



**CATOLICA**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

# Relatório de Outono 2023



## Secção

### Atividade Assistencial das Equipas/Serviços de Cuidados Paliativos

#### Coordenadores

*Manuel Luís Capelas, PhD*  
*Tânia Afonso, PhD*

#### Colaboradores

*Carla Teves*  
*Inês Santos, MSc*  
*Larissa Benites, MSc*  
*Sofia Durão, MSc*

dezembro de 2024

## Introdução

Cobertura Universal de Saúde segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup> implica:

1. Acessibilidade em tempo útil às diversas tipologias de cuidados de saúde por parte de todos(as) os que delas necessitam;
2. Efetividade das equipas/serviços no atingimento dos resultados que são desejados e preconizados;
3. Suportabilidade económica dos(as) utentes para aceder aos cuidados necessários.<sup>1</sup>

Assim, identificar número de doentes referenciados(as) e admitidos(as), e sua comparação com as estimativas preconizadas, é uma das ferramentas para analisar a taxa de cobertura universal em cuidados paliativos 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 ser de 75-100%.<sup>2</sup>

A análise do indicador acima referido não pode ser dissociada do rácio de profissionais de saúde dedicados(as) a cuidados paliativos, por número de doente, e tempo que a cada um poderão alocar.

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(as) 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.<sup>3,4</sup>

## 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(as) e admitidos(as) nos serviços de cuidados paliativos;
- 3) Caracterizar quanto ao género, faixa etária, tipologia de doença e tipologia de altas, os(as) doentes admitidos(as) 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(as) doentes e resultados dos cuidados utilizados pelos serviços de cuidados paliativos.

## Metodologia

Estudo analítico, observacional e transversal, reportando-se ao ano de 2022.

### ***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(uas) colegas,<sup>5</sup> 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 OPCP com a colaboração da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, coordenado pela Dr.<sup>a</sup> 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 2018 a 2022.

### **Atividade assistencial**

Para o estudo da atividade assistencial (número de doentes referenciados(as) e admitidos(as), caracterização dos(as) doentes admitidos(as) e instrumentos de avaliação utilizados) identificámos os serviços com critérios de inclusão (exercer atividade assistencial no ano de 2022) através do Diretório Nacional de Cuidados Paliativos do Observatório Português dos Cuidados Paliativos<sup>6</sup> e do Relatório de implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2021-2022<sup>7</sup>.

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(as), número total de doentes admitidos(as) e destes, o género, faixa etária em intervalos quinquenais, tipologia de doença, tipologia de alta, número médio de doentes cuidados(as) 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”.

De um total de 127 equipas/serviços de cuidados paliativos (públicos e privados) com existência a 31 de dezembro de 2022, obtiveram-se dados de 39, o que fez uma taxa de resposta de 30.7%. Ao nível das UCP obtivemos 6 em 33 respostas possíveis (taxa de resposta de 18.2%), das EIHS CP obtiveram-se 14 em 49 possíveis respostas (taxa de resposta de 28.6%), nas ECSCP as respostas foram de 15 em 34 possíveis (taxa de resposta de 44.1%) e nas EIHS CPPED as respostas foram de 4 em 10 possíveis (taxa de resposta de 40%).

Se considerarmos apenas as equipas/serviços de cuidados paliativos públicos, de um total de 123 obtiveram-se dados de 37, o que fez uma taxa de resposta de 30.1%. Ao nível das UCP obtivemos 5 em 32 respostas possíveis (taxa de resposta de 15.6%), das EIHS CP obtiveram-se 14 em 48 possíveis respostas (taxa de resposta de 29.2%), nas ECSCP as respostas foram de 14 em 33 possíveis (taxa de resposta de 42.4%) e nas Equipas Intrahospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHS CPPED) as respostas foram de 4 em 10 possíveis (taxa de resposta de 40%).

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

- **ECSCP:** ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ACES Lisboa Central; ACES Loures-Odivelas; ACES Sintra; Unidade de Apoio Domiciliário-Instituto Português de Oncologia de Lisboa; InQUE; ACES Arrábida; ACES Almada-Seixal; ACES Dão Lafões; ACES Douro Sul; ACES Espinho-Gaia; ACES Baixo Vouga; ACES Póvoa do Varzim-Vila do Conde; Unidade de

Saúde da Ilha Terceira-Centro de Saúde Praia da Vitória e Centro de Saúde Angra do Heroísmo;

- **EIHSCP:** CH Entre Douro e Vouga; Hospital Santa Maria Maior; CH e Universitário da Cova da Beira; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca; Instituto Português Oncologia de Lisboa; Hospital de Vila Franca de Xira; Hospital Distrital de Santarém; CH de Setúbal; Hospital Garcia de Orta; CH Barreiro Montijo; Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; CH Póvoa do Varzim/ Vila Do Conde; CH Universitário de Lisboa Norte; Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede;
- **UCP:** Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação (ASFE); Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros; Hospital da CUF Porto; CH Barreiro Montijo; Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede; CH Cova da Beira;
- **EIHSCPED:** CH de Setúbal; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca; Instituto Português de Oncologia de Lisboa; Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Foram obtidos dados em relação a 425 profissionais de saúde a exercerem nos serviços respondentes. Destes, 65 são coordenadores(as) das equipas.

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

### ***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(as)/observados(as) por semana, no ano de 2022, 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”.

### ***Profissionais por Doentes Cuidados e por População***

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

### ***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. (Quadro 1)

*Quadro 1-Escalas de avaliação constantes na ficha de registo de dados*

Escala	Designação da Escala
AME	Avaliação de mal-estar emocional
Barthel	Escala de Barthel
Beck (ansiedade)	Beck Anxiety Inventory
Beck (depressão)	Beck Depression Inventory
BPI	Brief Pain Inventory
Braden	Escala de Braden
BSI	Brief Symptom Inventory
CAM	Confusion Assessment Method
CSPC	Consciousness Level Scale for Palliative Care
DN4	Avaliação da Dor Neuropática
DOLOPLUS	Avaliação comportamental de Dor

<b>DRS</b>	Delirium Rating Scale
<b>EAM-OMS</b>	Escala de avaliação da Mucosite da OMS
<b>ECCP</b>	Escala de Capacidade de Cuidar em Cuidados Paliativos
<b>ECOG</b>	Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group
<b>EORTC-QLQ-C30</b>	European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life of Cancer Patients
<b>ESAS</b>	Edmonton Symptom Assessment Scale
<b>Escala de Bristol</b>	Escala de Fezes de Bristol
<b>Escala de Zarit</b>	Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit
<b>FACIT-PAL</b>	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care
<b>FACIT-SP</b>	FACIT Spiritual Well-Being Scale
<b>FIM</b>	Functional Independence Measure
<b>GDS</b>	Geriatric Depression Scale
<b>GIJON</b>	Gijon's social-familial evaluation scale (SFES)
<b>GLASGOW</b>	Escala de Coma de Glasgow
<b>Goldberg</b>	Goldberg Anxiety and Depression Scale
<b>HADS</b>	Hospital Anxiety and Depression Scale
<b>HERTH</b>	Herth Hope Index
<b>ICG ou ICG-R</b>	Inventário de Luto Complicado
<b>IDC-Pal</b>	Instrumento de Diagnóstico da Complexidade em Cuidados Paliativos
<b>IPOS</b>	The Integrated Palliative Care Outcome Scale
<b>Karnofsky</b>	Escala de Karnofsky
<b>Katz</b>	Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária
<b>LANSKY</b>	Es
<b>LAWTON</b>	Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale
<b>MDAS</b>	Memorial Delirium Assessment Scale
<b>Minimental</b>	Mini-Mental State Examination
<b>MORSE (EQM)</b>	Escala de Quedas de Morse
<b>NECPAL</b>	NECPAL (Necessidades Paliativas)
<b>NUDESC</b>	Nursing Delirium Screening Scale
<b>PAINAID</b>	Pain Assessment in Advance Dementia Scale
<b>PaP</b>	The Palliative Prognostic Score (PaP)
<b>PDI</b>	Patient Dignity Inventory
<b>Pfeiffer</b>	Escala de Pfeiffer
<b>PG13</b>	Prolonged Grief Disorder
<b>PIG</b>	Proactive Identification Guidance
<b>PIPS</b>	Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS)
<b>POS</b>	Palliative Care Outcome Scale
<b>POS-I</b>	Integrated Palliative Care Outcome Scale
<b>PPI</b>	Palliative Prognostic Index
<b>PPS</b>	Palliative Performance Scale
<b>PPS-PT</b>	Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos (PPS versão PT)
<b>Questionário GES</b>	Avaliação de recursos e necessidades espirituais e facilitação da intervenção com doentes de Cuidados Paliativos - Grupo Espiritualidade SECPAL (GES) (versão PT)
<b>RAMSAY</b>	Ramsay Sedation Scale
<b>RASS-PAL</b>	Richmond Agitation Sedation Scale Palliative version
<b>SF-36</b>	Short Form (36) Health Survey - Health Status and Quality of Life
<b>SPICT</b>	Supportive and Palliative Care Indicators Tool
<b>STAI</b>	State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
<b>STAS</b>	Support Team Assessment Schedule
<b>WHOQOL</b>	World Health Organization Quality Life

## Resultados

A apresentação dos resultados será realizada em cinco partes:

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

## População com necessidade de cuidados paliativos

### População adulta

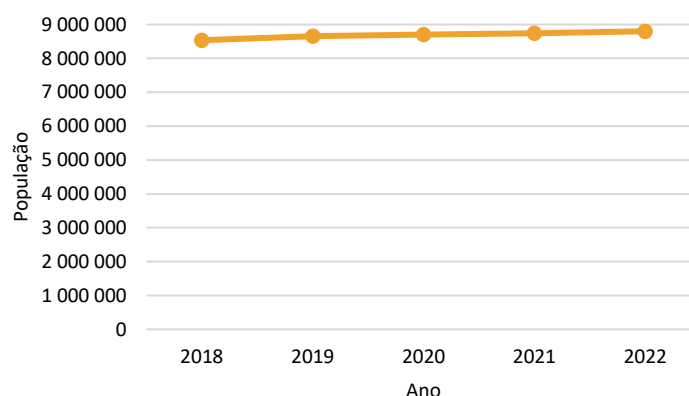
Em 2022, com 18 ou mais anos, residiam em Portugal 8 802 819 indivíduos. O distrito com menor número de residentes, nesta faixa de idades foi Portalegre com cerca de 1.01% da população e o com mais residentes, conforme esperado, foi Lisboa com 21.6% da população nacional. (Tabela 1)

No período que mediou 2013 e 2018 verificou-se um acréscimo de 265 415 pessoas. O aumento da população ocorreu em todos os distritos à exceção de Bragança, Castelo Branco, Guarda, Portalegre e Vila Real, todos distritos do interior. (Tabela 1; Gráfico 1)

Tabela 1-População portuguesa com 18 ou mais anos, por distrito e por ano; Dados INE, 2023

