



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

Relatório de Outono 2019



Secção

Atividade Assistencial das Equipas/Serviços de Cuidados Paliativos

Coordenador

Manuel Luís Capelas, PhD

Colaboradores

Tânia Afonso, MNur, PhD Student

Sofia Durão, MSc

Carla Teves, MSc Student

janeiro de 2020

Introdução

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

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

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

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

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

Objetivos

Definidos os seguintes objetivos:

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

Metodologia

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

Estimação da população com necessidade de cuidados paliativos

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

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

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

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

Atividade assistencial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Não enviaram dados solicitados, após diversas tentativas goradas:

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

Espírito Santo Ponta Delgada; SESARAM (Madeira).

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

Carga Horária Semanal por Doente nas Diferentes Áreas Profissionais

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

Profissionais por Doentes Cuidados e por População

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

Utilização de instrumentos standardizados para o processo de cuidar

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

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

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

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

Resultados

A apresentação dos resultados será realizada em três partes:

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

População com necessidade de cuidados paliativos

População adulta

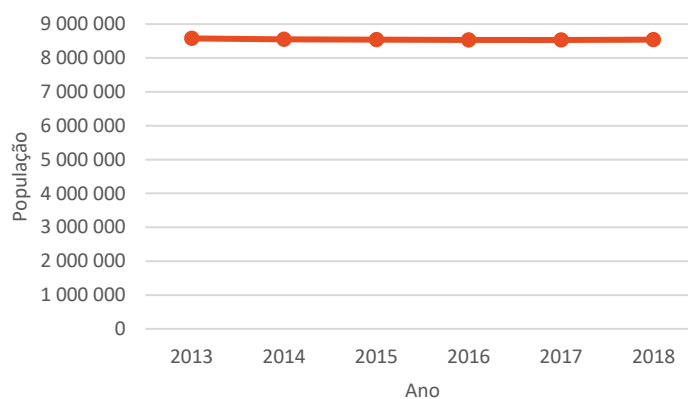
Em 2018, com 18 ou mais anos, residiam em Portugal 8,537,404 indivíduos. O distrito com menor número de residentes, nesta faixa de idades foi Portalegre com cerca de 1.1% da população e o com mais residentes, conforme esperado, foi Lisboa com 21.6% da população nacional. (Tabela 1)

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

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

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

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

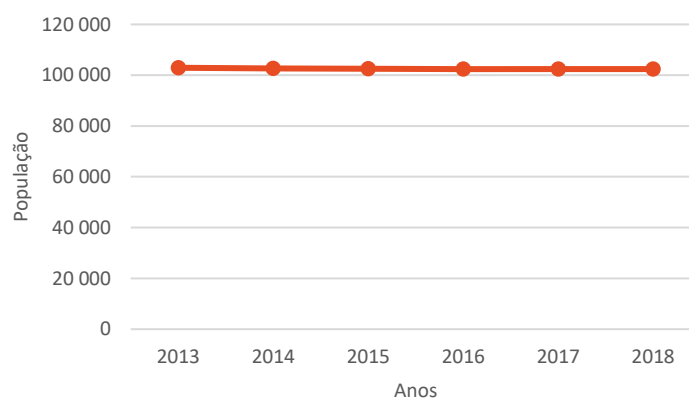


Estima-se que no ano de 2018, a população portuguesa com necessidade de cuidados paliativos, com 18 ou mais anos, foi de 102,452 pessoas, variando entre as 1,083 pessoas em Portalegre e as 22,079 em Lisboa. No intervalo entre 2013 e 2018 verificou-se um decréscimo de 475 pessoas no geral, mas com assimetrias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

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

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

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



População em idade pediátrica

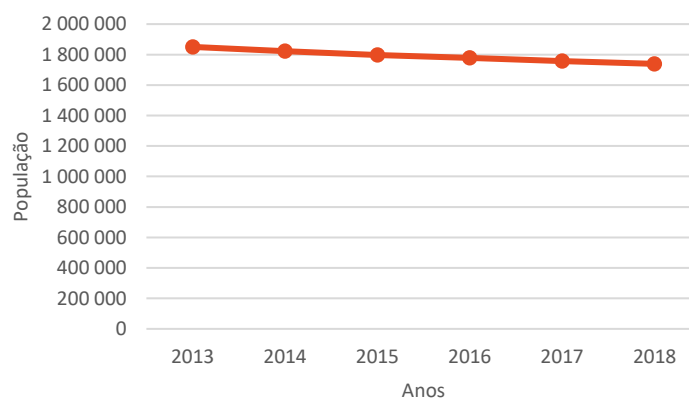
Em 2017, em idade pediátrica (<18 anos), residiam em Portugal 1,739,213 indivíduos. O distrito com menor número de residentes, nesta faixa de idades foi Portalegre com cerca de 0.9% da população pediátrica e o com mais residentes, como se esperava, foi Lisboa com 24.8% da população pediátrica nacional.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

