitalar.

---

Estas medidas visam criar **condições estruturais, funcionais e formativas** que sustentem a atuação da EIHSPP com maior eficácia, segurança, continuidade e humanização dos cuidados.

### 3.5 - SERVIÇO INTEGRADO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Total 6 serviços

#### 3.5.1 - Ponto(s) forte(s) identificados no funcionamento da equipa

##### 1. Recursos Humanos e Competência Técnica

- Equipa com formação avançada e diferenciada em CP, incluindo médicos, enfermeiros e psicólogos.
- Forte componente formativa interna e externa, reconhecida a nível nacional e académico (ensino pré e pós-graduado).
- Empenho dos elementos das equipas
- Ausência de *burnout* e baixo absentismo, reflexo de boa gestão e motivação profissional.
- Equipa transdisciplinar altamente integrada, com trabalho colaborativo eficaz e centrado no doente.

---

##### 2. Experiência e Reconhecimento

- Experiência acumulada de décadas no cuidado ao doente com doença avançada e resiliência notável.
- Centro de referência nacional em CP.
- Reconhecimento pelos pares da comunidade e hospital, e por entidades externas.

---

##### 3. Organização e Qualidade

- Estrutura organizacional bem definida com processos claros e em constante evolução (formação contínua, protocolos, normas).
  - Elevado grau de satisfação dos doentes e familiares.
  - Intervenção precoce em áreas críticas da oncologia, permitindo maior impacto positivo.
  - Apoio regular de fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional
-

#### 4. Integração e Acessibilidade

- O SI facilita a acessibilidade a cuidados paliativos especializados
- Integração eficaz entre cuidados hospitalares e comunitários no âmbito da ULS.
- Acessibilidade facilitada aos serviços, farmácia, armazém e outros recursos.
- Boa articulação com Cuidados de Saúde Primários (CSP), RNCCI e ERPIs, permitindo continuidade e qualidade nos cuidados.

---

#### 5. Infraestruturas e Logística

- Boas instalações físicas e meios próprios de transporte.
- Unidade de internamento com maior capacidade a nível nacional.
- Consultas telefónicas, acompanhamento no luto e resposta rápida a situações prioritárias.

---

#### 6. Parcerias e Desenvolvimento

- Relação próxima e colaborativa com parceiros estratégicos.
- Colaboração em estágios, o que reforça a componente formativa e a disseminação de boas práticas.

---

Estes pontos fortes evidenciam uma equipa madura, bem estruturada e altamente competente, com impacto significativo tanto nos cuidados diretos, como na formação e articulação institucional.

### 3.5.2 - Fragilidades reconhecidas no funcionamento da equipa

---

#### 1. Recursos Humanos Insuficientes

- Rácio inadequado de profissionais em todas as áreas (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas), em algumas equipas há décadas sem cumprir os requisitos mínimos de nenhuma profissão.
- Escassez de profissionais especializados em CP.
- Falta de profissionais dedicados a tempo inteiro à área.
- Elevada rotatividade e instabilidade na equipa, especialmente de enfermeiros.
- Absentismo elevado e existência de profissionais exaustos ou em situação de *burnout*.
- Proximidade de aposentações, sem indicação de plano de substituição.

---

#### 2. Infraestruturas e Logística

- Falta de espaço físico adequado para a equipa e suas atividades.
- Ocupação de camas por doentes fora do âmbito dos CP, devido à falta de vagas noutros serviços.

---

#### 3. Organização e Funcionamento do Serviço

- Não cobertura total dos 7 dias por semana em todas as ECSCP.
- Serviço partilhado com Medicina Interna ou outros, o que impede a autonomia e identidade plena do serviço de CP.
- Ausência de tempo e estrutura para atividades não assistenciais, como: Investigação científica; Formação interna/externa; Gestão e desenvolvimento de projetos.

---

#### 4. Formação e Desenvolvimento Profissional

- Profissionais com pouca ou nenhuma formação intermédia ou avançada em CP.

- Falta de tempo para formação contínua, devido à sobrecarga assistencial.

---

## 5. Sistemas de Informação e Integração

- Limitações do SClínico® para registos multidisciplinares.
- Inexistência de referenciação direta no SIGA® para CP, obrigando a referenciação através da Medicina Interna.
- Falta de reconhecimento do internamento de CP como unidade autónoma no sistema informático.

---

## 6. Integração na Rede e Articulação Externa

- Resposta insuficiente da RNCCI, com atrasos que dificultam a transferência de doentes em fim de vida, com necessidades mais urgentes e para descanso do cuidador.
- Equipas da comunidade com resposta insuficiente face às necessidades identificadas.

---

Falta de recursos humanos especializados e estabilidade nas equipas, **afetando diretamente a capacidade de resposta assistencial, a motivação interna e o desenvolvimento estratégico** do serviço.