Distrito	2018	2019	2020	2021	2022	2022-2018
Aveiro	585 480	589 797	593 887	599 834	604 856	19 376
Beja	119 027	122 774	123 432	124 299	124 654	5 627
Braga	689 992	702 631	709 650	713 379	719 451	29 459
Bragança	109 082	109 483	108 659	108 016	107 923	-1 159
Castelo Branco	155 083	155 603	155 561	155 651	154 995	-88
Coimbra	345 155	351 183	351 568	352 915	353 431	8 276
Évora	129 627	130 205	129 914	130 131	129 685	58
Faro	359 030	386 344	391 141	391 446	393 482	34 452
Guarda	126 451	126 937	126 594	125 858	124 687	-1 764
Leiria	381 917	384 034	388 678	393 264	395 625	13 708
Lisboa	1 839 941	1 878 782	1 879 460	1 883 576	1 897 232	57 291
Portalegre	90 209	90 365	89 964	89 533	88 844	-1 365
Porto	1 478 001	1 497 627	1 501 239	1 515 359	1 533 908	55 907
Santarém	362 567	357 719	360 948	365 483	368 019	5 452
Setúbal	694 987	712 683	723 440	727 006	732 420	37 433
Viana do Castelo	197 614	198 285	199 216	199 300	200 068	2 454
Vila Real	165 922	162 325	162 055	161 426	161 311	-4 611
Viseu	301 693	299 984	301 659	302 324	302 081	388
Açores	195 663	192 334	193 545	195 256	196 868	1 205
Madeira	209 963	208 065	210 161	211 900	213 279	3 316
Total	8 537 404	8 657 160	8 700 771	8 745 956	8 802 819	265 415

Gráfico 1-Variação da população portuguesa com 18 ou mais anos entre 2018 e 2022; dados INE 2023



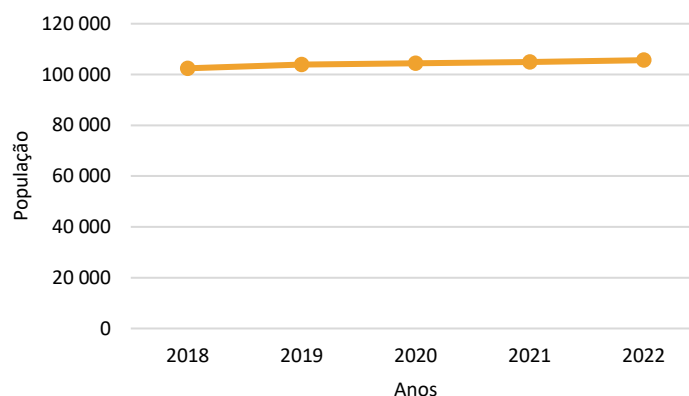
Estima-se que no ano de 2022, a população portuguesa com necessidade de cuidados paliativos, com 18 ou mais anos, foi de 106 633 pessoas, variando entre as 1 066 pessoas em Portalegre e

as 22 767 em Lisboa. No intervalo entre 2018 e 2022 verificou-se um acréscimo de 3 184 pessoas no geral, mas com assimetrias por distrito. Lisboa representou o maior aumento (688 pessoas) e Vila Real a maior diminuição (55 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, 2023*

<b>Distrito</b>	2018	2019	2020	2021	2022	2022-2018
Aveiro	7 026	7 078	7 127	7 198	7 258	232
Beja	1 428	1 473	1 481	1 492	1 496	68
Braga	8 280	8 432	8 516	8 561	8 633	353
Bragança	1 309	1 314	1 304	1 296	1 295	-14
Castelo Branco	1 861	1 867	1 867	1 868	1 860	-1
Coimbra	4 142	4 214	4 219	4 235	4 241	99
Évora	1 556	1 562	1 559	1 562	1 556	0
Faro	4 308	4 636	4 694	4 697	4 722	414
Guarda	1 517	1 523	1 519	1 510	1 496	-21
Leiria	4 583	4 608	4 664	4 719	4 748	165
Lisboa	22 079	22 545	22 554	22 603	22 767	688
Portalegre	1 083	1 084	1 080	1 074	1 066	-17
Porto	17 736	17 972	18 015	18 184	18 407	671
Santarém	4 351	4 293	4 331	4 386	4 416	65
Setúbal	8 340	8 552	8 681	8 724	8 789	449
Viana do Castelo	2 371	2 379	2 391	2 392	2 401	30
Vila Real	1 991	1 948	1 945	1 937	1 936	-55
Viseu	3 620	3 600	3 620	3 628	3 625	5
Açores	2 348	2 308	2 323	2 343	2 362	14
Madeira	2 520	2 497	2 522	2 543	2 559	39
<b>Total</b>	<b>102 449</b>	<b>103 885</b>	<b>104 412</b>	<b>104 952</b>	<b>105 633</b>	<b>3 184</b>

*Gráfico 2-Variação da população portuguesa com 18 ou mais anos, com necessidade de cuidados paliativos entre 2018 e 2022; dados INE 2023*



### **População em idade pediátrica**

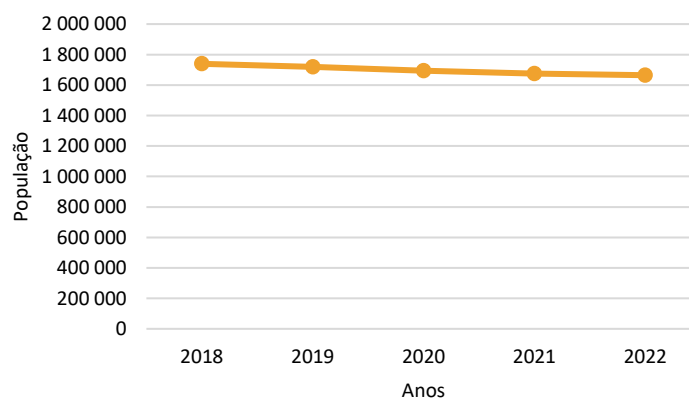
Em 2022, em idade pediátrica (<18 anos), residiam em Portugal 1 664 547 crianças/jovens. O distrito com menor número de residentes, nesta faixa de idades foi Bragança com cerca de 0.9% da população pediátrica e o com mais residentes, como se esperava, foi Lisboa com 24.1% da população pediátrica nacional. (Tabela 3)

No período que mediou 2018 e 2022 verificou-se um decréscimo de 74,666 crianças/jovens. A diminuição da população ocorreu em todos os distritos, à exceção de Portalegre. (Tabela 3; Gráfico 3)

Tabela 3-População portuguesa menor de 18 anos, por distrito e por ano; Dados INE, 2023

Distrito	2018	2019	2020	2021	2022	2022-2018
Aveiro	110 222	111 814	110 107	109 068	108 139	-2 083
Beja	22 151	22 085	21 948	22 054	22 071	-80
Braga	138 658	142 151	139 897	136 749	134 965	-3 693
Bragança	15 489	15 135	14 817	14 436	14 295	-1 194
Castelo Branco	23 955	23 559	23 309	23 013	22 724	-1 231
Coimbra	60 112	60 122	59 262	58 595	58 019	-2 093
Évora	23 238	23 669	23 484	23 376	23 168	-70
Faro	79 834	79 266	78 751	78 537	78 518	-1 316
Guarda	17 903	17 715	17 370	17 010	16 574	-1 329
Leiria	72 675	73 026	72 405	71 905	71 514	-1 161
Lisboa	431 831	413 422	406 780	404 293	404 672	-27 159
Portalegre	15 270	15 859	15 712	15 498	15 277	7
Porto	300 145	297 368	291 392	287 864	285 607	-14 538
Santarém	67 152	67 000	66 554	66 150	65 763	-1 389
Setúbal	157 341	157 447	156 778	155 582	155 508	-1 833
Viana do Castelo	33 340	33 739	33 228	32 582	32 152	-1 188
Vila Real	25 972	24 928	24 414	23 722	23 214	-2 758
Viseu	52 760	52 503	51 508	50 396	49 313	-3 447
Açores	47 183	44 779	44 071	43 538	43 074	-4 109
Madeira	43 982	42 648	41 739	40 793	39 980	-4 002
Total	1 739 213	1 718 235	1 693 526	1 675 161	1 664 547	-74 666

Gráfico 3-Variação da população portuguesa menor de 18 anos entre 2018 e 2022; dados INE 2023



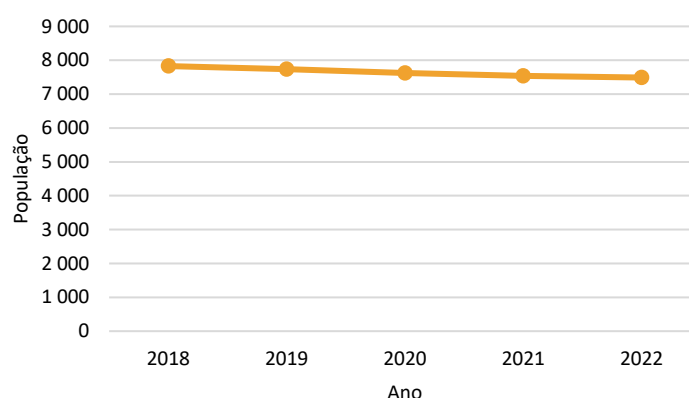
Estima-se que no ano de 2022, a população portuguesa, em idade pediátrica, com necessidade de cuidados paliativos, foi de 7 490 crianças/jovens, variando entre 64 em Bragança e as 1,821 em Lisboa. No intervalo entre 2018 e 2022 verificou-se um decréscimo de 338 crianças/jovens em todos os distritos à exceção de Portalegre. (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, 2023

Distrito	2018	2019	2020	2021	2022	2022-2018
Aveiro	496	503	495	491	487	-9
Beja	100	99	99	99	99	-1
Braga	624	640	630	615	607	-17
Bragança	70	68	67	65	64	-6
Castelo Branco	108	106	105	104	102	-6
Coimbra	271	271	267	264	261	-10
Évora	105	107	106	105	104	-1
Faro	359	357	354	353	353	-6
Guarda	81	80	78	77	75	-6
Leiria	327	329	326	324	322	-5
Lisboa	1 943	1 860	1 831	1 819	1 821	-122
Portalegre	69	71	71	70	69	0
Porto	1 351	1 338	1 311	1 295	1 285	-66
Santarém	302	302	299	298	296	-6
Setúbal	708	709	706	700	700	-8
Viana do Castelo	150	152	150	147	145	-5
Vila Real	117	112	110	107	104	-13
Viseu	237	236	232	227	222	-15
Açores	212	202	198	196	194	-18
Madeira	198	192	188	184	180	-18
<b>Total</b>	<b>7 828</b>	<b>7 734</b>	<b>7 623</b>	<b>7 540</b>	<b>7 490</b>	<b>-338</b>

Gráfico 4-Variação da população portuguesa menor de 18 anos, com necessidade de cuidados paliativos entre 2018 e 2022; dados INE 2023



## 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 número efetivo de equipas que respondeu a cada item em particular.

