



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Caracterização da População referenciada à Equipa de Cuidados Paliativos da ULS da Guarda, EPE

Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Dra. Susana Abreu Macedo

Covilhã, maio de 2019

Resumo

Introdução: Os cuidados paliativos estão em desenvolvimento no nosso país enquanto resposta holística e interdisciplinar aos doentes e às suas famílias, sendo fornecidos não só em contexto hospitalar, como a nível comunitário. Considerados essenciais num sistema de saúde de qualidade, devem ser prestados, na continuidade dos cuidados de saúde, a todas as pessoas com doenças graves e/ou avançadas, progressivas e incuráveis que deles necessitem, qualquer que seja o seu diagnóstico, a sua idade e onde quer que se encontrem. A referência precoce para estes cuidados traz benefícios, diminuindo a carga sintomática dos doentes e prevenindo o desgaste de familiares/cuidadores.

Objetivos: Analisar e caracterizar a evolução da referência à Equipa de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde da Guarda desde o início da sua atividade, através da descrição sociodemográfica e clínica da população referenciada, bem como da quantificação do tempo de sobrevivência, identificando os fatores que o influenciam.

Materiais e Métodos: Estudo observacional e descritivo, através da análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes referenciados à Equipa de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde da Guarda. A população é constituída por todos os doentes referenciados à equipa desde a sua criação, em abril de 2017, até agosto de 2018. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas e relativas à referência. A codificação, registo e análise estatística dos dados foi realizada através do programa SPSS® v24.0. Nas inferências, considerou-se o nível de significância de 5%.

Resultados: A referência à equipa de cuidados paliativos da Unidade Local de Saúde da Guarda cresceu, em média, 18,1%/mês, com o método de referência automático a ser o mais utilizado (63,8%). Os doentes referenciados eram maioritariamente *oncológicos* (84,5%), do sexo masculino (56,1%), casados (59,5%) e com cuidador informal (63,8%), apresentando uma mediana de idades de 79,0 anos.

Os motivos de referência variaram entre 1 e 7, com 1 motivo a ser o mais prevalente (43,1%); outros sintomas não controlados foi o motivo mais assinalado (21,3%). A maioria dos doentes foi referenciada pelo Hospital Sousa Martins (80,6%), com o serviço de urgência a ter o maior número de referências (26,3%).

Em geral, os doentes foram referenciados na fase final da doença, com 3,8% a falecerem até 1 dia após a referência e 29,7% a falecerem até 7 dias. A mediana de sobrevivência foi de 15 dias, com os doentes seguidos nas Unidades de Cuidados Continuados e Integrados (10,6%) a apresentarem uma mediana de tempo superior (69,0 dias); já os

doentes internados e seguidos pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (22,4%) apresentaram a mediana de sobrevivência de 5,0 dias.

A mediana do tempo de espera pela avaliação da equipa de cuidados paliativos foi de 1,5 dias, sendo este condicionado pela entidade referenciadora [os doentes referenciados pelos cuidados de saúde primários apresentaram uma mediana de tempo superior (5,0 dias) e os doentes referenciados pelo Hospital Sousa Martins apresentaram a mediana de tempo inferior (1,0 dias)].

Conclusão: A população pertencente à Unidade Local de Saúde da Guarda tem a possibilidade de acesso a todas as valências dos cuidados paliativos, tendo-se observado um crescimento na referência à equipa. No entanto, e apesar da crescente evidência benéfica do encaminhamento precoce, este é, em geral, tardio, tendo em conta a trajetória natural da doença.

O local de cuidado e de morte mostrou-se influente no tempo de sobrevivência dos doentes referenciados.

Palavras-chave

Cuidados paliativos, Portugal, referência, unidades de cuidados paliativos

Abstract

Introduction: Palliative care are being developed in our country as a holistic and interdisciplinary response to patients and their families, being provided not only in a hospital context, but also at community level. Essentials to a quality health system, they must be provided, in the continuity of health care, to all persons with serious and/or advanced, progressive and incurable diseases who need them regardless of their diagnosis, their age and wherever they are. Early referral for palliative care brings benefits, reducing the symptomatic burden of patients and preventing the deterioration of family members/caregivers.

Objectives: Analyze and characterize the evolution of the referral to the Palliative Care Team of the Local Health Unit of Guarda since the beginning of its activity, through the sociodemographic and clinical description of the referenced population, as well as the quantification of survival times and identification of the factors that influences it.

Material and Methods: An observational and descriptive study, through the retrospective analysis of the clinical processes of patients referenced to the Palliative Care Team of the Local Health Unit of Guarda. The population consists of all patients referenced since its beginning, in april 2017, until august 2018. Sociodemographic, clinical and referral variables were analyzed. Data coding, recording and statistical analysis were performed with SPSS® v24.0 program. In the inferences, the significance level of 5% was considered.

Results: The referral to the palliative care team of the Local Health Unit of Guarda increased by an average of 18.1% per month, with the automatic referral method being the most used (63,8%). The patients referred were mostly oncological (84.5%), male (56.1%), married and had informal caregivers (63.8%), with a median age of 79.0 years.

The reasons for referral ranged from 1 to 7, with 1 reason being the most prevalent (43.1%); other uncontrolled symptoms were the most commonly reported reason (21.3%). The majority of patients were referred by the Sousa Martins Hospital (80.6%), with the emergency department having the highest number of referrals (26.3%).

In general, patients were referred in the final phase of the disease, with 3.8% of patients dying within 1 day of referral and 29,7% dying within 7 days. The median survival was 15 days, with patients followed in the Continuous and Integrated Care Units (10.6%) with a superior median time (69.0 days); patients hospitalized and followed up by the In-Hospital Support Team in Palliative Care (22.4%) had a median survival of 5.0 days.

The median waiting time for the evaluation of the palliative care team was 1.5 days, being it conditioned by the referring entity [patients referred by primary health care presented the greater median time of 5.0 days and patients referred by the Sousa Martins Hospital presented the shorter median time (1.0 days)].