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

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

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

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

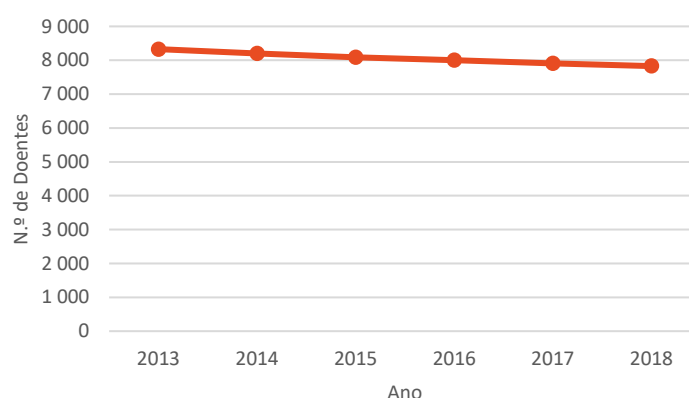


Estima-se que no ano de 2018, a população portuguesa, em idade pediátrica, com necessidade de cuidados paliativos, foi de 7,828 crianças/jovens, variando entre 69 em Portalegre e as 1,943 em Lisboa. No intervalo entre 2013 e 2018 verificou-se um decréscimo de 500 crianças/jovens no geral, mas com assimetrias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

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

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

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



Atividade Assistencial

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

Doentes referenciados

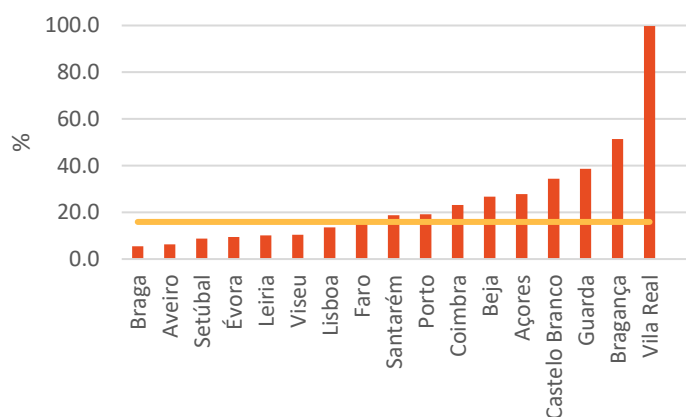
Em consideração ao número de doentes referenciados em 2018, foi-nos indicado por 47 equipas (46.5% das equipas) um total de 18,019 doentes. Destes são percebidas 7,783 (43.2%) referenciações em EIHS CP, 5,814 (32.3%) em CE, 2,460 (13.7%) em ECSCP e 1,962 (10.9%) em UCP. O distrito com maior percentagem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

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

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

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

Gráfico 5-Proporção de doentes referenciados, 2018



Doentes Admitidos

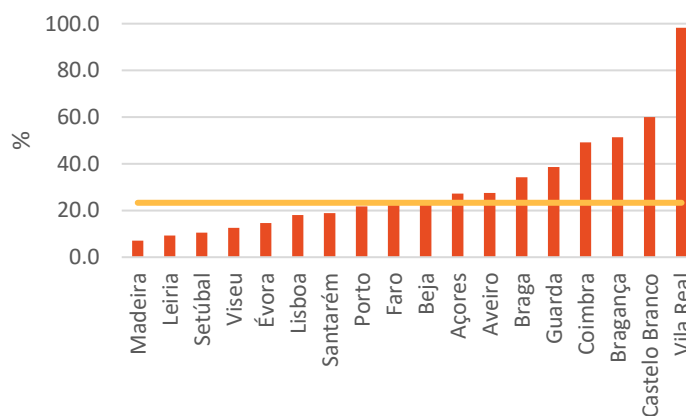
Relativamente ao número de doentes admitidos em 2018, foi-nos indicado, por 57 das 101 equipas (56.4%) um total de 25,660 doentes admitidos. Destes são percebidos 10,393 (40.5%) doentes admitidos em EIHSCP, 8,578 (33.4%) em CE, 4,412 (17.2%) em UCP e 2,277 (8.9%) em ECSCP. O distrito com maior percentagem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