## Doentes referenciados(as)

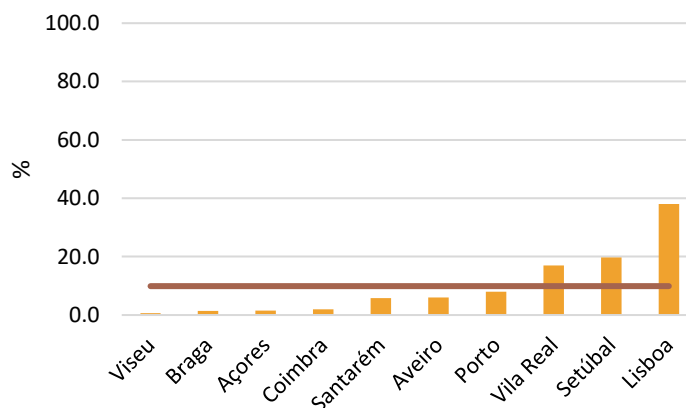
Em consideração ao número de doentes referenciados(as) em 2022, foi-nos indicado por 37 equipas (29.1% das equipas) um total de 11 190 doentes. Destes são indicadas 5 661 (50.6%) referências em EIHS CP, 2 704 (24.2%) em consultas externas (CE), 1 580 (14.1%) em ECSCP, 1 191 (10.6%) em UCP e 54 (0.5%) em EIHS PPD. O distrito com maior percentagem foi Lisboa (38%, 4 251). Deste total, 137 (1.2%) foram-no para equipas privadas. (Tabela 5)

Tabela 5-Doentes referenciados(as) por distrito e valência de equipa, 2022 (n=11 190)

Distrito	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aveiro	39	2.5	357	6.3					275	10.2	671	6.0
Beja												
Braga			52	0.9					101	3.7	153	1.4
Bragança												
Castelo Branco												
Coimbra					224	18.8					224	2.0
Évora												
Faro												
Guarda												
Leiria												
Lisboa	764	48.4	2 702	47.7	253	21.2	35	64.8	497	18.4	4 251	38.0
Portalegre												
Porto	211	13.4	425	7.5			19	35.2	242	8.9	897	8.0
Santarém			309	5.5					345	12.8	654	5.8
Setúbal	332	21.0	1 266	22.4	164	13.8			443	16.4	2 205	19.7
Viana do Castelo												
Vila Real			550	9.7	550	46.2			801	29.6	1 901	17.0
Viseu	63	4.0									63	0.6
Açores	171	10.8									171	1.5
Madeira												
<b>Total</b>	<b>1 580</b>	<b>14.1</b>	<b>5 661</b>	<b>50.6</b>	<b>1 191</b>	<b>10.6</b>	<b>54</b>	<b>0.5</b>	<b>2 704</b>	<b>24.2</b>	<b>11 190</b>	<b>100.0</b>

Com base nos valores apresentados podemos calcular que representam 9.9% do total em relação às estimações. Relativamente à população adulta representam 9.7% e à pediátrica 1.1% relativamente às estimações. Denotam-se variações importantes a nível distrital. A maior percentagem verifica-se em Lisboa (38%) e a menor em Viseu (0.6%). (Gráfico 5)

Gráfico 5-Proporção de doentes referenciados(as), 2022



### Doentes Admitidos(as)

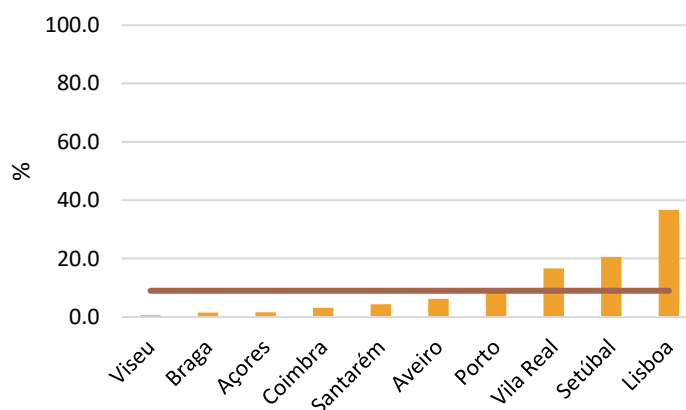
Relativamente ao número de doentes admitidos(as) em 2018, foi-nos indicado, por 37 equipas (29.1%) um total de 10 173 doentes admitidos(as). Destes 4 644 (45.7%) doentes foram admitidos(as) em EIHSCP, 2 413 (23.7%) em CE, 1 572 (15.5%) em UCP, 1 498 (14.7%) em ECSCP e 46 (0.5%) em EIHSCPPED. O distrito com maior percentagem foi Lisboa (36.7%, 3,736). Destes(as) doentes, 524 (5.2%) foram-no por equipas privadas. (Tabela 6)

Tabela 6- Doentes admitidos(as) por distrito e valência de equipa, 2022 (n=10 173)

Distrito	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aveiro	37	2.5	340	7.3					250	10.4	627	6.2
Beja												
Braga			52	1.1					101	4.2	153	1.5
Bragança												
Castelo Branco												
Coimbra					224	14.2			100	4.1	324	3.2
Évora												
Faro												
Guarda												
Leiria												
Lisboa	837	55.9	2 070	44.6	423	26.9	28	60.9	378	15.7	3 736	36.7
Portalegre												
Porto	114	7.6	359	7.7	133	8.5	18	39.1	241	10.0	865	8.5
Santarém			251	5.4					194	8.0	445	4.4
Setúbal	282	18.8	1 022	22.0	326	20.7			463	19.2	2 093	20.6
Viana do Castelo												
Vila Real			550	11.8	466	29.6			686	28.4	1 702	16.7
Viseu	63	4.2									63	0.6
Açores	165	11.0									165	1.6
Madeira												
<b>Total</b>	<b>1 498</b>	<b>14.7</b>	<b>4 644</b>	<b>45.7</b>	<b>1 572</b>	<b>15.5</b>	<b>46</b>	<b>0.5</b>	<b>2 413</b>	<b>23.7</b>	<b>10 173</b>	<b>100.0</b>

Com base nos valores apresentados podemos calcular que a taxa de acessibilidade é de 9% em relação às estimações. Relativamente à população adulta representam 8.9% e à pediátrica 0.9% relativamente às estimações. Existem variações importantes a nível distrital. A maior percentagem verifica-se em Lisboa (36.7%) e a menor em Viseu (0.6%). (Gráfico 6)

Gráfico 6-Taxa de acessibilidade, 2022



### Idade

Quanto à fase etária dos(as) doentes admitidos(as), foi-nos indicado, por 37 equipas (29.1%) um total de adultos de 10 102 (99.3%) em oposição a 71 doentes pediátricos(as) admitidos(as) (0.7%). (Tabela 7)

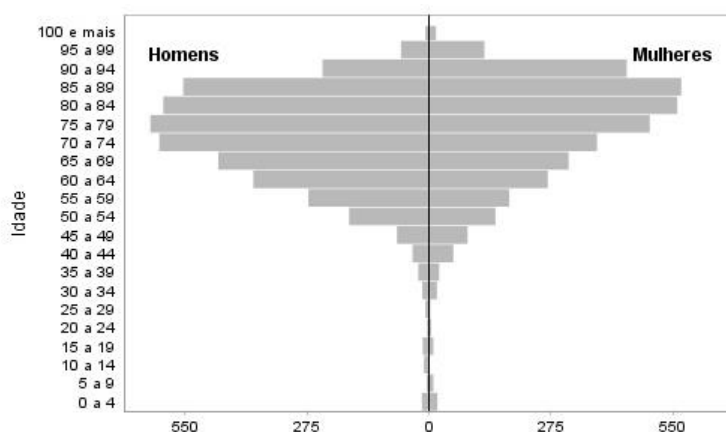
Como nos(as) doentes, em geral (Tabela 6) também, o maior número de doentes adultos(as) admitidos(as) foi registado em Lisboa (3 704; 36.7%) assim como o dos(as) pediátricos(as) (32; 45.1%). (Tabela 7)

Tabela 7- Doentes admitidos(as) por fase etária e distrito, 2022 (n=10 173)

Distrito	Adultos		Pediatria		Total	
	F	%	F	%	F	%
Aveiro	627	6.2			627	6.2
Beja						
Braga	153	1.5			153	1.5
Bragança						
Castelo Branco						
Coimbra	324	3.2			324	3.2
Évora						
Faro						
Guarda						
Leiria						
Lisboa	3 704	36.7	32	45.1	3 736	36.7
Portalegre						
Porto	838	8.3	27	38.0	865	8.5
Santarém	445	4.4			445	4.4
Setúbal	2 081	20.6	12	16.9	2 093	20.6
Viana do Castelo						
Vila Real	1 702	16.8			1 702	16.7
Viseu	63	0.6			63	0.6
Açores	165	1.6			165	1.6
Madeira						
<b>Total</b>	<b>10 102</b>	<b>99.3</b>	<b>71</b>	<b>0.7</b>	<b>10 173</b>	<b>100.0</b>

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

Figura 1-Pirâmide etária dos(as) doentes admitidos(as), 2022 (n=10 173)



Relativamente ao número de doentes adultos(as) admitidos(as) em 2022, foi-nos indicado, por 37 equipas (29.1%), um total de 10 102 doentes admitidos(as). Destes 4 644 (46%) foram admitidos(as) em EIHSCP, 2 397 (23.7%) em CE, 1 572 (15.6%) em UCP e 1 489 (14.7%) em ECSCP. O distrito com maior percentagem foi Lisboa (36.7%, 3 704). (Tabela 8)

Tabela 8- Adultos(as) admitidos(as) por distrito e valência de equipa, 2022 (n=10 102)

Distrito	ECSCP		EIHSCP		UCP		CE		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aveiro	37	5.9	340	54.2			250	39.9	627	6.2
Beja										
Braga			52	34.0			101	66.0	153	1.5
Bragança										
Castelo Branco										
Coimbra					224	69.1	100	30.9	324	3.2
Évora										
Faro										
Guarda										
Leiria										
Lisboa	833	22.5	2 070	55.9	423	11.4	378	10.2	3 704	36.7
Portalegre										
Porto	114	13.6	359	42.8	133	15.9	232	27.7	838	8.3
Santarém			251	56.4			194	43.6	445	4.4
Setúbal	277	13.3	1 022	49.1	326	15.7	456	21.9	2 081	20.6
Viana do Castelo										
Vila Real			550	32.3	466	27.4	686	40.3	1 702	16.8
Viseu	63	100.0							63	0.6
Açores	165	100.0							165	1.6
Madeira										
<b>Total</b>	<b>1 489</b>	<b>14.7</b>	<b>4 644</b>	<b>46.0</b>	<b>1 572</b>	<b>15.6</b>	<b>2 397</b>	<b>23.7</b>	<b>10 102</b>	<b>100.0</b>

Relativamente ao número de doentes pediátricos(as) admitidos(as) em 2022 foi-nos indicado, por 37 (29.1%) equipas, um total de 71 admitidos(as). Destes 46 (64.8%) admitidos(as) em EIHSCPPED, 16 (22.5%) em CE e 9 (12.7%) em ECSCP. O distrito com maior percentagem de admitidos(as) foi Lisboa (45.1%, 32). (Tabela 9)