### 3.5.3 - Ameaças que vivenciam na realidade onde se situa a equipa

---

#### 1. Sobrecarga Assistencial e Inadequação de Recursos

- Desajuste sistemático entre necessidades e recursos disponíveis, forçando cobertura de férias e ausências com horas extraordinárias (dependente da boa vontade dos profissionais).
- Excesso de procura face à capacidade de resposta assistencial existente.
- Resposta tardia aos pedidos de observação, gerando atrasos críticos nos cuidados.
- Projeção do envelhecimento da população e aumento de casos com necessidades paliativas, pessoas sem cuidador e com problemas sociais complexos e sem crescimento proporcional dos recursos.

---

#### 2. Fragilidade na Formação e Reconhecimento Institucional

- Desconhecimento generalizado sobre cuidados paliativos por parte de muitos profissionais de saúde.
- Escassez de médicos e enfermeiros com competência ou perfil para CP.
- Falta de formação contínua e financiamento para formação avançada e estágios externos.
- Desinformação por parte de decisores políticos e gestores, que subestimam o papel dos CP e os reduzem a "camas para doentes em fim de vida".

---

#### 3. Falta de Estruturação no Sistema de Referenciação e Integração

- Dificuldade de referenciação precoce, com doentes a serem enviados tardiamente para os CP, comprometendo a qualidade e oportunidade da intervenção.
- Ausência de plataforma funcional de referenciação para a RNCP.
- Manutenção de confusão entre CP e RNCCI, dificultando o planeamento e alocação correta de recursos.
- Ineficiência ou inexistência da resposta por parte das equipas intra-hospitalares e comunitárias, dificultando a colaboração eficaz dentro da ULS.

---

#### 4. Impacto na Qualidade e Equidade dos Cuidados

- Desmotivação crescente da equipa, afetando o clima interno e a retenção de profissionais.
- Atrasos nos tempos de espera pela primeira consulta e para resposta a pedidos internos de colaboração.
- Desigualdade no acesso a CP, com os mais vulneráveis (ex.: sem cuidadores, com problemas sociais complexos) a serem mais prejudicados.

---

#### 5. Ausência de Apoio Político e Estratégico

- Falta de incentivos nacionais para o desenvolvimento de cuidados paliativos no SNS.
- Inexistência de medidas estruturadas de financiamento, reconhecimento institucional e planeamento estratégico para expansão dos CP.
- Ignorância dos decisores políticos, o que compromete a criação de políticas públicas sustentáveis e a integração efetiva dos CP nos diferentes níveis de cuidados.

---

A maior ameaça reside na combinação entre a escassez estrutural de recursos humanos e técnicos, o desconhecimento institucional e político sobre o papel dos cuidados paliativos, e a ausência de mecanismos funcionais de integração e referenciação, o que compromete seriamente a qualidade, equidade e sustentabilidade do serviço.

### 3.5.4 - Oportunidades que identificam na realidade da Equipa

---

#### 1. Apoio Institucional e Estratégico

- Conselho de Administração com visão e sensibilidade à área dos CP, com priorização desta especialidade.
- Gestão integrada da ULS, que permite racionalização e otimização de recursos.
- Organização em serviço integrado, facilitando a articulação entre os níveis de cuidados (hospitalar e comunitário).
- Oportunidade de reconfiguração do serviço como SICP e Centro de Responsabilidade Integrado.

---

#### 2. Formação, Ensino e Capacidade Técnica

- Criar mais Equipas multidisciplinares bem formadas, assegurando boas práticas clínicas e pedagógicas.
- Reconhecimento nacional crescente do papel dos CP, o que atrai internos e novos profissionais.
- Formação interna disponível para desenvolvimento de competências específicas.
- Formação no ensino pré e pós-graduado (medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social).
- Interesse e número crescente de internos a estagiar no serviço, o que fortalece a sustentabilidade e disseminação do modelo.

---

#### 3. Qualidade, Melhoria Contínua e Acreditação

- Capacidade instalada para desenvolvimento de Programas de Melhoria Contínua da Qualidade.

- Trabalho já iniciado para processos de acreditação, promovendo excelência e reconhecimento externo.
- Participação na definição de dados mínimos para a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, influenciando práticas a nível nacional.

---

#### 4. Integração e Referenciação

- Melhoria progressiva dos processos de referenciação, com equipas intra-hospitalares e elos de ligação dispersos pela ULS.
- Potencial de crescimento das ECSCP, desde que se integrem mais profissionais.
- Funcionamento articulado da ULS, que favorece o acompanhamento contínuo do doente.

---

#### 5. Parcerias e Reconhecimento Externo

- Comunidade recetiva e disponível para parcerias de apoio às equipas.
- Estabelecimento de parcerias com outras ULS e academia, ampliando conhecimento e recursos.
- Reconhecimento do trabalho pelos cidadãos e serviços, promovendo confiança, visibilidade e apoio contínuo.