Conclusion: The population belonging to the Local Health Unit of Guarda has the possibility of access to all the valences of palliative care, with an average monthly growth of 18.1% of the referral to the team. However, despite the growing beneficial evidence of early referral, this is often late, giving the natural course of the disease.

The place of care and death was influential in the survival time of the referenced patients.

Keywords

Palliative care, Portugal, referral, palliative care units.

Índice

Lista de Gráficos	ix
Lista de Tabelas	ix
Lista de Acrónimos	xi
Símbolos	xi
1. Introdução	1
2. Materiais e Métodos	3
2.1. Tipo de estudo	3
2.2. Local e população em estudo	3
2.3. Método de recolha e registo de dados	3
2.4. Variáveis	3
2.5. Tratamento estatístico dos dados	5
2.6. Considerações Éticas e Legais	6
3. Análise dos Resultados	7
3.1. Evolução da referenciação à equipa de CP da ULS da Guarda	7
3.2. Caracterização sociodemográfica da população em estudo	8
3.2.1. Sexo e Faixa Etária	8
3.2.2. Estado Civil e Cuidador Principal	9
3.3. Caracterização clínica da população em estudo	9
3.3.1. Patologia de Base	9
3.3.2. Motivos de Referenciação	11
3.3.3. Local de Cuidado e de Morte	11
3.3.4. Tempo de Sobrevivência e Tempo de Espera pela avaliação da equipa de CP da ULS da Guarda após referenciação	13
3.3.5. Tempo de Sobrevivência e Faixa Etária	15
3.3.6. Tempo de Sobrevivência e Patologia de Base	16
3.3.7. Tempo de Sobrevivência e Local de Cuidado e de Morte	17
3.4. Caracterização relativa à referenciação	18
3.4.1. Entidades Referenciadoras	18
3.4.2. Método de Referenciação	18
3.4.3. Método de Referenciação e Entidades Referenciadoras	19
3.5. Influência das covariáveis no Tempo de Sobrevivência após avaliação pela equipa de CP	20
4. Discussão de Resultados	21
5. Conclusão	27
6. Bibliografia	29
7. Anexos	33

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos doentes referenciados à equipa de CP (mês/ano).	7
Gráfico 2 - Histograma da distribuição do sexo por faixas etárias.	8
Gráfico 3 - Distribuição dos doentes por patologia de base e faixa etária.	10
Gráfico 4 - Frequência dos motivos de referência à equipa de CP.	11
Gráfico 5 - Distribuição dos doentes referenciado à equipa de CP pelos locais de morte e de cuidado.	12
Gráfico 6 - Curva de sobrevivência de Kaplan-Meier após a referência à equipa de CP.	14
Gráfico 7 - <i>Boxplot</i> do tempo de espera (em dias), tendo em conta a entidade referenciadora.	15
Gráfico 8 - Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier tendo em conta a faixa etária.	15
Gráfico 9 - Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier após referência à equipa de CP tendo em conta a patologia de base.	16
Gráfico 10 - Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier após avaliação pela equipa de CP tendo em conta o local de cuidado e de morte.	17
Gráfico 11 - Evolução do método de referência ao longo do tempo (mês/ano).	19
Gráfico 12 - Distribuição do método de referência pelas entidades referenciadoras.	19

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Descrição das variáveis sociodemográficas dos doentes referenciados à equipa de CP.	9
Tabela 2 - Distribuição dos doentes por patologia de base e local de cuidado e de morte. ..	13
Tabela 3 - Serviços referenciadores do Hospital Sousa Martins.	18
Tabela 4 - Interpretação dos Hazard Ratio sobre o tempo de sobrevivência, tendo em conta as covariáveis: sexo, idade, patologia de base e local de cuidado e de morte.	20

Lista de Acrónimos

ARS - Administração Regional de Saúde

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP - Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

EPE - Entidade Pública Empresarial

ERPI - Estruturas Residenciais para Idosos

IC - Intervalo de Confiança

INE - Instituto Nacional de Estatística

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP- Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SN - Sistema Nervoso

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados e Integrados

UCP - Unidades de Cuidados Paliativos

ULS - Unidade Local de Saúde

Símbolos

= - Igual a

\geq - Maior ou igual a

$>$ - Maior que

\bar{X} - Média

M_d - Mediana

$<$ - Menor que

N - Número de elementos

χ^2 - Teste de ajustamento do Qui-Quadrado

P - Probabilidade de significância

1. Introdução

Perante a recente mudança epidemiológica, com aumento da prevalência de doenças crónicas, incuráveis, progressivas e incapacitantes, a Medicina, que até então se centrava na cura da doença e considerava a incurabilidade e a morte como um fracasso, desenvolveu, paralelamente com a medicina curativa, um nível de cuidados à pessoa com doença incurável e/ou que ameaça a vida, a qual designou como **cuidados paliativos (CP)**.⁽¹⁾ Considerando a definição hoje consensual, os CP são uma “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.^(2,3) Pressupõe-se que o início da abordagem paliativa deva ocorrer desde o diagnóstico, num modelo de intervenção flexível, não exclusivo nem dicotómico, conducente à prestação de cuidados com continuidade, partilhados e preventivos.^(4,5)

Em 2011, aproximadamente 29 milhões de pessoas necessitariam de CP, no entanto, estimativas revelaram que apenas 3 milhões receberam estes cuidados, sendo a maioria deles de países com elevados rendimentos, apesar de quase 80% das necessidades globais em CP dizerem respeito a doentes de países com baixo a médio rendimento. Infere-se assim, que o desenvolvimento de programas de CP tem sido muito desigual a nível internacional, estando correlacionado com os níveis do Índice de Desenvolvimento Humano.⁽⁶⁾

Embora os governos de Portugal tenham, desde 2006, incentivado a prestação de cuidados de saúde e sociais a doentes crónicos, através da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)⁽⁷⁾, foi em 2012, através da Lei de Bases dos CP e da criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP)⁽⁸⁾, que se regulou e consagrou o direito dos cidadãos ao acesso aos CP. Na atualidade, através da ação da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), fundada em 2016, tornou-se possível a implementação e operacionalização da RNCP, em articulação com a RNCCI, encontrando-se estes cuidados consagrados na lei como um direito dos doentes.^(9,10) No nosso país estão previstos os seguintes tipos de recursos especializados de CP: as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).⁽⁹⁾ As EIHSCP-Pediátricas são muito recentes, encontrando-se ainda em desenvolvimento.