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

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

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

Gráfico 6-Taxa de acessibilidade, 2018



Idade

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

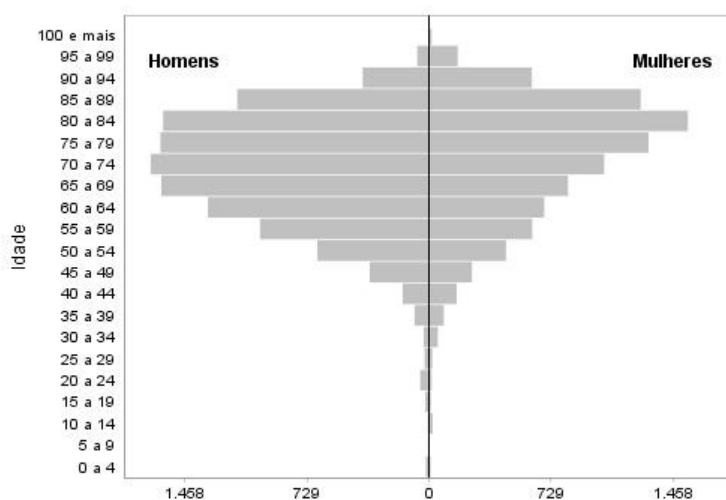
Como nos doentes, em geral (Tabela 6) também, o maior número de doentes adultos admitidos foi registado em Lisboa (4,325; 16.9%) enquanto o dos pediátricos aconteceu em Coimbra (67; 74.4%). (Tabela 7)

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

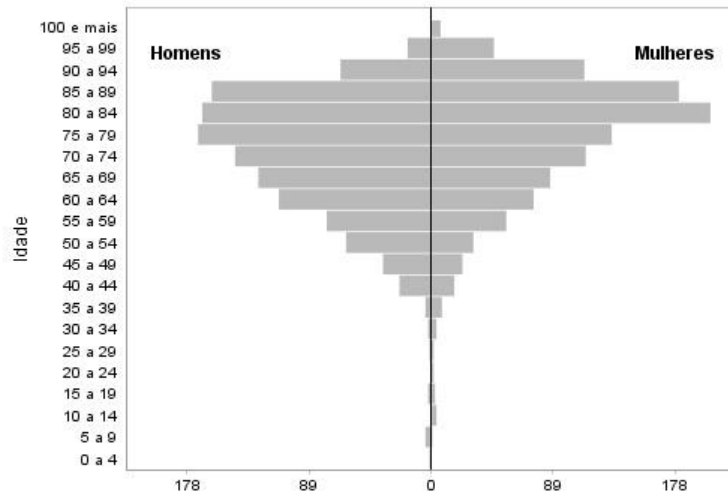


Figura 3-Pirâmide etária dos doentes admitidos nas EIHSCP/EIHSCPPED, 2018 (n=10 393)

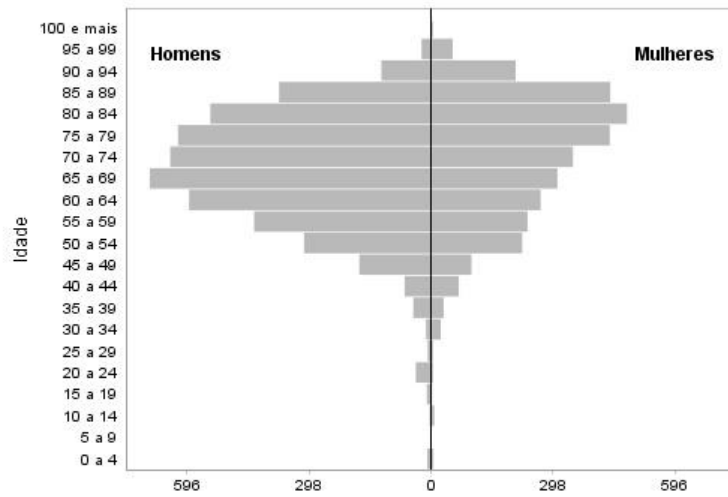


Figura 4-Pirâmide etária dos doentes admitidos nas UCP, 2018 (n=4 412)