---

#### 6. Assistência de Excelência e Expansão

- Capacidade de oferecer cuidados diferenciados a doentes com sofrimento complexo, reforçando o papel clínico e ético do serviço.
- Crescimento da visibilidade nacional dos cuidados paliativos, criando ambiente favorável para expansão e inovação.

---

A **reconfiguração estratégica do serviço como um Serviço Integrado de Cuidados Paliativos com potencial evolução para um Centro de Responsabilidade Integrado**, apoiado por formação, reconhecimento institucional e envolvimento comunitário, **representa a oportunidade mais transformadora e sustentável.**

### 3.5.5 - Medidas ou condições que consideram urgentes e prioritárias na organização e funcionamento da Equipa

---

#### 1. Reforço e Estabilização dos Recursos Humanos

- Contratação imediata de profissionais em falta, com prioridade para: Médicos (1 a 2 em regime parcial ou integral); Enfermeiros com dedicação exclusiva à área; Psicólogos clínicos; Assistente Social
- Fixação de profissionais com perfil para CP, com incentivos à permanência (carreiras, diferenciação, tempo dedicado).
- Contratação de profissionais definitivos na equipa, evitando rotatividade e descontinuidade dos cuidados.
- Financiamento e apoio à formação especializada (intermédia e avançada), garantindo capacitação contínua.

---

#### 2. Melhoria da Estrutura Física e Logística

- Melhoria do espaço físico para atendimento, acompanhamento de doentes e reuniões de equipa.

- Atribuição de viatura própria para a equipa comunitária mais solicitada, garantindo maior alcance e resposta em tempo útil.

---

### **3. Organização e Formalização dos Processos de Funcionamento**

- Início de funções das ECSCP previstas, com operacionalização total das equipas no terreno.
- Publicação da Instrução de Trabalho sobre o circuito do doente em CP e do Regulamento Interno do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos.
- Integração plena dos CP no sistema de referência institucional, com clareza sobre fluxos e responsabilidades.

---

### **4. Sensibilização e Formação Institucional**

- Campanhas de sensibilização e formação para profissionais de saúde da ULS, para: Promover o reconhecimento da importância dos CP; Garantir referência atempada e adequada (especialmente pelas EIHS e ECSCP).
- Inclusão dos CP no plano formativo transversal da instituição, promovendo a literacia interna sobre o tema.

---

### **5. Integração Sistémica e Resposta em Rede**

- Melhoria dos tempos de resposta da RNCCI e da RNCP, assegurando:
  - Encaminhamento eficaz de doentes em fim de vida;
  - Apoio ao cuidador e controlo sintomático atempado.
- Definição de orientações precisas para a referência de doentes para unidades e serviços de CP.
- Maior articulação com outras ULS, ERPI e unidades da comunidade, otimizando a continuidade de cuidados.

---

### **6. Reconhecimento Institucional e Valorização da Área**

- Reconhecimento formal do serviço de CP como essencial dentro da ULS, com valorização pública e interna.
- Apoio à continuidade dos projetos de qualidade já iniciados, protegendo os avanços obtidos face às fragilidades identificadas.

---

**Adequar os recursos humanos de forma urgente** é a medida mais crítica e estruturante pois tem impacto direto em todas as outras dimensões: motivação da equipa, capacidade de resposta, qualidade assistencial, continuidade de cuidados e equidade no acesso.

## 4. ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS DE TODAS AS EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS (todas as tipologias)

### 4.1 - PONTOS FORTES

Com base em todo o conteúdo fornecido, fez-se uma reorganização sistemática e sintética dos **pontos fortes das equipas de cuidados paliativos**, agrupando-os em **categorias estratégicas**.

---

#### 1. Coesão, Dinâmica de Equipa e Cultura Organizacional

- Espírito de equipa, união e motivação constante.
- Comunicação eficaz e colaborativa entre profissionais.
- Capacidade de integração de novos elementos sem perturbar a dinâmica.
- Compromisso, proatividade, resiliência e gestão eficaz do stress.
- Cultura humanizada e centrada no doente e na família.
- Sentido de missão e dedicação para além do exigido.

---

#### 2. Qualificação Profissional e Desenvolvimento Contínuo

- Profissionais com formação avançada e diferenciada em cuidados paliativos (incluindo pediátricos).
- Experiência acumulada significativa (algumas equipas com mais de duas décadas de atividade).
- Formação contínua interna e externa, incluindo oferta formativa a outros profissionais.
- Integração em contextos académicos (centros universitários; politécnicos...) e reconhecimento como unidades formadoras.
- Identificação ativa de necessidades formativas como motor de melhoria contínua.

---

#### 3. Multidisciplinaridade e Abordagem Holística

- Equipas transdisciplinares: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, entre outros.
- Intervenção abrangente e integrada em diferentes domínios: clínico, emocional, social, espiritual.
- Cuidados personalizados, centrados na pessoa, com respeito pelos seus valores e preferências.
- Modelo assistencial que integra apoio domiciliário, hospital de dia, consultas externas e suporte telefónico.