A formação de profissionais em CP, abrangendo os intervenientes multiprofissionais das equipas, é um elemento essencial e determinante para a prática destes cuidados, evidenciando algum desenvolvimento no nosso país. Este interesse passou a ser mais notório

na mudança de milénio, com o início do mestrado em CP da Faculdade de Medicina de Lisboa, a que se seguiram outros mestrados e pós-graduações noutros pontos do país. Ao contrário de 18 países europeus, incluindo o Reino Unido, em Portugal a Medicina Paliativa não consta como uma especialidade médica⁽¹¹⁾, mas é possível obter a competência médica, implicando que só após a conclusão de uma especialidade se possa ter acesso a ela.

Dentro do panorama nacional, a ULS da Guarda cedo procurou implementar este tipo de cuidados. A 1 de outubro de 2010, foi inaugurada a sua primeira valência: a UCP no Hospital Nossa Senhora da Assunção em Seia, com 11 camas, integrada na RNCCI. Em fevereiro de 2016 foi nomeada a EIHSCP, que iniciou a sua atividade assistencial em abril de 2017. Nesta data a UCP de Seia saiu da RNCCI, passando a ser gerida pela mesma equipa que assegura as outras valências de CP. A ECSCP iniciou funções de forma regular em outubro de 2017, faltando apenas ter Hospital de Dia para ter todas as tipologias recomendadas. Em 2018, conta com uma equipa multidisciplinar de: 9 médicos (1 a tempo inteiro), 10 enfermeiros a tempo inteiro e 2 a tempo parcial em Seia e 3 na Guarda e 3 assistentes sociais e psicólogos a tempo parcial. Esta equipa presta as três tipologias de assistência na área de influência da ULS da Guarda, a doentes referenciados pelas suas equipas cuidadoras: hospitalares, dos cuidados de saúde primários (CSP), unidades de cuidados continuados integrados (UCCI) e estruturas residências para idosos (ERPI). Está ainda prevista a referenciação pelo próprio ou familiares.

Perante o aumento da referenciação, de oferta e da diversificação das respostas em CP, consideramos pertinente conhecer de forma mais aprofundada como é feita a referenciação e admissão à equipa de CP, bem como analisar o perfil sociodemográfico e clínico dos doentes referenciados. Neste trabalho também propomos estudar o tempo de espera pela avaliação da equipa de CP após a referenciação e o tempo de sobrevivência destes doentes, aspetos, para nós, importantes na apreciação do atendimento realizado pela equipa de CP da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda.

Da análise e reflexão deste processo, foi delineado como objetivo geral “caracterizar a população referenciada à Equipa de Cuidados Paliativos da ULS da Guarda, EPE”, sendo os objetivos específicos:

- Analisar as características sociodemográficas e nosológicas da população referenciada à equipa de CP;
- Identificar os motivos de referenciação dos doentes e quem a realiza;
- Identificar o local de cuidado e de morte dos doentes;
- Determinar o tempo de sobrevivência dos doentes na referenciação e determinar o tempo de espera pela avaliação da equipa de CP;
- Analisar a influência do sexo, da idade, da patologia de base e do local de cuidado e de morte no tempo de sobrevivência;
- Analisar a evolução da referenciação.

2. Materiais e Métodos

2.1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo observacional e descritivo, através da análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes referenciados à Equipa de Cuidados Paliativos da ULS da Guarda, EPE entre abril de 2017 e agosto de 2018.

2.2. Local e população em estudo

A investigação foi realizada no gabinete de coordenação dos Cuidados Paliativos da ULS da Guarda, EPE, sediada no Hospital Sousa Martins. Definiu-se como população do presente estudo todos os doentes referenciados à equipa de CP da ULS da Guarda, EPE, desde a sua formação (abril de 2017) até agosto de 2018, perfazendo um total de 362 doentes.

Foi considerado como critério de inclusão todos os doentes referenciados à equipa nesse período de tempo, não existindo critérios de exclusão.

2.3. Método de recolha e registo de dados

A recolha de dados foi realizada manualmente com o auxílio da coordenação dos CP. Inicialmente foram identificados todos os processos clínicos correspondentes aos doentes referenciados à equipa no período estudado e posteriormente recolhidos os dados referentes à caracterização sociodemográfica, clínica e de referenciação. Para a recolha destes dados foram examinados os formulários de referenciação e os registos da avaliação pela equipa de CP, tendo sido criada, para tal, uma base de dados. O registo e codificação dos dados foi realizado com o auxílio do programa SPSS® v24.0.

2.4. Variáveis

Foram definidas as seguintes variáveis em estudo: sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e cuidador principal), clínicas (patologia de base, motivo de referenciação, local de cuidado e de morte, tempo decorrido entre a referenciação e a avaliação pela equipa de CP e o tempo de sobrevivência após referenciação à equipa de CP) e variáveis relativas à referenciação (entidade referenciadora e método de referenciação).

➤ Sexo

A variável sexo foi operacionalizada como uma variável qualitativa nominal possuindo duas categorias: masculino e feminino.

➤ **Faixa Etária**

A variável faixa etária foi operacionalizada em anos como uma variável quantitativa em escala de razões. Considerou-se a idade do doente aquando a data da sua referênciação à equipa de CP.

➤ **Estado Civil**

A variável estado civil foi operacionalizada como variável qualitativa nominal de quatro níveis: casado, divorciado, solteiro e viúvo.

➤ **Cuidador Principal**

Esta variável foi operacionalizada como uma variável qualitativa nominal possuindo três categorias: cuidador informal, cuidador formal e sem cuidador.

➤ **Patologia de Base**

Tendo por base a definição da Direção Geral da Saúde para diagnóstico principal como a situação ou afeção que, depois do estudo do doente, é considerada como a responsável pela sua admissão⁽¹²⁾, esta variável foi operacionalizada como qualitativa nominal, sendo posteriormente constituídos os seguintes grupos: Oncológico, Falência Orgânica/Vulnerabilidade, Demência e Outros Processos Degenerativos do Sistema Nervoso (SN).