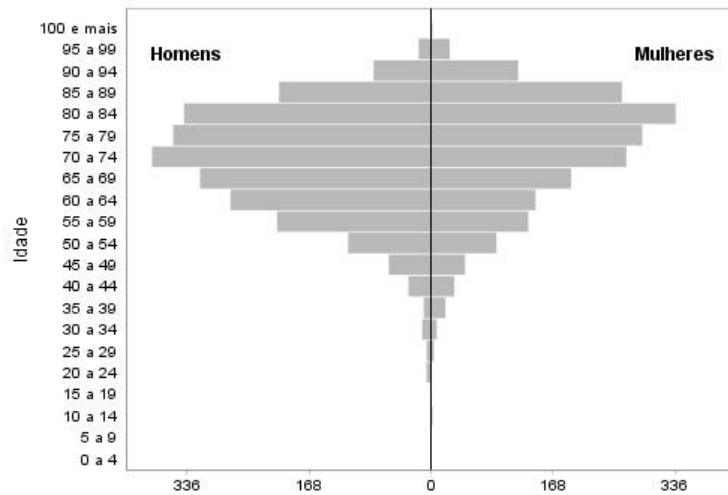
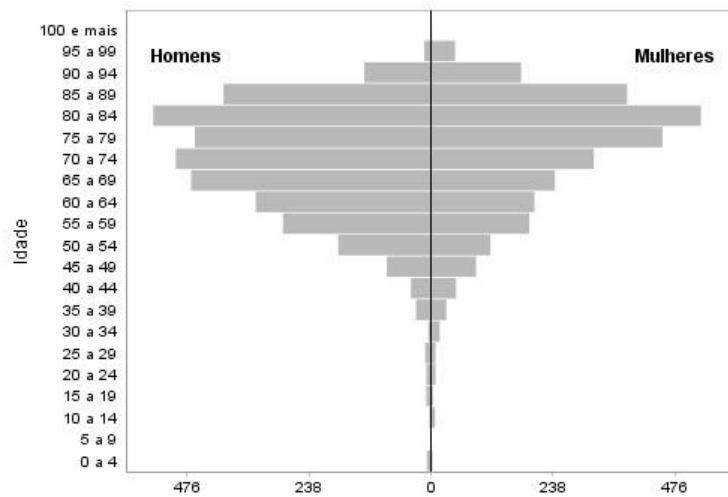


Figura 5-Pirâmide etária dos doentes admitidos nas CE, 2018 (n=8 578)



Género

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

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

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

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

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

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

Tipologia de doença

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

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

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

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

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

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

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

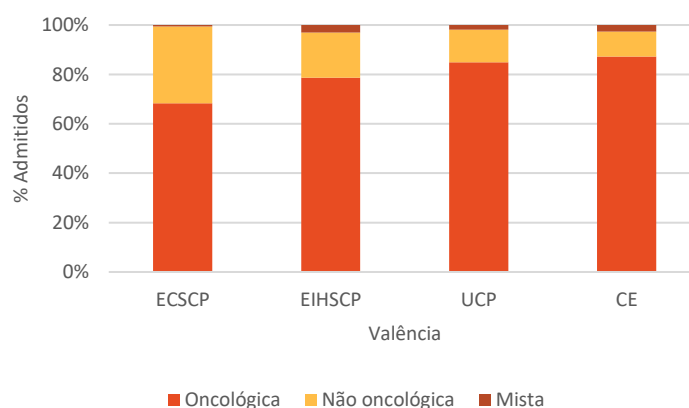
Quanto aos doentes adultos admitidos em 2018, por tipologia de doença e valência verifica-se que a maior proporção de doentes oncológicos se observou na Consulta Externa (87.3%), a de