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

Distrito	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aveiro												
Beja												
Braga												
Bragança												
Castelo Branco												
Coimbra												
Évora												
Faro												
Guarda												
Leiria												
Lisboa	4	12.5					28	87.5			32	45.1
Portalegre												
Porto							18	66.7	9	33.3	27	38.0
Santarém												
Setúbal	5	41.7							7	58.3	12	16.9
Viana do Castelo												
Vila Real												
Viseu												
Açores												
Madeira												
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12.7</b>					<b>46</b>	<b>64.8</b>	<b>16</b>	<b>22.5</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>

Com exceção natural das EIHSCPPED, percebe-se em comum entre todas as valências uma população idosa, com maior concentração nas faixas etárias dos 65 aos 95 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 2-6)

Figura 2-Pirâmide etária dos(as) doentes admitidos(as) nas ECSCP, 2022 (n=1 489)

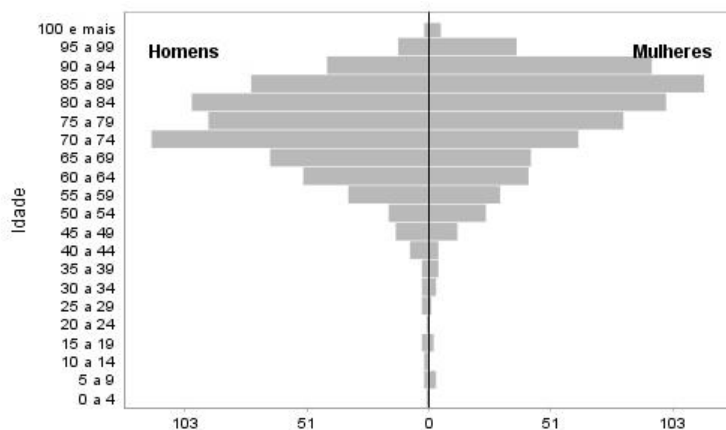


Figura 3-Pirâmide etária dos(as) doentes admitidos(as) nas EIHSCP, 2022 (n=4 644)

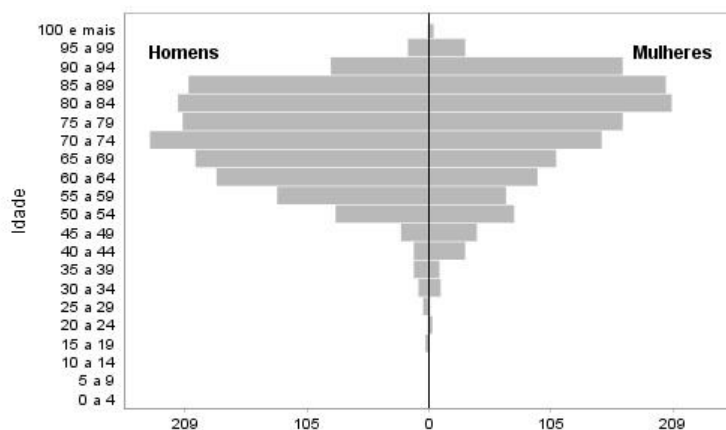


Figura 4-Pirâmide etária dos(as) doentes admitidos(as) nas UCP, 2022 (n=1 572)

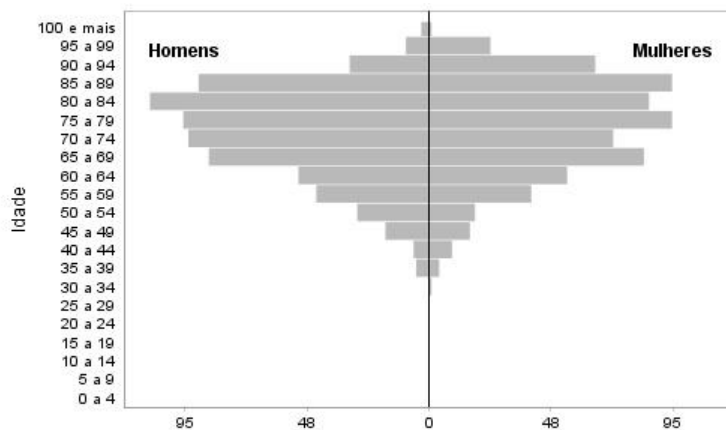


Figura 5-Pirâmide etária dos doentes admitidos(as) nas EIHSPPED, 2022 (n=46)

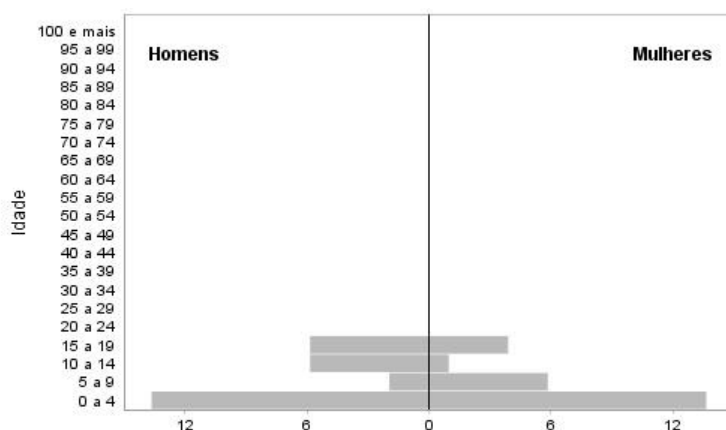
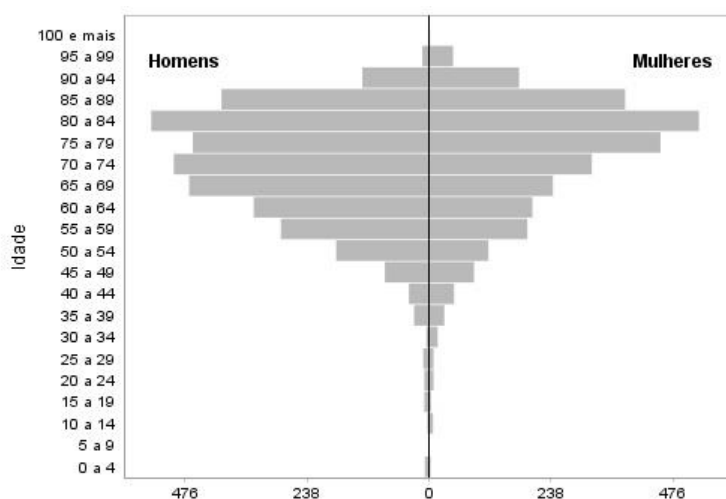


Figura 6-Pirâmide etária dos(as) doentes admitidos(as) nas CE, 2018 (n=8 578)



## Género

Quanto aos(as) doentes adultos admitidos(as) em 2022, foi-nos indicado, por 37 (29.1%) equipas, um total de 5 786 (54%) adultos(as) do género feminino e 4 932 (46%) do género masculino. (Tabela 10)

Tabela 10- Adultos admitidos(as) por género e distrito, 2022 (n=10 718)

Distrito	Feminino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Aveiro	364	6.3	263	5.3	627	5.8
Beja						
Braga	80	1.4	73	1.5	153	1.4
Bragança						
Castelo Branco						
Coimbra	162	2.8	162	3.3	324	3.0
Évora						
Faro						
Guarda						
Leiria						
Lisboa	2 204	38.1	2 009	40.7	4 213	39.3
Portalegre						
Porto	469	8.1	369	7.5	838	7.8
Santarém	237	4.1	208	4.2	445	4.2
Setúbal	1 236	21.4	952	19.3	2 188	20.4
Viana do Castelo						
Vila Real	903	15.6	799	16.2	1 702	15.9
Viseu	39	0.7	24	0.5	63	0.6
Açores	92	1.6	73	1.5	165	1.5
Madeira						
<b>Total</b>	<b>5 786</b>	<b>54.0</b>	<b>4 932</b>	<b>46.0</b>	<b>10 718</b>	<b>100.0</b>

Quanto aos(às) doentes pediátricos(as) admitidos(as) em 2022, foi-nos indicado, por 37 (29.1%) das equipas, um total de 39 (50%) do género feminino e 39 do género feminino (50%). (Tabela 11)

Tabela 11-Doentes em idade pediátrica admitidos(as) por género e distrito, 2022 (n=78)

Distrito	Feminino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Aveiro						
Beja						
Braga						
Bragança						
Castelo Branco						
Coimbra						
Évora						
Faro						
Guarda						
Leiria						
Lisboa	20	51.3	19	48.7	39	50.0
Portalegre						
Porto	12	30.8	15	38.5	27	34.6
Santarém						
Setúbal	7	17.9	5	12.8	12	15.4
Viana do Castelo						
Vila Real						
Viseu						
Açores						
Madeira						
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>50.0</b>	<b>39</b>	<b>50.0</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

### Tipologia de doença

Em relação aos(às) doentes adultos(as) admitidos(as) em 2022, e dos quais em 12 519 (dados de 37 equipas; 29.1%) temos informação que quanto à tipologia de doença, se verificam 6 161 adultos(as) com doença oncológica (68.2%), 2 333 (25.8%) com doença não oncológica e 535 (5.9%) admitidos(as) com doença mista. A maior proporção de doentes admitidos(as) com doença oncológica observa-se em Coimbra (100%) e a menor no Porto (44%). Em relação aos(às) doentes com doença não-oncológica, a maior proporção verifica-se no Porto (48.5%) e a menor



em Santarém (8.5%). A maior proporção de doentes admitidos(as) com doença mista verifica-se em Braga (21.6%). (Tabela 12)

Tabela 12- Adultos(as) admitidos(as) por tipologia de doença e distrito, 2022 (n=9 029)

Distrito	Oncológica		Não oncológica		Mista		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Aveiro	499	79.6	113	18.0	15	2.4	627	6.9
Beja								
Braga	70	45.8	50	32.7	33	21.6	153	1.7
Bragança								
Castelo Branco								
Coimbra	100	100.0					100	1.1
Évora								
Faro								
Guarda								
Leiria								
Lisboa	2 736	73.7	784	21.1	193	5.2	3 713	41.1
Portalegre								
Porto	306	44.0	337	48.5	52	7.5	695	7.7
Santarém	407	91.5	38	8.5			445	4.9
Setúbal	1 027	75.5	284	20.9	50	3.7	1 361	15.1
Viana do Castelo								
Vila Real	847	49.7	678	39.8	179	10.5	1 704	18.9
Viseu	40	60.6	23	34.8	3	4.5	66	0.7
Açores	129	78.2	26	15.8	10	6.1	165	1.8
Madeira								
<b>Total</b>	<b>6 161</b>	<b>68.2</b>	<b>2 333</b>	<b>25.8</b>	<b>535</b>	<b>5.9</b>	<b>9 029</b>	<b>100.0</b>

Comparativamente a 2018, observa-se diminuição estatisticamente significativa na proporção de doentes com doença oncológica ( $p<0.001$ )<sup>a</sup> e aumento estatisticamente significativo nas proporções de doentes com doença não oncológica ( $p<0.001$ )<sup>b</sup> e mista ( $p<0.001$ )<sup>c</sup>.