➤ **Motivo de referênciação**

O motivo de referênciação era escolhido entre 10 questões pré-definidas, podendo ser selecionadas várias opções de resposta. Esta variável foi operacionalizada como qualitativa nominal, tendo sido criados os seguintes grupos: apoio espiritual, apoio na tomada de decisão, apoio no luto, apoio psicológico, apoio social, dificuldade na comunicação, dor não controlada, internamentos frequentes, últimos dias/horas de vida (agonia) e outros sintomas não controlados.

➤ **Tempo decorrido entre a referênciação, a avaliação e a morte dos doentes**

Definiu-se como o tempo, em dias, decorrido entre a referênciação do doente e a sua morte e entre a referênciação e a avaliação pelos CP. Recolhemos a data de referênciação, a data de avaliação pelos CP e a data de morte, tendo sido calculados os dias entre estes acontecimentos.

➤ **Local de Cuidado e de Morte**

O local de cuidado e de morte foi operacionalizado como uma variável qualitativa nominal, tendo sido posteriormente criados os seguintes grupos: domicílio, UCP, Hospital Sousa Martins, UCCI, ERPI e outra unidade hospitalar. Considerando a volubilidade desta variável, e

tendo em conta a omissão de registos de dados aquando a sua recolha, considerou-se o último registo referente ao local de cuidado e de morte para cada doente.

➤ **Entidade Referenciadora**

A entidade referenciadora permite estabelecer a instituição de saúde que referenciou o doente, tendo sido operacionalizada como uma variável qualitativa nominal com quatro categorias: Hospital Sousa Martins, CSP, UCCI/ERPI e outra unidade hospitalar

➤ **Método de Referência**

Quanto ao método de referência, este foi abordado como uma variável qualitativa nominal, possuindo quatro categorias:

- Automático: quando a referência foi realizada utilizando um formulário pré-preenchido e enviado por via eletrónica (uso exclusivo pelos profissionais de saúde da ULS da Guarda, identificado com o símbolo da equipa de CP no ambiente de trabalho dos computadores),
- Papel: quando os profissionais de saúde utilizaram impressos em papel para proceder à referência,
- Informático: envio de pedido aos profissionais de saúde via e-mail,
- Solicitação presencial/telefone: por parte dos doentes, familiares ou outros.

2.5. Tratamento estatístico dos dados

Para a apresentação dos dados recorreu-se ao uso de tabelas e gráficos, com os respetivos dados antecedidos de análise. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, com o auxílio do software SPSS® v24.0.

Para verificar a existência de diferenças entre as proporções das categorias das variáveis nominais em estudo, aplicou-se o teste de ajustamento do Qui-Quadrado (X^2) que testa se duas ou mais populações independentes diferem relativamente a uma determinada característica.⁽¹³⁾ Ainda, para verificar a existência de diferenças na idade entre o sexo, e após realizado o teste da normalidade de Kolmogorov Smirnov, assumimos que a população não segue uma distribuição normal, pelo que foi aplicado o teste de Mann-Whitney que é o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável ordinal medida em duas variáveis independentes.⁽¹³⁾

Para verificar a existência de diferenças entre as patologias de base e a faixa etária e entre o tempo de espera pela avaliação pela equipa de CP e a entidade referenciadora, foi aplicado o Teste de Kruskal-Wallis que é o teste não-paramétrico apropriado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis pelo menos ordinais observadas em duas ou mais amostras independentes.⁽¹³⁾

Para a análise do tempo de sobrevivência, foi utilizado o método não paramétrico de Kaplan-Meier e o teste Log Rank associado a este método para comparar as curvas de sobrevivência estimadas para as diferentes faixas etárias, patologias de base e local de cuidado e de morte.

Para analisar a influência de variáveis categóricas (sexo, patologia de base e local de cuidado e de morte) e contínuas (idade) no tempo de sobrevivência após referenciação, foi realizada a análise multivariada de regressão de Cox.

As inferências para a população referenciada à equipa de CP da ULS da Guarda foram feitas com um nível de significância de 5%, tendo sido utilizados os seguintes valores de significância: $p < 0.05$, diferença estatística significativa e $p \geq 0.05$, diferença estatística não significativa.

2.6. Considerações Éticas e Legais

Os investigadores deste estudo regeram-se pelas boas práticas éticas e legais. A investigação obteve o deferimento do Conselho de Administração da ULS da Guarda, EPE e da Comissão de Ética da UBI, como comprovado nos Anexos 7.1. e 7.2., respetivamente.

Devido à natureza observacional e confidencial da recolha de dados, não foi necessária a obtenção de consentimento informado por parte dos doentes que integram a investigação. O anonimato da recolha de dados foi garantido, não constando na base de dados informática qualquer elemento identificativo dos mesmos.

3. Análise dos Resultados

Para efeitos deste estudo foi analisada a totalidade dos 362 doentes referenciados à equipa de CP da ULS Guarda, EPE, durante o período compreendido entre abril de 2017 e agosto de 2018. Durante o período em análise, 264 doentes faleceram (72,9%), dos quais 22 (8,3%) não tiveram avaliação pela equipa de CP.

3.1. Evolução da referênciação à equipa de CP da ULS da Guarda

Durante o período de análise (17 meses), foram referenciados, em média, 23,1 doentes/mês (0,7 doentes/dia e 4,9 doentes/semana) à equipa de CP. O mês com o menor número de referenciações foi abril de 2017 (N=7) e o mês com maior número de referenciações foi junho de 2018 (N=33) (cf. gráfico 1).

No ano de 2017 foram referenciados 156 doentes, com uma média de 17 doentes/mês, enquanto ano de 2018 foram referenciados 206 doentes (26 doentes/mês).