---

#### 4. Organização, Funcionamento e Capacidade de Resposta

- Estrutura organizacional clara com circuitos e procedimentos definidos.
- Reuniões regulares de equipa e processos sistemáticos de avaliação e melhoria.
- Resposta célere a situações prioritárias.
- Continuidade de cuidados assegurada pela articulação entre hospital e comunidade, em ULS.
- Disponibilidade e acessibilidade (horários definidos, contactos próprios e viatura da equipa).

---

### 5. Integração em Redes e Articulação Interinstitucional

- Integração formal na Rede Nacional de Cuidados Paliativos e outras redes (ex: Rede ELOS, RNCCI).
- Colaboração estruturada com cuidados de saúde primários, hospitalares, ERPI e comunidade.
- Definição clara de elos funcionais com outras unidades e serviços.
- Participação ativa em projetos regionais de continuidade de cuidados e referência precoce.

---

### 6. Reconhecimento, Credibilidade e Impacto

- Reconhecimento formal e informal dentro e fora da ULS.
- Credibilidade junto da comunidade hospitalar, científica e local.
- Participação em congressos, produção científica e visibilidade mediática positiva.
- Satisfação elevada dos utentes e famílias, com impacto positivo na literacia em cuidados paliativos.

---

### 7. Recursos, Infraestruturas e Logística

- Instalações adequadas e meios de transporte próprios.
- Unidades de internamento bem equipadas (algumas com capacidade diferenciadora a nível nacional).
- Facilidade de acesso a recursos hospitalares e logísticos (farmácia, armazém, etc.).
- Utilização de consultas telefónicas e sistemas de apoio remoto para aumentar a cobertura.

---

### 8. Envolvimento com a Comunidade e Inovação Social

- Relação próxima com utentes, famílias e cuidadores.
- Apoio ao luto e ao cuidador estruturado.
- Promoção da morte no domicílio, respeitando a vontade do doente.
- Parcerias com entidades civis e iniciativas inovadoras (ex: projetos comunitários em cuidados paliativos pediátricos).

## 4.2 - FRAGILIDADES

Apresenta-se uma **reorganização sistemática e sintética das fragilidades das equipas de cuidados paliativos**, agrupadas em **categorias estratégicas**, com base em todos os contributos fornecidos:

---

### 1. Recursos Humanos Insuficientes e Instáveis

- Subdimensionamento crónico em todas as áreas (medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição).
- Profissionais com horário parcial, sem dedicação exclusiva nem equipa com pelo menos um elemento a tempo completo.
- Rotatividade elevada e dificuldade de fixação, especialmente de enfermeiros.
- Ausência de substituições em caso de férias ou baixas.
- Risco elevado de *burnout* e exaustão, sem plano institucional de prevenção.
- Falta de tempo para atividades não assistenciais (gestão, formação, investigação).
- Ausência prolongada de coordenação formal.

---

## 2. Formação e Desenvolvimento Profissional Débil

- Profissionais sem formação específica (intermédia ou avançada) em CP.
- Ausência de plano institucional de formação contínua estruturada.
- Dificuldade de acesso a formação por motivos financeiros e logísticos (conciliar horários).
- Falta de treino em áreas essenciais: comunicação, espiritualidade, gestão de conflitos.
- Equipa alargada hospitalar sem competências diferenciadas em cuidados paliativos.

---

## 3. Condições Materiais e Logísticas Inadequadas

- Espaços físicos exíguos, partilhados ou inadequados às funções (ex: consultas, reuniões, atendimento domiciliário).
- Falta de sinalética institucional e identificação própria da equipa.
- Climatização deficiente, desconforto nas instalações.
- Consultórios não adaptados a doentes acamados ou com mobilidade reduzida.
- Escassez ou inexistência de viaturas adequadas, dificultando visitas domiciliárias.
- Rutura frequente de stocks e carência de recursos financeiros básicos.

---

## 4. Organização Interna e Funcionamento Desajustados

- Horário restrito (dias úteis, horário laboral), sem cobertura ao fim de semana ou 24h.
- Falta de formalização de horários e definição clara de funções.
- Trabalho assistencial de CPP executado fora do tempo formalmente atribuído.
- Falta de autonomia da equipa para decisões clínicas e operacionais.
- Comunicação interna deficitária e ausência de reuniões regulares em algumas equipas.
- Ausência de Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos.

---

## 5. Sistemas de Informação e Apoio Administrativo Deficientes

- SClinico® sem parametrização específica para CP, dificultando registos e trabalho em equipa.
- Falta de integração entre os registos dos diferentes profissionais.
- Impossibilidade de referenciação direta no SIGA®, obrigando a intermediação por outras especialidades.
- Ausência de plano antecipado de cuidados acessível no sistema informático.
- Burocracia pesada e ineficaz, agravada pela ausência de apoio administrativo qualificado.