Quanto aos(às) doentes em idade pediátrica admitidos(as) (78) e indicados por 29.1% das equipas, em 2022, por tipologia de doença e distrito verificam-se 54 com doença não oncológica (69.2%), 24 (30.8%) com doença oncológica e nenhum(a) admitido(a) com doença mista. A maior proporção de doentes admitidos(as) com doença oncológica observa-se em Lisboa (53.8%) e a menor em Setúbal (25%). Em relação aos(às) doentes com doença não-oncológica, a maior proporção verifica-se no Porto (100%) e a menor em Lisboa (46.2%). (Tabela 13)

<sup>a</sup> 2018 (80.7%) > 2022 (68.2%)

<sup>b</sup> 2018 (16.8%) < 2022 (25.8%)

<sup>c</sup> 2018 (2.5%) < 2022 (5.9%)

Tabela 13- Doentes em idade pediátrica admitidos(as) por tipologia de doença e distrito, 2022 (n=85)

Distrito	Oncológica		Não oncológica		Mista		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Aveiro								
Beja								
Braga								
Bragança								
Castelo Branco								
Coimbra								
Évora								
Faro								
Guarda								
Leiria								
Lisboa	21	53.8	18	46.2			39	50.0
Portalegre								
Porto			27	100.0			27	34.6
Santarém								
Setúbal	3	25.0	9	75.0			12	15.4
Viana do Castelo								
Vila Real								
Viseu								
Açores								
Madeira								
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>30.8</b>	<b>54</b>	<b>69.2</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

Comparando com 2018, observa-se aumento estatisticamente significativos na proporção de doentes pediátricos(as) oncológicos(as) ( $p=0.0005$ )<sup>d</sup> e diminuição estatisticamente significativas na proporção de doentes pediátricos(as) não-oncológicos(as) ( $p=0.0026$ )<sup>e</sup>.

Quanto aos(as) doentes adultos(as) admitidos(as) em 2022, por tipologia de doença e valência verifica-se que a maior proporção de doentes oncológicos(as) se observou nas ECSCP (72.3%), a de doentes não oncológicos(as) aconteceu, também, nas ECSCP (33.4%) e a dos(as) doentes com doença mista, na consulta externa (7.1%). (Tabela 14; Gráfico 7)

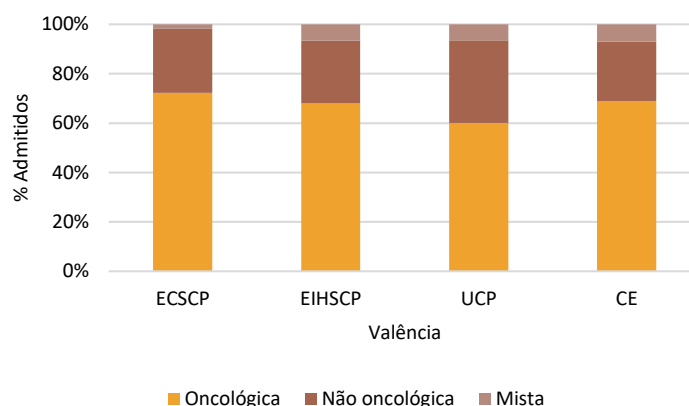
Tabela 14- Adultos(as) admitidos(as) por tipologia de doença e valência, 2022 (n=9 029)

Tipologia	Oncológica		Não oncológica		Mista		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ECSCP	1 062	72.3	380	25.9	27	1.8	1 469	16.3
EIHSCP	3 002	68.0	1 123	25.4	290	6.6	4 415	48.9
ECSCP	477	60.1	265	33.4	52	6.5	794	8.8
CE	1 620	68.9	565	24.0	166	7.1	2 351	26.0
<b>Total</b>	<b>6 161</b>	<b>68.2</b>	<b>2 333</b>	<b>25.8</b>	<b>535</b>	<b>5.9</b>	<b>9 029</b>	<b>100.0</b>

<sup>d</sup> 2018 (8.2%) < 2022 (30.8%)

<sup>e</sup> 2018 (89.4%) > 2022 (69.2%)

Gráfico 7-Adultos(as) admitidos(as) por tipologia de doença e valência, 2022 (n=9 029)

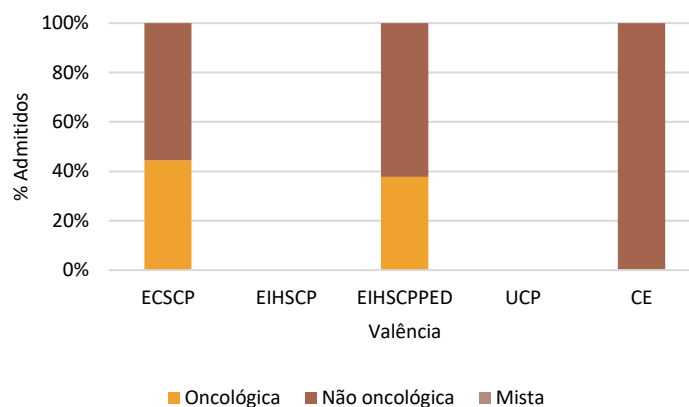


Quanto aos(as) doentes em idade pediátrica admitidos(as) em 2022, por tipologia de doença e valência verifica-se que a maior proporção de doentes oncológicos(as) se observou nas ECSCP (44.4%), a de doentes não oncológicos(as) aconteceu na consulta externa (100%). (Tabela 15; Gráfico 8)

Tabela 15-Doentes em idade pediátrica admitidos(as) por tipologia de doença e valência, 2022 (n=78)

Distrito	Oncológica		Não oncológica		Mista		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ECSCP	4	44.4	5	55.6			9	11.5
EIHS CP							0	0.0
EIHS CPPED	20	37.7	33	62.3			53	67.9
UCP							0	0.0
CE			16	100.0			16	20.5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>30.8</b>	<b>54</b>	<b>69.2</b>			<b>78</b>	<b>100.0</b>

Gráfico 8-Doentes em idade pediátrica admitidos(as) por tipologia de doença e valência, 2022 (n=78)



### Tipologia de alta

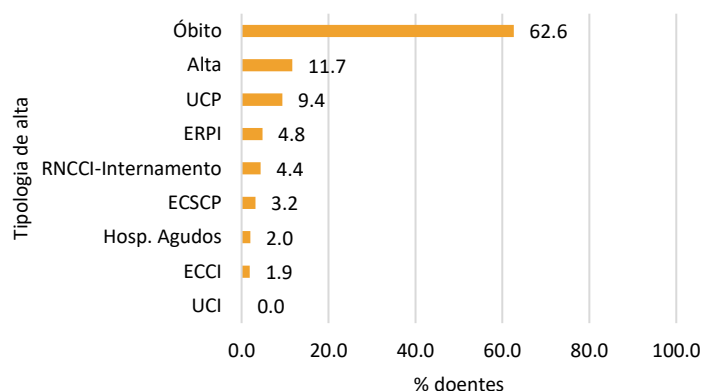
No que se refere à tipologia de alta por distrito em doentes adultos(as) são registados 5 605 óbitos (62.6%), 1 047 altas (11.7%), 845 transferências para UCP (9.4%), 427 (4.8%) transferências para Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), 396 (4.4%) transferências para unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Internados (RNCCI-INTERN), 284 (3.2%) transferências para ECSCP, 180 (2%) transferências para hospital de agudos, 172 (1.9%) transferências para Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e uma transferência para Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). O distrito com maior proporção de

altas é Santarém com 26.8% e o com menor são os Açores com 1.1%. Por sua vez o com maior proporção de óbitos são os Açores (94.6%) e o com menor é Viseu (38.1%). (Tabela 16; Gráfico 9)

Tabela 16- Tipologia de alta por distrito, doentes adultos(as), 2022 (n=8 957)

DISTRITO	ALTA		UCP		ECSCP		RNCCI-INTERN		ECCI		HOSP. AGUDOS		UCI		ERPI		ÓBITO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aveiro	22	5.8	33	8.7	3	0.8	9	2.4	6	1.6	17	4.5			1	0.3	287	75.9	378	4.2
Beja																				
Braga	23	19.3					27	22.7									69	58.0	119	1.3
Bragança																				
Castelo Branco																				
Coimbra	23	10.5					29	13.2							5	2.3	163	74.1	220	2.5
Évora																				
Faro																				
Guarda																				
Leiria																				
Lisboa	238	7.1	439	13.2	148	4.4	35	1.0	73	2.2	108	3.2	1	0.0	38	1.1	2 255	67.6	3 335	37.2
Portalegre																				
Porto	190	21.6	9	1.0	2	0.2	10	1.1	5	0.6	6	0.7			75	8.5	583	66.3	880	9.8
Santarém	94	26.8	12	3.4	23	6.6			23	6.6					19	5.4	180	51.3	351	3.9
Setúbal	173	8.3	201	9.7	101	4.9	221	10.6	65	3.1	23	1.1			11	0.5	1 286	61.8	2 081	23.2
Viana do Castelo																				
Vila Real	283	19.4	139	9.5	7	0.5	61	4.2			15	1.0			275	18.8	679	46.5	1 459	16.3
Viseu			12	28.6			2	4.8			11	26.2			1	2.4	16	38.1	42	0.5
Açores	1	1.1					2	2.2							2	2.2	87	94.6	92	1.0
Madeira																				
<b>TOTAL</b>	<b>1 047</b>	<b>11.7</b>	<b>845</b>	<b>9.4</b>	<b>284</b>	<b>3.2</b>	<b>396</b>	<b>4.4</b>	<b>172</b>	<b>1.9</b>	<b>180</b>	<b>2.0</b>	<b>1</b>	<b>0.0</b>	<b>427</b>	<b>4.8</b>	<b>5 605</b>	<b>62.6</b>	<b>8 957</b>	<b>100.0</b>

Gráfico 9-Tipologia de alta, doentes adultos(as), 2022 (n=8 957)



Comparando com 2018, observam-se aumentos estatisticamente significativos na proporção de doentes que faleceram ( $p < 0.001$ )<sup>f</sup>, que foram transferidos(as) para ERPI ( $p < 0.001$ )<sup>g</sup>, para unidades de internamento que não de cuidados paliativos da RNCCI ( $p < 0.001$ )<sup>h</sup> e para internamento em hospitais de agudos ( $p < 0.001$ )<sup>i</sup>. Há diminuições estatisticamente significativas na proporção de doentes com alta ( $p < 0.001$ )<sup>j</sup> e transferidos(as) para UCP ( $p = 0.0013$ )<sup>k</sup>.