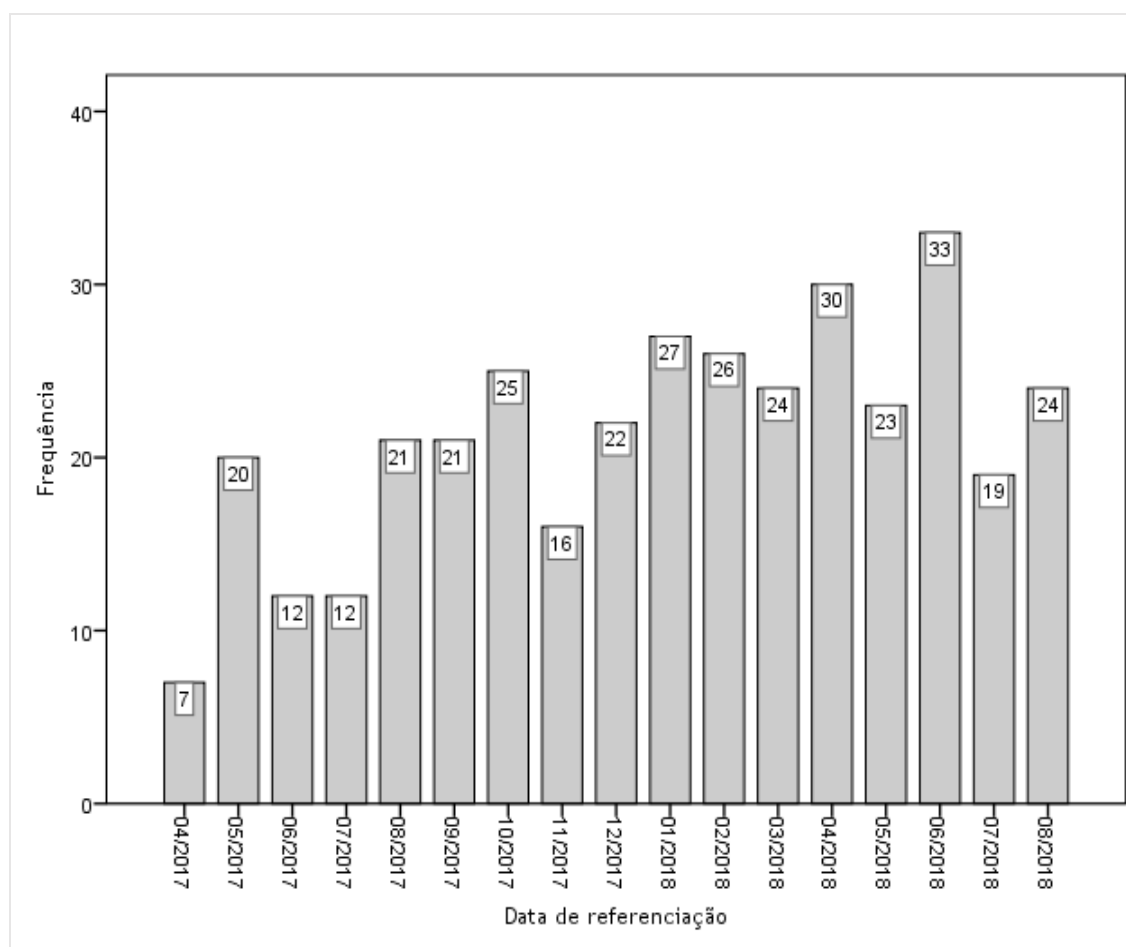


Gráfico 1 - Distribuição dos doentes referenciados à equipa de CP (mês/ano).

3.2. Caracterização sociodemográfica da população em estudo

3.2.1. Sexo e Faixa Etária

Dos 362 doentes referenciados à equipa de CP 56,1% eram do sexo masculino (N=203) e 43,9% do sexo feminino (N=159). Após aplicação do teste de ajustamento do χ^2 , esta diferença mostrou-se estatisticamente significativa ($p=0,021$).

2 doentes não possuíam registo da idade. Assim, os doentes referenciados, e com registo desta variável (N=360), tinham idades compreendidas entre os 17 anos e os 102 anos, com uma média de 76,6 anos (intervalo de confiança (IC) 95%: 75,3 a 77,8) e mediana de 79,0 (IC 95%: 71,0; 85,0). O teste de Kolmogorov-Smirnov revelou que esta variável não segue uma distribuição normal ($p=0.000$) (cf. tabela 1).

A mediana de idades por sexo foi de 78,0 anos para o sexo masculino e 80,0 anos para o sexo feminino. Após aplicação do Teste U de Mann-Whitney esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa ($U=14492$; $p=0,129$).

Como apresentado no gráfico 2, o sexo masculino foi mais prevalente na faixa dos [71-80] anos (N=67; 33,3%) e o sexo feminino na faixa dos [81-90] anos (n=60; 37,7%). Observamos também que a maioria dos doentes referenciados à equipa encontrava-se na faixa etária dos [81-90] anos (N=126; 35,0%) e na dos [71-80] anos (N=116; 32,2%), sendo o sexo masculino preeminente nas diferentes faixas etárias analisadas (excetuando a dos [91-100] anos, onde foi ligeiramente inferior e a dos [41-50] anos, onde foi igual à do sexo feminino).