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

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

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

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

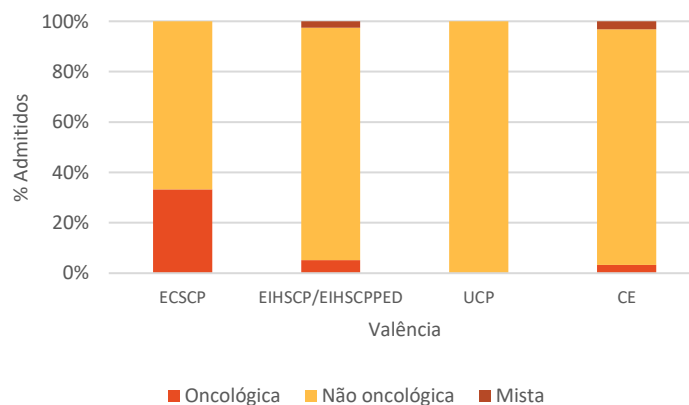


Quanto aos doentes em idade pediátrica admitidos em 2018, por tipologia de doença e valência verifica-se que a maior proporção de doentes oncológicos se observou nas ECSCP (33.3%), a de doentes não oncológicos aconteceu nas UCP (100%) e a dos doentes com doença mista na consulta externa (3.2%). (Tabela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

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

Distrito	Oncológica		Não oncológica		Mista		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ECSCP	4	33.3	8	66.7	0	0.0	12	14.1
EIHSCP/EIHSCPPED	2	5.1	36	92.3	1	2.6	39	45.9
UCP	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	3.5
CE	1	3.2	29	93.5	1	3.2	31	36.5
Total	7	8.2	76	89.4	2	2.4	85	0.5

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



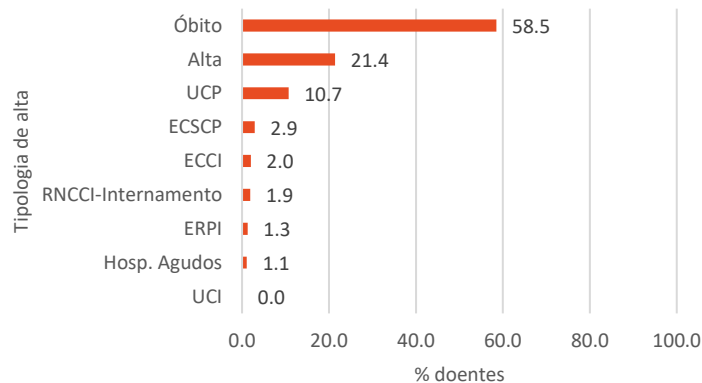
Tipologia de alta

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

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

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

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



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

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

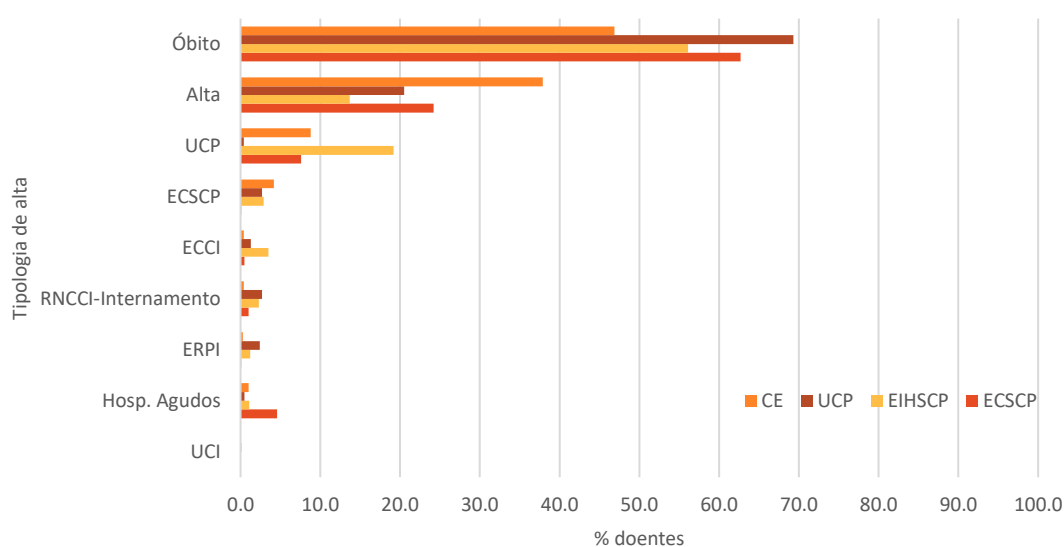
DISTRITO	ALTA		UCP		ECSCP		RNCCI-INTERN		ECCI		HOSP. AGUDOS		UCI		ERPI		ÓBITO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aveiro	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	5.0
Beja	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	0.0
Braga	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2	5.0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