---

## 6. Integração na Rede e Articulação Externa Frágil

- Referenciação tardia e resistência de outros profissionais à integração precoce da equipa.
- Articulação frágil com equipas comunitárias e da RNCCI.
- ECSCP insuficientes ou inexistentes em várias regiões.
- Dificuldade de garantir local adequado de cuidados em fim de vida, sobretudo em zonas rurais.
- População-alvo dispersa geograficamente e com carências socioeconómicas significativas.

---

## 7. Reconhecimento, Visibilidade e Apoio Institucional Insuficientes

- Baixo reconhecimento da equipa pelas instituições e órgãos de decisão (hospital, ACES, Ministério).
- Inexistência de contratualização, impedindo acesso a incentivos.
- Mudanças frequentes na liderança institucional, sem estratégia sustentada para os cuidados paliativos.
- Dificuldade em demonstrar impacto e atividade (ex: apoio espiritual não quantificável).
- Falta de apoio psicológico à própria equipa.

---

## 8. Planeamento Estratégico e Avaliação de Qualidade Inexistentes

- Ausência de tempo e estrutura para planeamento estratégico, autoavaliação e melhoria contínua.
  - Falta de indicadores sistemáticos de avaliação de atividade e resultados.
  - Carência de envolvimento em projetos de investigação, inovação ou benchmarking.
- 

## 4.3 - AMEAÇAS

Apresenta-se uma reorganização sistemática e sintética das **ameaças às equipas de CP**, agrupadas em **categorias estratégicas**, com base em todos os contributos recebidos:

---

### 1. Ameaças Estruturais e Políticas

- Centralização hospitalar dos CP, com enfraquecimento do modelo comunitário.
- Fusão dos ACES nas ULS com mudanças constantes de chefias, diretrizes e indefinição estratégica.
- Falta de políticas públicas claras e ausência de planeamento estratégico nacional para os CP.
- Financiamento insuficiente, sem incentivos remuneratórios ou apoio à formação.
- Falta de reconhecimento institucional do papel das equipas, sobretudo no domicílio.
- Confusão sistemática entre CP e RNCCI, dificultando a integração e diferenciação funcional.
- Reafectação das camas de CP em planos de contingência, retirando capacidade assistencial.
- Tutela e decisores afastados da realidade das equipas, com instabilidade política e ausência de visão de longo prazo.

---

### 2. Recursos Humanos e Sustentabilidade das Equipas

- Dificuldade de captação e retenção de profissionais qualificados, especialmente médicos.
  - Falta de profissionais com dedicação exclusiva (psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas).
  - Acumulação de funções e ausência de tempo protegido, sobretudo em CP pediátricos.
  - Desigualdade entre especialidades (ex.: MGF vs EMC) e ausência de concursos em EMC.
  - Falta de progressão na carreira, com desmotivação e risco de colapso das equipas.
  - *Burnout* e exaustão física/emocional generalizados, sem políticas de prevenção.
  - Coordenação atribuída a profissionais sem formação específica em CP.
-

### 3. Fragilidades Operacionais e de Capacidade de Resposta

- Sobrecarga assistencial e aumento da complexidade clínica, sem aumento proporcional de recursos.
- Dificuldade de resposta em tempo útil e referenciarções tardias ou inadequadas.
- Consultas com tempos de espera excessivos e risco de restrição a pedidos internos.
- Espaço físico insuficiente, falta de materiais e sistemas de registo desajustados.
- Logística deficitária nas deslocações e limitações de segurança em ambiente domiciliário.
- Cobertura territorial excessiva com equipas desfalcadas e pressão por resultados quantitativos.
- Falta de resposta adequada para internamento ou seguimento comunitário.

---

### 4. Integração de Cuidados e Articulação Interinstitucional

- Fraca articulação entre ECSCP, EdF, ECCI, UCPs e CP pediátricos.
- Desigualdade no acesso aos cuidados, com barreiras territoriais e populacionais.
- Inexistência de apoio médico em ECCI e de formação especializada em várias equipas parceiras.
- Sobreposição de áreas de intervenção e má gestão dos recursos humanos disponíveis.
- Falta de transição eficaz para adultos no caso dos CP pediátricos.
- Défice de comunicação entre equipas hospitalares e comunitárias, dificultando continuidade.

---

### 5. Literacia, Envolvimento Familiar e Desigualdades Sociais

- Envelhecimento da população e aumento das necessidades paliativas complexas.
- Cuidadores informais sobrecarregados, com baixa literacia em saúde e frágil apoio institucional.
- Crescimento de utentes sem EdF ou rede social eficaz.
- Empobrecimento da população, agravando dificuldades no acesso e continuidade dos cuidados.
- Estigma social e clínico associado aos CP, sobretudo em contexto pediátrico.