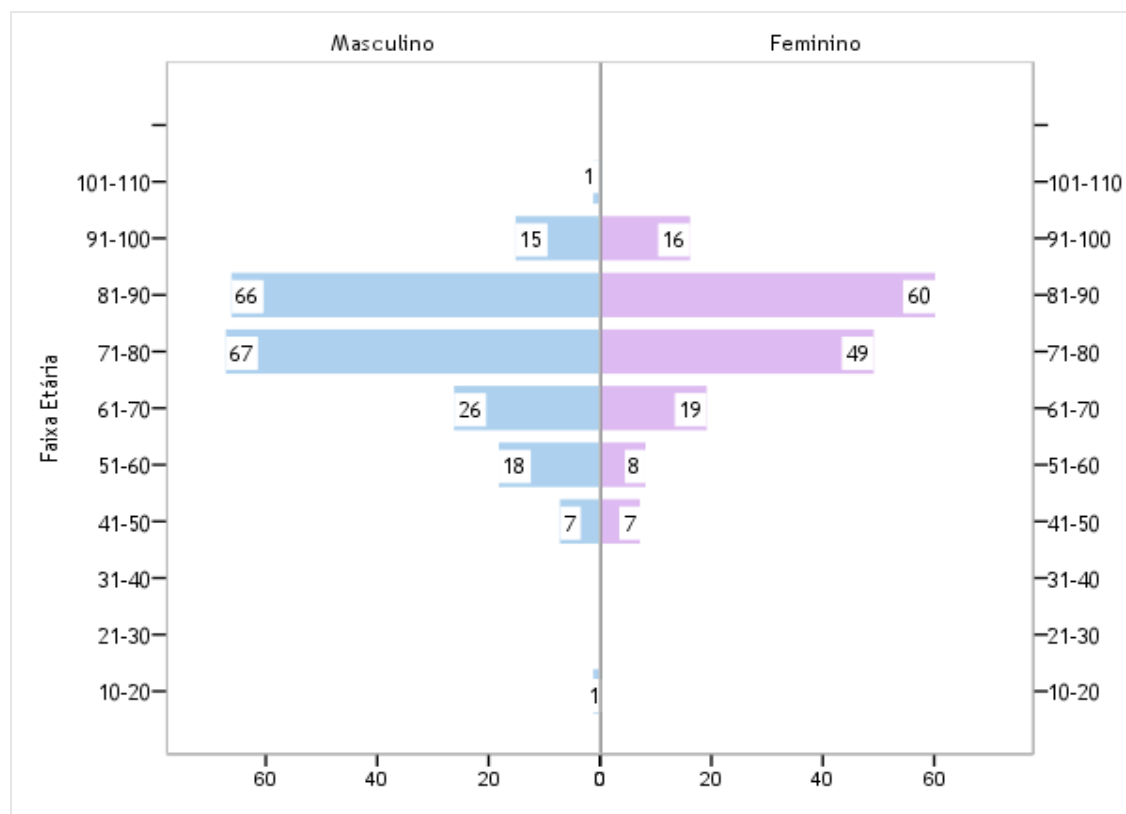


Gráfico 2 - Histograma da distribuição do sexo por faixas etárias.

3.2.2. Estado Civil e Cuidador Principal

Cerca de um terço dos doentes referenciados não tinha registo do estado civil (N=120; 33,1%). Do total de doentes com este registo (N=242), a maioria era casado (59,5%), seguindo-se o viúvo (31,0%), o solteiro (6,2%) e o divorciado (3,3%) (cf. tabela 1); após aplicação do teste de ajustamento do Qui-Quadrado (X^2) estas diferenças mostraram-se estatisticamente significativas ($p=0,000$)

Quanto à tipologia de cuidador, 69 doentes (19,1%) não tinham este registo no processo clínico. Do total de doentes com registo (N=293), a maioria possuía cuidador informal (N=187; 63,8%), seguido do cuidador formal (N=91; 31,1%), existindo 15 doentes sem cuidador (5,1%). Após aplicação do teste de ajustamento do X^2 , estas diferenças mostraram-se estatisticamente significativas ($p=0,009$).

Tabela 1 - Descrição das variáveis sociodemográficas dos doentes referenciados à equipa de CP.

	\bar{X} ; Md	Q 1; Q3; AIQ	DP	Min	Máx
Idade (População)	76,6 ; 79,0	71,0; 85,0; 14,0	12,27	17	102
Idade (Masculino)	75,9 ; 78,0	69,5; 84,0; 14,5	12,34	17	102
Idade (Feminino)	77,5 ; 80,0	73,0; 86,0; 13,0	12,16	41	98
<i>(p=Mann-Whitney)</i>					0,129
Estado Civil				N	%
Casado				144	59,5
Viúvo				75	31,0
Solteiro				15	6,2
Divorciado				8	3,3
<i>p= ajustamento X^2</i>					0,000
Cuidador Principal				N	%
Cuidador Informal				187	63,8
Cuidador Formal				91	31,1
Sem Cuidador				15	5,1
<i>(p= ajustamento X^2)</i>					0,009

3.3. Caracterização clínica da população em estudo

3.3.1. Patologia de Base

Como apresentado no gráfico 3, a patologia de base predominante neste estudo foi a *oncológica* (N=306; 84,5%). Dos restantes doentes (N=56) que apresentavam patologia *não oncológica*, a mais representada foi a *falência orgânica/vulnerabilidade* (9,1%), seguida da *demência* (5%), sendo os *outros processos degenerativos do SN* os menos representados (1,4%).

Relacionando a patologia de base com a faixa etária, observou-se que a patologia *oncológica*, foi a que prevaleceu em todas as faixas etárias, exceto nas faixas extremas: [10-20] anos com apenas 1 caso de *outros processos degenerativos do SN* e na dos [100-110] anos com apenas 1 caso de *falência orgânica/vulnerabilidade*; de referir que estes doentes apresentaram uma idade mediana de 79,0 anos.

Os doentes com *demência* e com *falência orgânica/vulnerabilidade* estiveram mais representados na faixa etária dos [81-90] anos, apresentando uma idade mediana de 81,0 anos.

Na faixa dos [51-60] anos, todos os doentes eram *oncológicos* e nos doentes com *demência* observou-se referência à equipa a partir da faixa dos [41-50] anos.

Os doentes com *outros processos degenerativos do SN*, apresentaram uma mediana de idades de 62,0 anos, estando mais representados na faixa dos [61-70]. Foi nos doentes com esta patologia que observamos o doente mais jovem (17 anos).

Após aplicação do teste de Kruskal-Wallis, estas diferenças mostraram-se estatisticamente significativas ($p=0,003$).