No que se refere à tipologia de alta por distrito em doentes em idade pediátrica são registados 25 óbitos (32.5%), 24 altas (31.2%), 14 (18.2%) transferências para Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), 6 (7.8%) transferências para ECSCP e internamento em hospitais de agudos, e 2 (2.6%) transferências para unidades de internamento da RNCCI. O distrito com

<sup>f</sup> 2018 (58.5%) < 2022 (62.6%)

<sup>g</sup> 2018 (1.3%) < 2022 (4.8%)

<sup>h</sup> 2018 (1.8%) < 2022 (4.4%)

<sup>i</sup> 2018 (1.1%) < 2022 (2.0%)

<sup>j</sup> 2018 (21.4%) > 2022 (11.7%)

<sup>k</sup> 2018 (10.7%) > 2022 (9.4%)

maior proporção de altas é o Porto com 41.4% e o com menor é Lisboa com 29.3%. Por sua vez, o com maior proporção de óbitos é Lisboa (51.2%) e o com menor é Porto (6.9%). (Tabela 17)

Tabela 17-Tipologia de alta por distrito, doentes em idade pediátrica, 2022 (n=77)

DISTRITO	ALTA		ECSCP		RNCCI-INTERN		ECCI		HOSP. AGUDOS		ÓBITO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Aveiro														
Beja														
Braga														
Bragança														
Castelo Branco														
Coimbra														
Évora														
Faro														
Guarda														
Leiria														
Lisboa	12	29.3	4	9.8			2	4.9	2	4.9	21	51.2	41	53.2
Portalegre														
Porto	12	41.4			2	6.9	12	41.4	1	3.4	2	6.9	29	37.7
Santarém														
Setúbal			2	28.6					3	42.9	2	28.6	7	9.1
Viana do Castelo														
Vila Real														
Viseu														
Açores														
Madeira														
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>31.2</b>	<b>6</b>	<b>7.8</b>	<b>2</b>	<b>2.6</b>	<b>14</b>	<b>18.2</b>	<b>6</b>	<b>7.8</b>	<b>25</b>	<b>32.5</b>	<b>77</b>	<b>100.1</b>

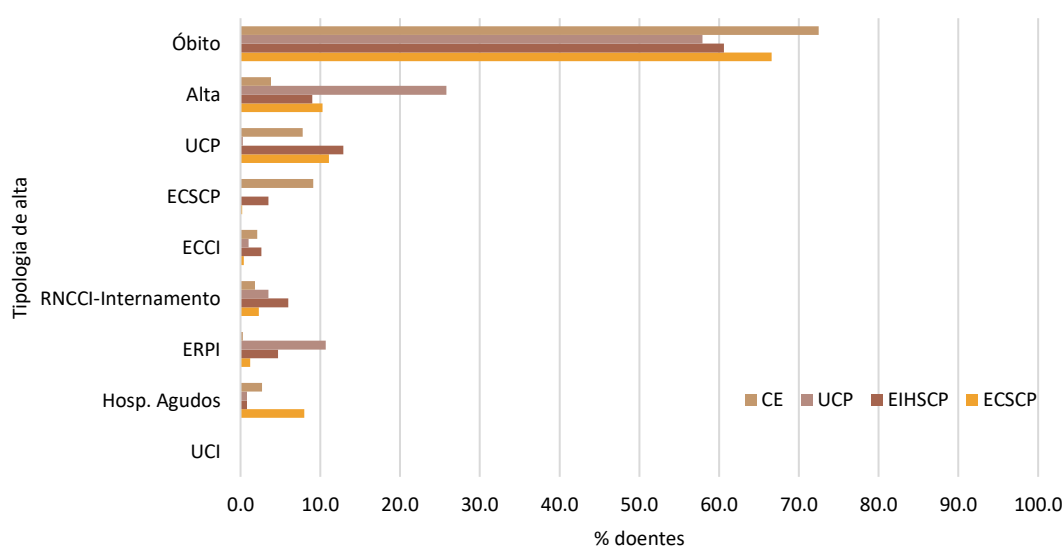
Comparando com 2018, não existem alterações estatisticamente significativas nas proporções.

Analisando o mesmo indicador, mas agora por tipologia de equipa, verifica-se que na população adulta, a maior proporção de óbitos se verificou nas CE com 72.5% e a menor nas UCP com 57.9%. Por sua vez, quanto às altas, a maior proporção observa-se nas UCP (25.8%) e a menor nas CE (3.8%). (Tabela 18; Gráfico 10)

Tabela 18- Tipologia de alta por valência, doentes adultos(as), 2022 (n=8 957)

DISTRITO	ALTA		UCP		ECSCP		RNCCI-INTERN		ECCI		HOSP. AGUDOS		UCI		ERPI		ÓBITO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
ECSCP	120	10.3	130	11.1	2	0.2	27	2.3	5	0.4	93	8.0			14	1.2	778	66.6	1 169	13.1
EIHSCP	423	9.0	607	12.9	163	3.5	284	6.0	122	2.6	37	0.8	1	0.0	220	4.7	2 854	60.6	4 711	52.6
UCP	454	25.8	5	0.3			62	3.5	18	1.0	14	0.8			189	10.7	1 021	57.9	1 763	19.7
CE	50	3.8	103	7.8	119	9.1	23	1.8	27	2.1	36	2.7			4	0.3	952	72.5	1 314	14.7
<b>TOTAL</b>	<b>1 047</b>	<b>11.7</b>	<b>845</b>	<b>9.4</b>	<b>284</b>	<b>3.2</b>	<b>396</b>	<b>4.4</b>	<b>172</b>	<b>1.9</b>	<b>180</b>	<b>2.0</b>	<b>1</b>	<b>0.0</b>	<b>427</b>	<b>4.8</b>	<b>5 605</b>	<b>62.6</b>	<b>8 957</b>	<b>100.0</b>

Gráfico 10- Tipologia de alta por valência, doentes adultos(as), 2022 (n=8 957)

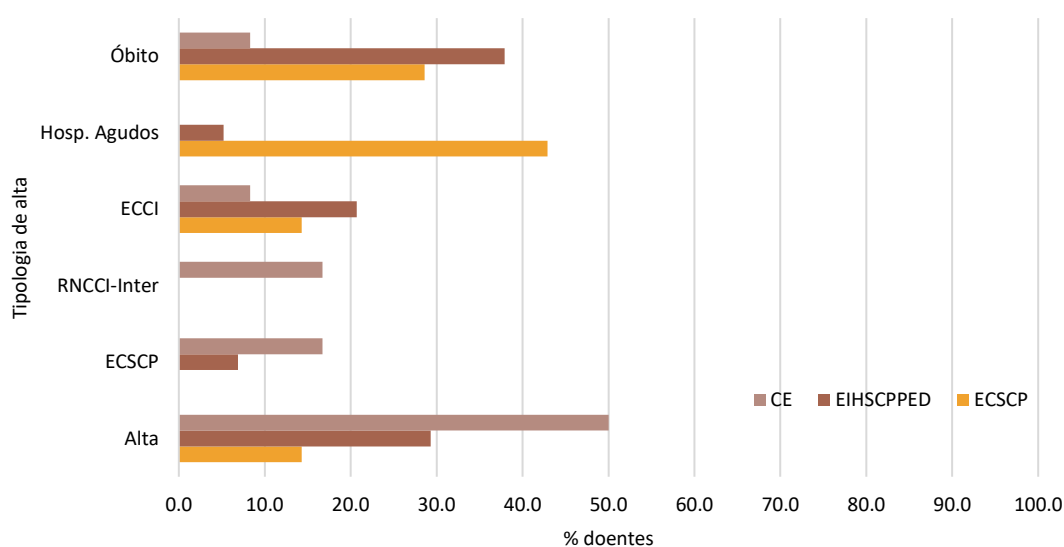


Na população em idade pediátrica, verifica-se que a maior proporção de óbitos se verificou nas EIHSPPED com 37.9% e a menor na CE com 8.3%. Por sua vez, quanto às altas, a maior proporção observa-se na CE (50%) e a menor nas ECSCP (14.3%). (Tabela 19; Gráfico 11)

Tabela 19-Tipologia de alta por valência, doentes em idade pediátrica, 2022 (n=77)

DISTRITO	ALTA		ECSCP		RNCCI-INTERN		ECCI		H Agudos		ÓBITO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
ECSCP	1	14.3					1	14.3	3	42.9	2	28.6	7	9.1
EIHSPPED			4	6.9			12	20.7	3	5.2	22	37.9	58	75.3
UCP					2	16.7	1	8.3			1	8.3	12	15.6
CE	6	50.0	2	16.7										
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>31.2</b>	<b>6</b>	<b>7.8</b>	<b>2</b>	<b>2.6</b>	<b>14</b>	<b>18.2</b>	<b>6</b>	<b>7.8</b>	<b>25</b>	<b>32.5</b>	<b>77</b>	<b>100.1</b>

Gráfico 11-Tipologia de alta por valência, doentes em idade pediátrica, 2022 (n=77)



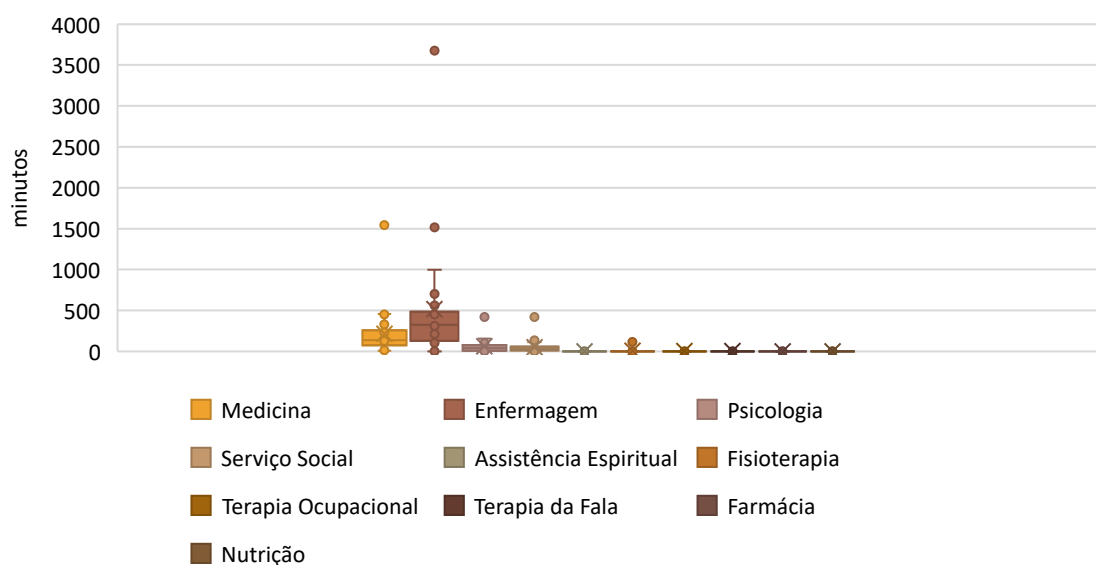
### Carga Horária Semanal por Doente nas Diferentes Áreas Profissionais

A carga horária semanal por doente varia significativamente por classe profissional, sendo a enfermagem e a medicina as que apresentam tempos de alocação superiores. Analisando as classes profissionais integradas na equipa básica de cuidados paliativos - ao nível da medicina o tempo varia no intervalo [8,1542] minutos, com uma mediana de 137 minutos e amplitude interquartilica (AIQ) de 183.7 minutos; na enfermagem varia entre [0,3675] minutos, com mediana de 322.5 e AIQ de 356.5 minutos; ao nível da psicologia, varia entre [0,420] minutos, com mediana de 42.5 minutos e AIQ de 47.8 minutos e no serviço social varia, igualmente, entre [0,420] minutos, com mediana de 26.5 minutos e AIQ de 47.8. A fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala apresentam tempos máximos ≤113 minutos, com medianas e AIQ de 0 minutos. A farmácia e nutrição não possuem qualquer tempo de alocação por doente na amostra obtida. (Tabela 20; Gráfico 7).