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

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

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

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

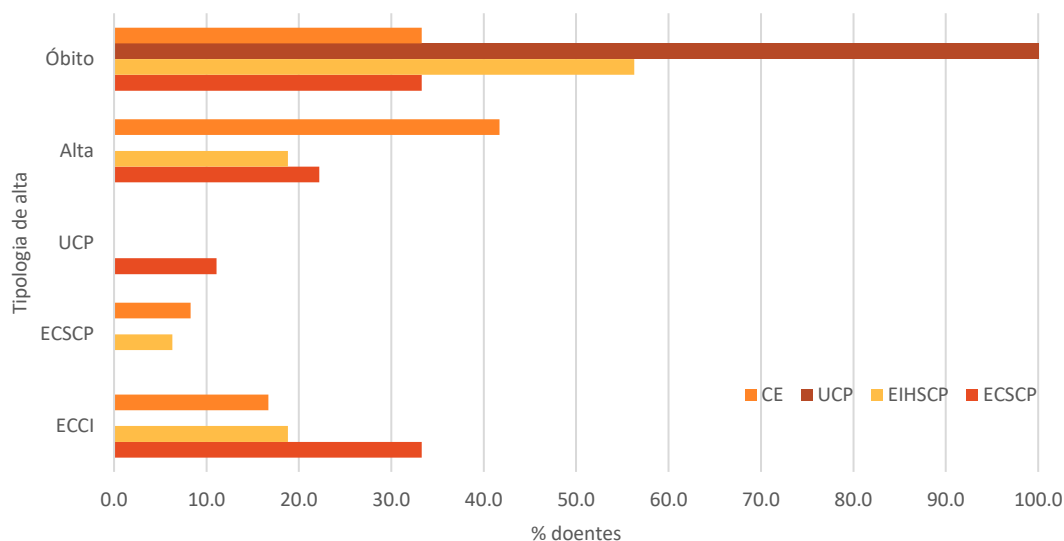


Na população em idade pediátrica, verifica-se que a maior proporção de óbitos se se verificou nas UCP com 100% e a menor nas ECSCP e CE com 33.3%. Por sua vez, quanto às altas, a maior proporção observa-se nas CE (41.7%) e a menor nas UCP (0%). (Tabela 19; Gráfico 11)

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

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

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



Carga Horária Semanal por Doente nas Diferentes Áreas Profissionais

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

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

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

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

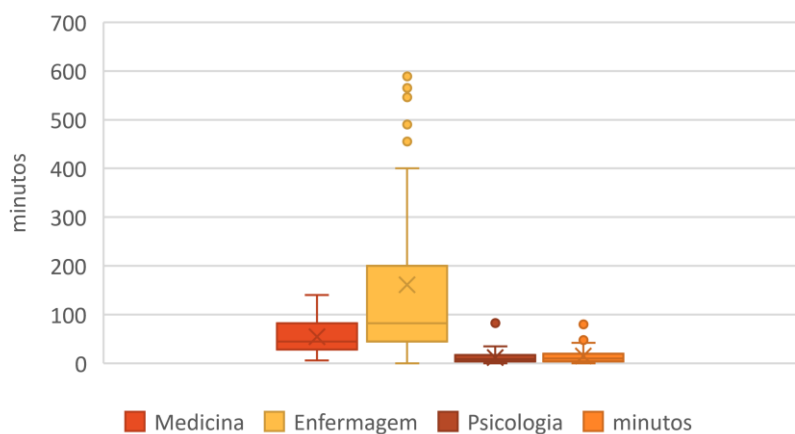
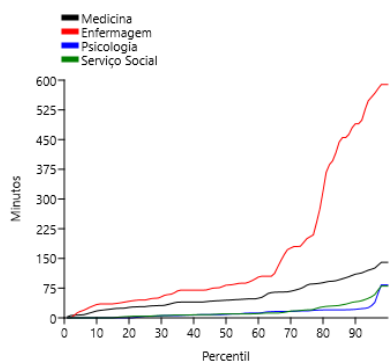