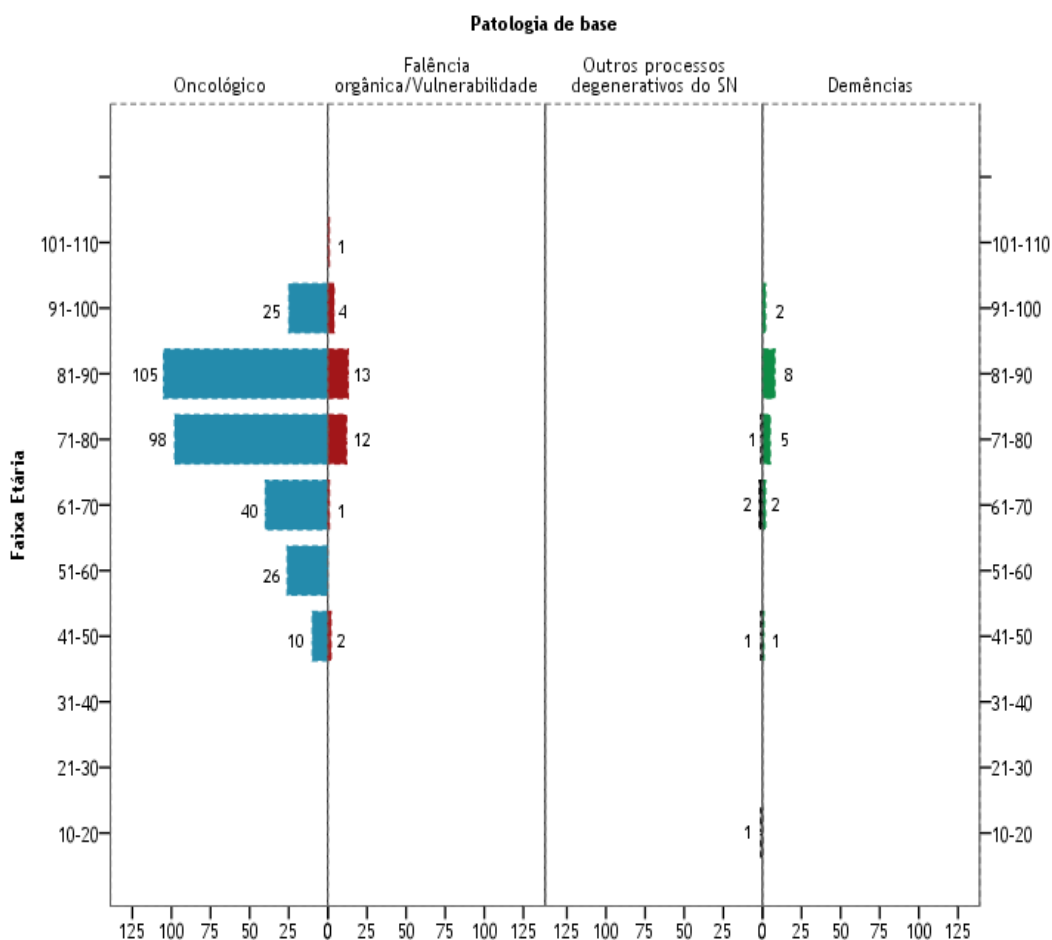


Gráfico 3 - Distribuição dos doentes por patologia de base e faixa etária.

3.3.2. Motivos de Referênciação

Não tinham registo do motivo de referênciação 30 doentes (8,3%). Nos restantes (N=332), o número de motivos variou entre 1 e 7, sendo que a maioria apresentava apenas 1 motivo de referênciação (N=143; 43,1%), seguido de 2 motivos (N=88, 26,5%).

Como apresentado no gráfico 4, o motivo mais frequentemente utilizado para a referênciação à equipa de CP da ULS da Guarda foi *outros sintomas não controlados* (N=146;21,3%), seguido de *dor não controlada* (N=140;20,4%) e do *apoio psicológico* (N=97;14,1%). O motivo menos assinalado para a referênciação foi o *apoio no luto*, com 3,2% (N=22), precedido do *apoio espiritual* e *últimos dias/horas de vida (agonia)* com 3,6% (N=25) e 4,4% (N=30), respetivamente.

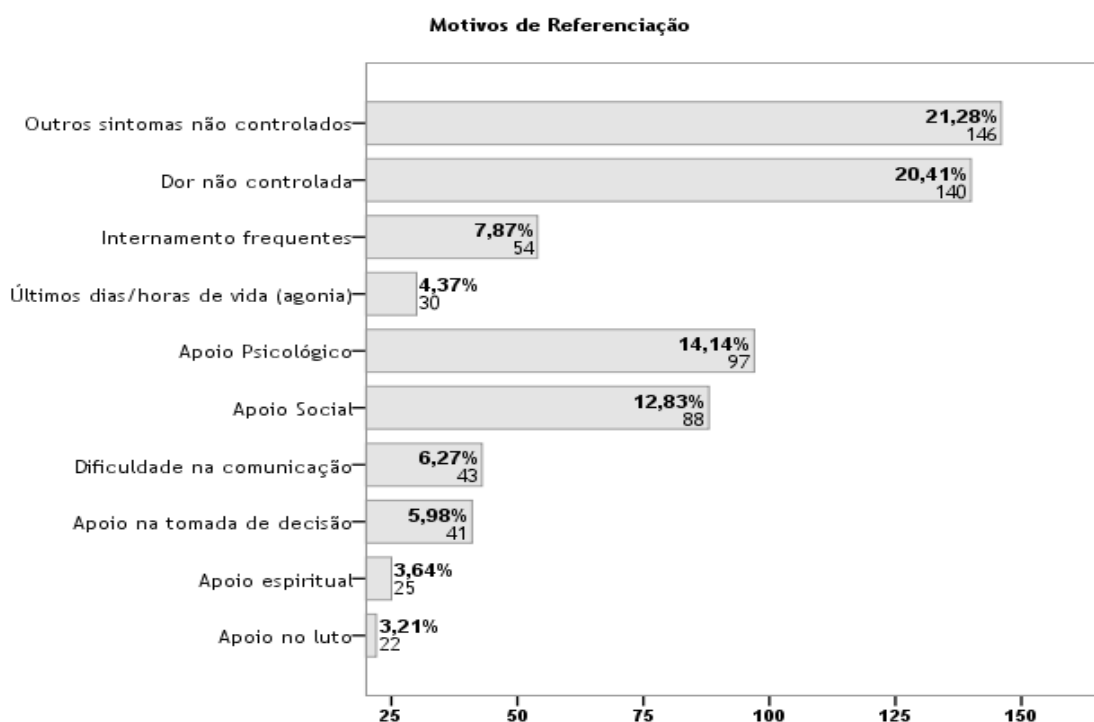


Gráfico 4 - Frequência dos motivos de referênciação à equipa de CP.