---

### 6. Cultura Institucional e Formação

- Resistência à filosofia dos CP por parte de outras especialidades e chefias.
- Falta de formação básica e contínua dos profissionais da ULS em CP.
- Tempo insuficiente para formação, investigação e produção científica.
- Ausência de obrigatoriedade legal para integrar Assistente Espiritual, fragilizando a abordagem holística.
- Desconhecimento generalizado da missão dos CP por parte de gestores, políticos e técnicos.

---

## 4.4 – OPORTUNIDADES

Apresenta-se de seguida uma reorganização sistemática e sintética das **oportunidades** das equipas de CP, agrupadas em **categorias estratégicas**:

---

### 1. Fortalecimento Institucional e Reconhecimento Estratégico

- Proximidade e abertura do Conselho de Administração à área dos CP.

- Mudança na liderança da ULS pode facilitar renovação e escuta ativa.
- Formalização das equipas como unidades funcionais nos CSP.
- Resolução nº 48/2025 da Assembleia da República como respaldo político.
- Integração institucional favorecida pelo modelo organizativo da ULS.
- Oportunidade de reconfiguração para Serviço Integrado e Centro de Responsabilidade Integrado.
- Reconhecimento crescente do impacto das equipas pelas famílias e pela gestão.

---

## **2. Desenvolvimento Profissional, Formação e Ensino**

- Reconhecimento crescente dos CP entre profissionais e sociedade.
- Atração de jovens médicos e internos pela área.
- Existência de profissionais motivados com formação avançada.
- Oportunidade de formação contínua, estágios e capacitação técnica.
- Parcerias com instituições de ensino (Faculdades de Medicina, Escolas Superiores de Enfermagem/Saúde).
- Formação pré e pós-graduada em diversas áreas (medicina, enfermagem, psicologia...).
- Participação ativa em congressos e redes de partilha de conhecimento.
- Crescimento da formação em CPP e diferenciação técnica.

---

## **3. Inovação, Investigação e Melhoria Contínua**

- Projetos inovadores e protocolos baseados em evidência.
- Exploração de tecnologias (telemedicina, tecnologias de informação e comunicação).
- Oportunidades de investigação clínica, com suporte universitário.
- Avaliação da satisfação dos cuidados prestados e ganhos em saúde.
- Participação na definição de dados nacionais e processos de acreditação.
- Desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade.

---

## **4. Articulação em Rede e Integração de Cuidados**

- Boa articulação entre equipas hospitalares, comunitárias e dos CSP.
- Integração eficaz com especialidades e outras unidades funcionais.
- Fortalecimento de visitas conjuntas e continuidade assistencial.
- Melhorias na referência precoce e criteriosa.
- Funcionamento articulado da ULS favorece navegação segura do doente.
- Integração dos CP em estratégias para redução da procura nos Serviços de Urgência.

---

## **5. Expansão Assistencial e Resposta Clínica**

- Criação/expansão de unidades como a UCP de agudos e SICP.
- Alargamento da intervenção ao domicílio e ambulatório.
- Acesso facilitado a fármacos, dispositivos e recursos via ULS.
- Desenvolvimento de respostas alternativas ao internamento (ex.: hospitais de dia).

- Elevado número de referências indica procura crescente e validação institucional.
- Capacidade instalada para cuidados diferenciados a doentes com sofrimento complexo.

---

## 6. Sensibilização Social, Literacia e Envolvimento Comunitário

- Apoio crescente da sociedade e dos parceiros locais.
- Oportunidade de campanhas educativas e aumento da literacia em saúde.
- Envolvimento comunitário em projetos como musicoterapia ou parcerias com universidades seniores.
- Participação em eventos, comunicação social e seminários.
- Potencial para influenciar políticas públicas com base em resultados e boas práticas.

---

## 7. Parcerias e Apoio Externo

- Parcerias com ONGs, associações culturais, universidades e escolas.
- Financiamento externo (ex.: Fundação “La Caixa”) para recursos humanos e apoio domiciliário.
- Oportunidade de aquisição de viaturas e outros equipamentos técnicos.
- Estabelecimento de redes colaborativas com outras ULS.

---

## 4.5 – MEDIDAS/CONDIÇÕES CONSIDERADAS URGENTES pelas equipas de cuidados paliativos

Eis a **organização sistemática das medidas urgentes** identificadas pelas equipas de Cuidados Paliativos, agrupadas por categorias estratégicas:

---

### 1. Recursos Humanos – Reforço e Qualificação

#### A. Reforço Quantitativo e Qualitativo

- Contratação urgente de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, e outros técnicos (fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas), preferencialmente com formação avançada em CP.
- Garantir pelo menos um médico com competência específica em CP por equipa.
- Afetação de mais ETCs (Equivalente a Tempo Completo) e tempo alocado exclusivamente a CP (sem sobreposição de funções).
- Nomeação/formalização das equipas, incluindo a coordenação.
- Ajuste da equipa à densidade populacional e geografia da área de atuação.
- Carga horária adequada e dedicatória integral.