Gráfico 13-Percentis do tempo de alocação semanal por área profissional e doente, em minutos, 2018 (n=48 equipas)



Profissionais por Doentes Cuidados e por População

Medicina

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

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

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

Enfermagem

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

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

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

Psicologia

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

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

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

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

Serviço Social

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

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

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

Assistência Espiritual

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

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

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

Fisioterapia

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

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

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

Terapia Ocupacional e da Fala

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

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

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

Nutrição

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

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

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

Farmácia

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

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

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

Instrumentos de avaliação das necessidades dos doentes e resultados

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

Avaliação do Apoio Social

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

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

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

*Escala não constante da lista de base

Avaliação do Estado Cognitivo/Delirium

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

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

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

*Escala não constante da lista de base

Avaliação da Complexidade dos Doentes

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

Quadro 3-Recurso a Escalas de Avaliação da Complexidade

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

Avaliação da Espiritualidade

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

Quadro 4-Recurso a Escalas de Avaliação da Espiritualidade

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

*Escala não constante da lista de base

Identificação de Doentes com Necessidades Paliativas

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

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

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

Identificação de Risco de Luto Prolongado

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

Quadro 6-Recurso a Escalas de Avaliação do Luto

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

*Escala não constante da lista de base

Avaliação da Performance/Funcionalidade

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

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

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

*Escala não constante da lista de base

Avaliação do Prognóstico

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

Quadro 8-Recurso a Escalas de Avaliação do Prognóstico

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

*Escala não constante da lista de base

Avaliação da Qualidade de Vida e/ou Outcomes

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

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

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

Avaliação do Risco de Quedas

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

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

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

*Escala não constante da lista de base

Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão

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

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

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

Avaliação do Estado de Sedação

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

Quadro 12-Recurso a Escalas de Avaliação da Sedação

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

*Escala não constante da lista de base

Avaliação de Sintomas

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

Quadro 13-Recurso as Escalas de Avaliação de Sintomas

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

*Escala não constante da lista de base

Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores

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

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

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

*Escala não constante da lista de base

Discussão

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

Tendo em conta que segundo os indicadores internacionais⁷ e os referidos na metodologia para a área pediátrica, existirão em Portugal cerca de 102452 doentes adultos e 7828 em idade pediátrica com necessidades paliativas. Em relação ao seu total, a taxa de cobertura determinada com base nos dados disponíveis será de 23.3% o que está em consonância com o preconizado para 2 anos de implementação de um programa de cuidados paliativos.²

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

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

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

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

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

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

Conclusões

Deste relatório importa reiterar as seguintes conclusões:

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

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

Recomendações

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

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

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Health financing for universal coverage: What is universal coverage? World Health Organization Publisher [Internet]. 2017;1–3. Available from: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/
2. Gómez-Batiste X, Connor S, Foley K, Callaway M, Kumar S, Luyirika E. The Foundations of Palliative Care Public Health Programs. In: Gómez-Batiste X, Connor S, editors. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Barcelona: Chair of Palliative Care; WHO Collaboration Centre Public Health Palliative Care Programmes; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; “la Caixa” Banking Foundation; 2017. p. 63–78.
3. Capelas ML, Coelho SP, Murinello AN, Simões AS, Teves C, Durão S, et al. Relatório de Outono 2019 do Observatório Português dos Cuidados Paliativos - Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos [Internet]. Lisboa; 2019. Available from: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file>
4. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos [Internet]. Lisboa; 2016. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1-1.pdf
5. Capelas ML. Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2014.
6. Capelas ML, Silva AE, Coelho SP, Afonso T, Simões C. Relatório de Outono 2018 do Observatório Português dos Cuidados Paliativos - Indicadores de Qualidade Prioritários para os Serviços de Cuidados Paliativos em Portugal [Internet]. Lisboa; 2018. Available from: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/3886/file>
7. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. Palliat Med [Internet]. 2014;28(4):302–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24403380>
8. Gómez-Batiste X, Connor S, Murray S, Krakauer E, Radbruch L, Luyirika E, et al. Principles, Definitions and Concepts. In: Gómez-Batiste X, Connor S, editors. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Barcelona: Chair of Palliative Care; WHO Collaboration Centre Public Health Palliative Care Programmes; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; “la Caixa” Banking Foundation; 2017. p. 45–62