Tabela 20-Tempo de alocação semanal por área profissional e doente, em minutos, 2022 (n=28 equipas)

Medida	Medicina	Enfermagem	Psicologia	Serviço Social	Assistência Espiritual	Fisioterapia	Terapia Ocupacional	Terapia da Fala	Farmácia	Nutrição
Média	216,1	515,2	60,7	50,5	1,0	7,7	3,1	2,0	0,0	0,0
<b>Mediana</b>	<b>137,0</b>	<b>322,5</b>	<b>42,5</b>	<b>26,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
Desvio Padrão	289,5	733,6	82,7	80,6	3,7	24,6	12,3	7,8	0,0	0,0
Variância	83819,4	538176,8	6836,9	6503,8	13,4	605,6	152,1	61,5	0,0	0,0
Amplitude	1534,0	3675,0	420,0	420,0	17,0	113,0	60,0	41,0	0,0	0,0
Mínimo	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Máximo	1542,0	3675,0	420,0	420,0	17,0	113,0	60,0	41,0	0,0	0,0
<b>Intervalo Interquartil</b>	<b>183,7</b>	<b>356,5</b>	<b>67,5</b>	<b>47,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
Quartil 1	74,3	129,8	8,3	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Quartil 3	258,0	486,3	75,8	57,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Gráfico 12-Tempo de alocação semanal por área profissional e doente, em minutos, 2022 (n=28 equipas)



## Profissionais por Doentes Cuidados

Considerando o número de respostas obtidas (33 equipas), foi efetuado o cálculo do rácio de profissionais das diferentes áreas por cada 100 admitidos(as) nos distritos e regiões autónomas correspondentes, com base no equivalente a tempo completo (ETC) definido para cada profissão. (Tabela 21)

Tabela 21-Rácio de profissionais por cada 100 admitidos(as), 2022 (n=33)

Distrito	Medicina	Enfermagem	Psicologia	Serviço social	Assistência espiritual	Fisioterapia	Terapia ocupacional	Terapia da fala	Farmácia	Nutrição
Aveiro	0,9	1,6	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beja	0,6	2,0	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Braga										
Bragança										
Castelo Branco										
Coimbra	1,0	6,3	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Évora										
Faro										
Guarda										
Leiria										
Lisboa	0,5	1,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Portalegre										
Porto	1,0	1,6	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Santarém	0,4	0,8	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Setúbal	0,6	1,9	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Viana do Castelo										
Vila Real										
Viseu	1,2	1,8	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Açores	0,2	7,9	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Madeira										
<b>TOTAL</b>	<b>0,6</b>	<b>1,9</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

Perante os dados apresentados, observam-se assimetrias consideráveis a nível nacional nas várias classes profissionais, particularmente visíveis na enfermagem e medicina. Nos distritos em que se obtiveram dados, verifica-se a existência de resposta dentro dos grupos profissionais integrantes da equipa básica de cuidados paliativos (medicina, enfermagem, psicologia e serviço social), exceto Viseu que não apresenta rácio de profissionais de psicologia.

No que respeita à medicina, obteve-se um valor total de 0.6 ETC por 100 doentes admitidos(as) a nível nacional, sendo que o menor rácio pertence à Região Autónoma dos Açores (0.2 ETC/100) e o maior a Viseu (1.9 ETC/100). Na enfermagem verificamos a existência de um total de 1.9 ETC por 100 doentes admitidos(as), com o menor rácio em Santarém (0.8 ETC/100) e o mais elevado nos Açores (7.9 ETC/100). A psicologia e serviço social apresentaram rácios totais de 0.2 ETC por 100 doentes admitidos(as), com valores superiores nos(as) psicólogos(as) em Beja (0.4 ETC/100), e em Coimbra e no Porto nos(as) assistentes sociais (0.4 ETC/100). Os(as) assistentes espirituais estão presentes em 0.1 ETC por cada 100 doentes em Beja e Santarém, os(as) fisioterapeutas com 0.1 ETC nos Açores e os(as) terapeutas da fala em Viseu, com 0.2 ETC e, igualmente, nos Açores com 0.1 ETC. Nestes últimos, assim como nas restantes classes profissionais (terapia ocupacional, farmácia e nutrição) o rácio total corresponde a 0.

### Instrumentos de avaliação das necessidades dos doentes e resultados

Constituem o universo desta análise 46 equipas/serviços/valências de cuidados paliativos, sendo 15 ECSCP, 14 EIHSCP, 5 UCP, 2 EIHSCPPED e 10 CE.



## Avaliação do Apoio Social

Considerando a avaliação do apoio social, 1 (2.2%) das equipas indicou utilizar a Escala de Gijon, “Gijon's social-familial evaluation scale (SFES)”. (Quadro 2)

Quadro 2-Recurso a Escalas de Avaliação do Apoio Social (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
GIJON	Gijon's social-familial evaluation scale (SFES)	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2

## Avaliação do Estado Cognitivo/Delirium

A avaliação do estado cognitivo/delirium é realizada com recurso ao “Mini-Mental State Examination” (MMSE) por 15 (32.6%) das equipas e ao “Confusion Assessment Method” (CAM) por 9 (19.6%). Outros instrumentos como a “Escala de Pfeiffer” e o “Delirium Rating Scale” (DRS) são utilizados em proporções significativamente mais reduzidas. (Quadro 3)

Quadro 3-Recurso a Escalas de Avaliação do Estado Cognitivo/Delirium (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
MMSE	Mini-Mental State Examination	5	33.3	4	28.6	3	60.0	0	0.0	3	30.0	15	32.6
CAM	Confusion Assessment Method	1	6.7	3	21.4	2	40.0	0	0.0	3	30.0	9	19.6
PFEIFFER	Escala de Pfeiffer	0	0.0	2	14.3	0	0.0	0	0.0	1	10.0	3	6.5
DRS	Delirium Rating Scale	0	0.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	1	10.0	3	6.5

## Avaliação da Complexidade dos Doentes

A avaliação da complexidade dos(as) doentes com recurso a instrumentos standardizados é realizada por 10 equipas (21.7%) através do Instrumento de Diagnóstico da Complexidade em Cuidados Paliativos (IDC-Pal). Foi, ainda, reportada por 1 (2.2%) das equipas a utilização de uma escala de triagem que permite priorizar a sua intervenção, com base em necessidades paliativas urgentes. (Quadro 4)

Quadro 4-Recurso a Escalas de Avaliação da Complexidade (n=46)

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	5	33.3	3	21.4	1	20.0	0	0.0	1	10.0	10	21.7
RUN-PC*	Responding to Urgency of Nees in Palliative Care	0	0.0	1	7.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2

\*Escala que não consta na lista de base

## Avaliação da Espiritualidade

A avaliação da dimensão espiritual através de instrumentos standardizados é realizada por 7 equipas (15.2%). (Quadro 5)

Quadro 5-Recurso a Escalas de Avaliação da Espiritualidade (n=46)

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	1	0.0	0	0.0	1	50.0	1	10.0	3	6.5
PDI	Patient Dignity Inventory	2	13.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.3
HERTH	Herth Hope Index	1	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2
GES	Questionário GES	1	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2

## Identificação de Doentes com Necessidades Paliativas

A identificação de doentes com necessidades paliativas, é realizada em 11 equipas (23.9%) com recurso a instrumentos standardizados, primordialmente utilizando o NECPAL. (Quadro 6)

Quadro 6-Recurso a Escalas de Identificação de Doentes com Necessidades Paliativas (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
NECPAL	NECPAL (Necessidades Paliativas)	4	26.7	2	14.3	2	40.0	0	0.0	2	20.0	10	21.7
SPICT	Supportive and Palliative Care Indicators Tool	1	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2

## Identificação de Risco de Luto Prolongado

Considerando a identificação do risco de luto prolongado, verificámos que 12 (26.1%) do total das equipas que responderam utilizam um instrumento standardizado para a avaliação/identificação de risco de luto prolongado. As que o fazem utilizam o “Prolonged Grief Disorder” (PG-13). Quanto ao luto complicado, 12 (26.1%) das equipas utilizam o “Inventory of Complicated Grief”. (Quadro 7)

Quadro 7-Recurso a Escalas de Avaliação do Luto (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PG13	Prolonged Grief Disorder	3	20.0	4	28.6	2	40.0	0	0.0	3	30.0	12	26.1
ICG	Inventory of Complicated Grief	1	6.7	5	35.7	1	20.0	1	50.0	4	40.0	12	26.1

## Avaliação da Performance/Funcionalidade

A avaliação da performance/funcionalidade, utilizando um instrumento standardizado, é realizada por 35 (76.1%) com recurso ao “Palliative Performance Scale” (PPS), 30 (65.2%) à “Escala de Barthel”, 19 (41.3) à “Escala de Karnofsky”, 16 (34.8%) ao “ECOG Performance Status”. Em número consideravelmente inferior identifica-se a utilização de outros instrumentos como o Índice de Katz e Lawton. (Quadro 8)

Quadro 8-Recurso a Escalas de Avaliação da Performance/Funcionalidade (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PPS	Palliative Performance Scale	13	86.7	13	92.9	2	40.0	0	0.0	7	70	35	76.1
BARTHEL	Escala de Barthel	11	73.3	10	71.4	3	60.0	1	50	5	50	30	65.2
KARNOFSKY	Escala de Karnofsky	5	33.3	7	50.0	1	20.0	1	50	5	50	19	41.3
ECOG	Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group	4	26.7	8	57.1	1	20.0	0	0.0	4	40	17	37.0
KATZ	Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária	3	20.0	1	7.1	0	0.0	0	0.0	1	10	5	10.9
LAWTON	Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale	1	6.7	2	14.3	0	0.0	0	0.0	1	10	4	8.7

### Avaliação do Prognóstico

A utilização de instrumentos standardizados para avaliação do prognóstico é efetuada por 27 (58.7%) através da “Escala de Coma de Glasgow”, por 15 (32.6%), recorrendo ao “Palliative Prognostic Index” (PPI) e 8 (17.4%) pelo “The Palliative Prognostic Score” (PaP). (Quadro 9)

Quadro 9-Recurso a Escalas de Avaliação do Prognóstico (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
GLASGOW	Escala de Coma de Glasgow	6	40.0	10	71.4	4	80.0	1	50.0	6	60.0	27	58.7
PPI	Palliative Prognostic Index	5	33.3	5	35.7	1	20.0	0	0.0	4	40.0	15	32.6
PaP	The Palliative Prognostic Score (PaP)	4	26.7	2	14.3	1	20.0	0	0.0	1	10.0	8	17.4

### Avaliação da Qualidade de Vida e/ou Outcomes

Das 46 equipas que enviaram dados, 7 (15.2%) utilizam o “Palliative Care Outcome Scale” e 2 (4.3%) o “Integrated Palliative Care Outcome Scale”. (Quadro 10)

Quadro 10-Recurso as Escalas de Avaliação da Qualidade de Vida/Outcomes (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
POS	Palliative Care Outcome Scale	1	6.7	3	21.4	0	0.0	0	0.0	3	30.0	7	15.2
POS-I	Integrated Palliative Care Outcome Scale	2	13.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.3