#### B. Redução de Barreiras na criação e progressão na carreira profissional

- Equiparação salarial com profissionais das USF modelo B e outras unidades.
- Criação de carreira específica e progressão funcional para profissionais exclusivos de CP.
- Incentivos à dedicação exclusiva: folgas, horários flexíveis, reconhecimento institucional.
- Fixação de profissionais com perfil para CP e redução da rotatividade.

---

## 2. Formação e Desenvolvimento Profissional

### A. Formação Contínua e Avançada

- Apoio financeiro e institucional para formação prática e contínua (básica, intermédia e avançada).
- Formação especializada em áreas como comunicação, gestão de conflitos, acompanhamento espiritual.
- Formação obrigatória para todos os profissionais da equipa e da rede (EIHSCP, pediatria, etc.).
- Inclusão dos CP no plano formativo institucional transversal.

### B. Formação Pré-Graduada e Sensibilização

- Reforço da formação pré-graduada em CP nas universidades.
- Formação específica para conselhos de administração e gestores sobre CP.

---

## 3. Organização e Estrutura de Serviço

### A. Formalização e Autonomia Organizacional

- Criação dos SICP's, com valência comunitária.
- Constituição das equipas como Unidades Funcionais nos CSP.
- Reconhecimento estatutário das equipas e autonomia na gestão e recrutamento.

### B. Expansão da Oferta Assistencial

- Início e reforço das ECSCP previstas.
- Abertura de Unidades de Cuidados Paliativos de agudos e Hospital de Dia.
- Alargamento do horário de funcionamento com remuneração adequada.
- Maior autonomia na referenciação (não restrita ao médico assistente).

### C. Estruturação e Regulação Interna

- Publicação de instruções de trabalho, regulamentos internos e protocolos assistenciais.
- Planeamento de horários dedicados para investigação, registos e reuniões de equipa.

---

## 4. Condições Físicas e Logísticas

- Reestruturação e adequação dos espaços físicos das equipas.
- Salas de trabalho e consultas com privacidade, sinalização e acessibilidade.
- Disponibilização de viaturas para deslocações domiciliárias (com motorista, se possível).
- Criação de camas específicas para internamento em CP e CPP.

---

## 5. Sistema de Informação e Monitorização da Qualidade

- Implementação de um sistema padronizado de registos e monitorização:
  - Número de referenciações, tempos de espera, locais de morte, indicadores de controlo sintomático, etc.
- Ferramentas de avaliação da qualidade e impacto assistencial.
- Ajustes no sistema informático para facilitar a articulação entre equipas.

---

## 6. Comunicação, Articulação e Acessibilidade

### A. Comunicação com Utentes e Comunidade

- Divulgação contínua da existência e atuação das equipas.
- Criação de linhas de contacto direto com famílias (telefone 24h ou 12h/7 dias).
- Campanhas públicas de literacia em CP: escolas, universidades seniores, autarquias.

## **B. Articulação Interinstitucional**

- Fortalecimento da ligação entre equipas (hospitalares, comunitárias, ERPI, ULS).
  - Protocolos claros de referência intra e interinstitucional.
  - Inclusão dos CP na rede de referência e resposta institucional (ULS, RNCCI, RNCP).
- 

## **7. Apoio à Equipa e Prevenção de *Burnout***

- Implementação de plano de prevenção de *burnout*:
    - Supervisão clínica, escuta ativa, promoção de autocuidado e coesão de equipa.
  - Estratégias de descanso e apoio também para cuidadores informais.
  - Promoção do bem-estar da equipa como fator essencial para a qualidade dos cuidados.
- 

## **8. Reconhecimento e Valorização Institucional**

- Reconhecimento formal dos CP como serviço essencial nas ULS.
  - Valorização pública e interna das equipas e dos seus resultados.
  - Proteção e continuidade dos projetos de qualidade já iniciados.
- 

## **9. Tomada de Decisão com Base Técnica e Científica**

- Garantia de que decisões políticas e institucionais sobre CP se baseiam em evidência técnico-científica.
  - Envolvimento de profissionais da área em todas as fases das políticas públicas de CP.
  - Evitar decisões retóricas (“pallilália”) sem suporte técnico real.
-

## 5 – CONCLUSÕES

Todos vamos tomando conhecimento das dificuldades das equipas de CP, mas é algo informal, dialogado no dia-a-dia. Com este estudo regista-se a real situação das equipas de CP, descrita pelas próprias, daí a sua importância e utilidade. Constituiu-se, deste modo, um documento formal onde estão inscritos os pontos fortes, fragilidades, oportunidades, ameaças e medidas consideradas urgentes.

Considerando o tamanho da amostra, consideramos os resultados representativos da totalidade das equipas.

Em alguns casos, a análise tornou-se mais difícil, pois algumas equipas apresentaram textos demasiado longos, em vez de mensagens mais telegráficas em cada ponto do SWOT.

Sobre os resultados, há a realçar que, numa primeira análise, na leitura dos textos as palavras reiteradamente mencionadas foram: coesão da equipa, motivação, resiliência, risco de *burnout*, recursos humanos insuficientes, falta de formação avançada, falta de condições logísticas, dificuldades na referenciação para outras tipologias, falta de reconhecimento pelos pares, ausência de políticas protetoras dos profissionais, ausência de carreiras profissionais nesta área e dificuldade na expansão deste tipo de cuidados, por falta de priorização política.

Destacamos da análise global as medidas consideradas urgentes que, de algum modo, traduzem toda a realidade das equipas de cuidados paliativos:

- 1. Recursos Humanos** – Reforço e Qualificação: reforço quantitativo e qualitativo; redução de barreiras na criação e progressão nas carreiras profissionais;
- 2. Formação e Desenvolvimento Profissional:** formação contínua e avançada; formação pré-graduada e sensibilização;
- 3. Organização e Estrutura de Serviço:** formalização e autonomia organizacional; expansão da oferta assistencial; estruturação e regulação interna;
- 4. Condições Físicas e Logísticas;**
- 5. Sistema de Informação e Monitorização da Qualidade;**
- 6. Comunicação, Articulação e Acessibilidade:** comunicação com utentes e comunidade; articulação interinstitucional;
- 7. Apoio à Equipa e Prevenção de *Burnout*;**
- 8. Reconhecimento e Valorização Institucional;**
- 9. Tomada de Decisão com Base Técnica e Científica.**
- 10. Melhoria de suporte aos cuidadores e respostas estruturadas na comunidade**

Esse mapeamento evidencia uma situação crítica que exige **intervenção urgente e estruturada** por parte das entidades gestoras, decisores políticos e líderes institucionais. **A continuidade e a qualidade dos Cuidados Paliativos prestados estão em risco real**, sendo necessário um plano de ação multidimensional que aborde

desde a valorização profissional até à reorganização sensível e dialogada do sistema de saúde.

As equipas demonstram ter **bases sólidas e apoio institucional**, além de **valores bem alinhados com a filosofia dos cuidados**, o que gera um ambiente fértil para a **inovação, expansão e qualificação contínua**. A existência de **colaborações, formação, abertura a novas tecnologias e reconhecimento social** reforça o potencial de crescimento e consolidação das equipas como referência regional e nacional. Realçar que os SICP, apesar de relativamente recentes, se evidenciam como equipas maduras, bem estruturadas e altamente competentes, com impacto significativo tanto nos cuidados diretos, como na formação e articulação institucional.

As **fragilidades** revelam pontos críticos que necessitam de intervenção urgente, comprometem a **continuidade, abrangência e qualidade dos cuidados prestados** não só para garantir o alinhamento com os padrões definidos pelo Plano Estratégico de Cuidados Paliativos, como também para assegurar a dignidade, qualidade e equidade na prestação de cuidados paliativos a doentes e famílias.

As **oportunidades** mostram que, mesmo com tantas ameaças, há espaço para **crescimento sustentado, inovação, reconhecimento e melhoria das condições de trabalho**. Elas devem ser estrategicamente exploradas em articulação com as forças internas da equipa e transformadas em propostas concretas de ação junto à tutela e parceiros.

As **medidas consideradas urgentes** são fundamentais para garantir não só a **sustentabilidade da atividade assistencial**, mas também a sua **qualidade, equidade e eficiência**, tornando a equipa um verdadeiro pilar dos cuidados de fim de vida na comunidade.

A realidade descrita demonstra uma **crise multidimensional nos Cuidados Paliativos**, com causas que vão desde a **desvalorização política** até à **fragilidade da formação profissional e desorganização dos serviços**. A existência de **ameaças sistémicas**, como o desconhecimento do poder político e a inexistência de incentivos estruturais que comprometem a sustentabilidade e eficácia dos CP em Portugal.

**Adequar os recursos humanos de forma urgente** é a medida mais crítica e estruturante pois tem impacto direto em todas as outras dimensões: motivação da equipa, capacidade de resposta, qualidade assistencial, continuidade de cuidados e equidade no acesso.

Com este relatório esperamos poder chegar aos decisores políticos e promover as mudanças que são prioritárias e urgentes, para bem de doentes e familiares/cuidadores, garantindo-lhes os melhores cuidados na fase das suas vidas em que se encontram mais frágeis e vulneráveis, assegurando-lhes cuidados paliativos, como um Direito que lhes assiste, no sentido de minimizar o seu sofrimento e preservar a sua Dignidade.

## 6 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

OpenAI. (2025). ChatGPT (versão GPT-4.5) [Modelo de linguagem AI]. <https://chatgpt.com/>