### Avaliação do Risco de Quedas

Em relação à avaliação do risco de queda 29 (63%) utilizam um instrumento standardizado para a sua avaliação, recorrendo à “Escala de Quedas de Morse”. (Quadro 11)

Quadro 11-Recurso a Escalas de Avaliação do Risco de Queda (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
MORSE (EQM)	Escala de Quedas de Morse	11	73.3	8	57.1	4	80.0	1	50.0	5	50.0	29	63.0

### Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão

A avaliação do risco de úlcera por pressão, com recurso a instrumento standardizado é realizada por 34 (73.9%) das equipas através da “Escala de Braden”. (Quadro 12)

Quadro 12-Recurso a Escalas de Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
BRADEN	Escala de Braden	13	86.7	11	78.6	3	60.0	1	50.0	6	60.0	34	73.9

### Avaliação do Estado de Sedação

A utilização de escalas para a avaliação da sedação é realizada por 13 (28.3%) das equipas, com maior proporção através da “Ramsay Sedation Scale”. (Quadro 13)

Quadro 13-Recurso a Escalas de Avaliação da Sedação (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
RAMSAY	Ramsay Sedation Scale	0	0.0	1	7.1	3	60.0	0	0.0	2	20.0	6	13.0
RASS-PAL	Richmond Agitation Sedation Scale Palliative version	0	0.0	4	28.6	0	0.0	0	0.0	1	10.0	5	1.5
CSPC	Consciousness Level Scale for Palliative Care	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	1	10.0	2	4.3

### 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 36 (78.3%) equipas. Acompanham-na, embora com proporção de utilização consideravelmente mais baixa a “Pain Assessment in Advance Dementia Scale” (PAINAD) em 17 (37.0%) equipas, o “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) em 10 (21.7%) e a Escala de Bristol, igualmente, em 10 (21.7%) das equipas. (Quadro 14)

Quadro 14-Recurso as Escalas de Avaliação de Sintomas (n=46)

Escala	Designação da Escala	ECSCP		EIHSCP		UCP		EIHSCPPED		CE		GLOBAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale	13	86.7	11	78.6	4	80.0	1	50.0	7	70.0	36	78.3
PAINAD	Pain Assessment in Advance Dementia Scale	5	33.3	6	42.9	2	40.0	0	0.0	4	40.0	17	37.0
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	4	26.7	4	28.6	0	0.0	0	0.0	2	20.0	10	21.7
ESCALA DE BRISTOL	Escala de Fezes de Bristol	5	33.3	2	14.3	1	20.0	1	50.0	1	10.0	10	21.7
BPI	Brief Pain Inventory	2	13.3	1	7.1	1	20.0	0	0.0	1	10.0	5	10.9
DN4	Avaliação da Dor Neuropática	2	13.3	1	7.1	1	20.0	0	0.0	1	10.0	5	10.9
AME	Avaliação de mal-estar emocional	0	0.0	2	14.3	1	20.0	0	0.0	2	20.0	5	10.9
IPOS	Integrated Palliative Care Outcome Scale	3	20.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	4	8.7
DOLOPLUS	Avaliação comportamental de Dor	1	6.7	1	7.1	1	20.0	0	0.0	1	10.0	4	8.7
BDI	Beck Depression Inventory	0	0.0	1	7.1	1	20.0	1	50.0	0	0.0	3	6.5
EAM-OMS	Escala de avaliação da Mucosite da OMS	1	6.7	0	0.0	1	20.0	0	0.0	1	10.0	3	6.5
BAI	Beck Anxiety Inventory	0	0.0	1	7.1	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2	4.3
STAI	State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	0	0.0	1	7.1	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2	4.3
BSI	Brief Symptom Inventory	1	6.7	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2	4.3
GDS	Geriatric Depression Scale	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2
GOLDBERG	Goldberg Anxiety and Depression Scale	1	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2

## Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores

A avaliação da sobrecarga dos(as) cuidadores(as) com recurso a escalas é realizada por 26 (56.5%) das equipas, com a utilização da “Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit”. (Quadro 15)

Quadro 15-Recurso às Escalas de Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores (n=46)

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	80.0	6	42.9	2	40.0	1	50.0	5	50.0	26	56.5

## Discussão

Apesar de os resultados não poderem ser definidos como representativos da realidade nacional, a taxa de resposta corresponde a 30.7%, justificando a importância e validade externa deste estudo.

Tendo em conta que segundo os indicadores internacionais<sup>5</sup> e os referidos na metodologia para a área pediátrica, existirão em Portugal cerca de 106 633 doentes adultos(as) e 7 490 crianças/jovens com necessidades paliativas. Em relação ao seu total, a taxa de cobertura determinada com base nos dados disponíveis será de 9% o que está abaixo do preconizado para os anos de implementação.<sup>2</sup> Importa aqui reforçar, que o número e, conseqüentemente, a taxa de acessibilidade será, na realidade superior, devido a estes valores apenas se reportarem a cerca de 30.7% das equipas. Também, importa esclarecer que o número de doentes referenciados(as) ser apenas ligeiramente superior que o dos(as) admitidos(as), se deve ao conjunto de dados enviado pelas equipas, o que pode denotar alguma dificuldade de registo sistemático desta informação. Esta assunção baseia-se nos dados reportados pela Entidade Reguladora da Saúde no seu relatório “Rede Nacional de Cuidados Paliativos - Acesso a UCP-RNCCI”, em que se aponta que cerca de 50% dos doentes falece antes de ser admitido a estes serviços.<sup>8</sup>

A conjugação dos indicadores acima reportados levanta alguma reflexão quando analisado em conjunto com os(as) profissionais alocados(as) 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(às) doentes, deixando no ar, a interrogação de se de facto estamos perante cuidados integrais ao(à) 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(as) profissionais de saúde.

Contrariamente ao preconizado e até aos dados internacionais,<sup>9</sup> em que a maioria dos(as) doentes com necessidades paliativos, tem como base uma doença não oncológica, os dados deste estudo mostram que 68.2% dos(as) doentes adultos(as) admitidos(as) a estes cuidados têm como base uma doença oncológica. No entanto, denota-se uma evolução positiva nestes últimos quatro anos. Por sua vez estes valores invertem-se na população pediátrica em que quase 69.2% apresentam patologia não oncológica.

Analisando um outro indicador, a tipologia de alta, constata-se que 62.6% dos(as) doentes adultos(as) faleceram, no entanto 11.7% teve alta do programa. Ressalta, pela positiva, a baixa proporção de doentes transferidos(as) para serviços de tipologia de agudos (2%) e apenas um a ser transferido(a) para unidade de cuidados intensivos. Tal revela bem, que apesar da escassez de recursos humanos, os(as) profissionais de cuidados paliativos, conseguem, em alguma medida, atingir alguns importantes resultados da sua prática. Nos(as) doentes em idade pediátrica cerca de um terço (32.5%) falece ou tem alta (31.2%), apresentando uma percentagem de transferência superior para hospital de agudos (7.8%).

Ao nível do tempo de trabalho semanal dedicado a cada doente, observam-se alguns dados importantes e preocupantes, com muito baixo tempo de dedicação, com o mínimo de 8 minutos por doente e mediana de 137 minutos na área da medicina, o que perfaz cerca de 1.1 minutos por dia (mínimo) e mediana de 19.6 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 100 doentes admitidos(as) é consideravelmente baixo, colocando em causa a verdadeira integralidade dos cuidados e atenção às necessidades globais, e em tempo útil, dos(as) doentes que a eles são referenciados(as). 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(as) profissionais estão sujeitos(as). A disseminação de instrumentos utilizados não promove 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 107 mil (106 633) doentes adultos(as) e cerca de 7 mil (7 490) em idade pediátrica, necessitaram de cuidados paliativos no ano de 2022;
2. Acederam a cuidados paliativos 10 102 doentes adultos(as) e 71 em idade pediátrica, o que denota uma taxa de acessibilidade de cerca 8.9% dos(as) adultos(as) e 0.9% nos(as) em idade pediátrica;
3. Cerca de 68% dos(as) adultos(as) admitidos(as) tinham como base uma doença oncológica enquanto nos em idade pediátrica, cerca de 69% era de base não oncológica;
4. Quase 63% dos(as) doentes adultos(as) admitidos(as) faleceram e quase 12% tiveram alta. Nos em idade pediátrica 32% faleceram e 31% tiveram alta;
5. A mediana dos tempos de dedicação semanal a cada doente é de 137 minutos na área da medicina, 322.5 minutos na da enfermagem, 42.5 minutos na da psicologia e 26.5 minutos na de serviço social;

6. Em relação aos rácios profissionais:
  - a. Medicina: 0.6/100 doentes admitidos(as);
  - b. Enfermagem: 1.9/100 doentes admitidos(as);
  - c. Psicologia: 0.2/100 doentes admitidos(as);
  - d. Serviço Social: 0.2/100 doentes admitidos(as);
  - e. Assistência espiritual: 0.0/100 doentes admitidos(as);
  - f. Fisioterapia: 0.0/100 doentes admitidos(as);
  - g. Terapia da fala e ocupacional: 0.0/100 doentes admitidos(as);
  - h. Nutrição: 0.0/100 doentes admitidos(as);
  - i. Farmácia: 0.0/100 doentes admitidos(as).
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 (78.3%)
    - ii. Palliative Performance Scale (76.1%);
    - iii. Escala de Braden (73.9%)
    - iv. Escala de Barthel (65.2%);
    - v. Escala de Quedas de Morse (63.0%);
    - vi. Escala de Coma de Glasgow (58.7%).
8. Os recursos humanos existentes são manifestamente insuficientes para um cuidado integral;
9. Existe uma sobrecarga assistencial, que pelo processo de cuidar, com baixo recurso a instrumentos standardizados para avaliação de necessidades/problemas e resultados, não permite a comparabilidade inter-serviços e garantir/demonstra a efetividade dos cuidados prestados; de ressaltar que muitos destes instrumentos ainda não estão validados para utilização em Portugal;
10. A cobertura universal efetiva de cuidados paliativos no nosso país está longe de estar alcançada assim como revela profundas assimetrias a nível distrital/regional e de tipologias.

## Recomendações

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

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

## Referências Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Health financing for universal coverage: What is universal coverage? World Health Organization Publisher [Internet]. 2017;1–3. Available from: [http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](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. Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2014.
4. Capelas ML, Simões AS, Teves C, Durão S, Coelho S, da Silva SC, Silva A, Afonso T. Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. Cadernos de Saúde [Internet];10(2):11-4.
5. 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.
6. Afonso T, Capelas ML, Teves CM. Diretório Nacional dos Cuidados Paliativos do Observatório Português dos Cuidados Paliativos. Lisboa; 2023. Available from: <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/9706/file>
7. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Relatório de implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2021-2022. Lisboa; 2023. Available from: [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio-PEDCP-2021-2022\\_signed-2.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio-PEDCP-2021-2022_signed-2.pdf)
8. Entidade Reguladora da Saúde. Rede Nacional de Cuidados Paliativos - Acesso a UCP-RNCCI. Lisboa; 2024. Available from: [https://www.ers.pt/pt/flipbooks/im\\_rnpc\\_paliativos/](https://www.ers.pt/pt/flipbooks/im_rnpc_paliativos/)
9. 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