3.3.3. Local de Cuidado e de Morte

Como apresentado no gráfico 5, 31 doentes não apresentaram registo do local de cuidado e de morte (8,6%) com: 22 doentes a falecer previamente à avaliação pela equipa de CP e 5 a terem alta. Os restantes doentes (N=331) foram seguidos nas diferentes valências da equipa, sendo que 262 haviam falecido no momento da recolha dos dados (79,2%) e 69 doentes encontravam-se a ser seguidos pela equipa de CP nas diferentes unidades. Destes:

- 13,1% estavam na UCP (em Seia),
- 40,6% eram seguidos no domicílio (quer pela ECSCP e/ou em Consulta Externa de CP),
- 27,5% encontravam-se internados nas UCCI e 18,8% nas ERPI, com apoio da ECSCP,

- o nenhum doente estava a ser seguido pela EIHSCP no internamento do Hospital Sousa Martins ou internado noutra unidade hospitalar.

Assim, no momento da recolha dos dados 31,7% dos doentes tinham falecido ou encontravam-se a ser seguidos na UCP, 22,4% haviam falecido no Hospital Sousa Martins, 19% faleceram ou estavam a ser seguidos no domicílio e 15,1% e 10,6% dos doentes tinham falecido ou estavam a ser seguidos nas ERPI e nas UCCI, respetivamente.

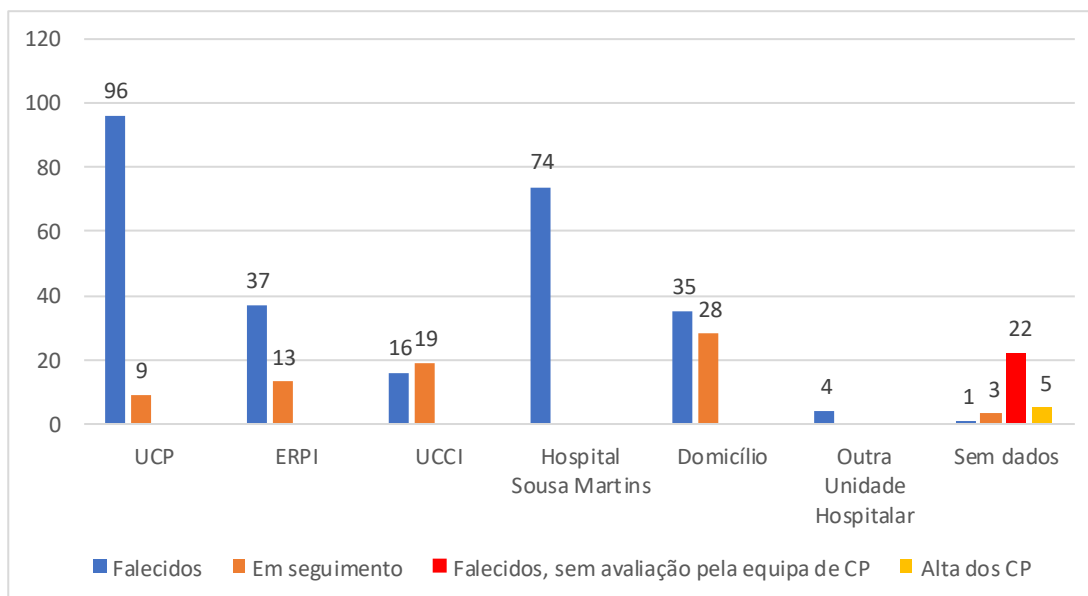


Gráfico 5 - Distribuição dos doentes referenciado à equipa de CP pelos locais de morte e de cuidado.

Da análise da distribuição dos doentes pelos diferentes locais de morte e de cuidado, tendo em conta a patologia de base (cf. tabela 2), observamos que, no momento da recolha dos dados, os doentes que haviam estado internados na UCP padeceram de patologia *oncológica* (N=98; 93,3%) e de *falência orgânica/vulnerabilidade* (N=7; 6,7%). Tanto no domicílio como nas UCCI, os doentes, seguidos pela ECSCP e/ou consulta externa de CP, apresentaram as diferentes patologias analisadas, com os doentes *oncológicos* a prevalecer (N=58;92,1% e N=20;57,1%, respetivamente). Também nas ERPI os doentes, seguidos pela ECSCP e/ou Consulta Externa, eram maioritariamente *oncológicos* (N=42;84%), não tendo existido nenhum doente com patologia de base *outros processos degenerativos do SN* a ser seguido pela equipa de CP nesta tipologia de instituição. Dos doentes acompanhados pela EIHSCP, no Hospital Sousa Martins, prevaleceram os doentes *oncológicos* (N=61;82,4%) e todos os doentes acompanhados noutras unidades hospitalares eram *oncológicos* (N=4;100%). De salientar que nenhum doente com patologia de base *outros processos degenerativos do SN* haviam falecido no momento da recolha dos dados.

Após aplicação do teste de ajustamento do χ^2 , estas diferenças mostraram-se estatisticamente significativas ($p=0,000$).

Tabela 2 - Distribuição dos doentes por Patologia de base e Local de cuidado e de morte.

Local de cuidado e de morte	Patologia de base			
	Oncológico (n)	Falência orgânica/ vulnerabilidade (n)	Outros processos Degenerativos do SN (n)	Demência (n)
Domicílio	58	1	3	1
UCP	98	7	-	-
ERPI	42	3	-	5
UCCI	20	6	2	7
Hospital Sousa Martins	61	11	-	2
Outra unidade hospitalar	4	-	-	-
<i>(p= ajustamento X²)</i>				0,000

3.3.4. Tempo de Sobrevivência e Tempo de Espera pela avaliação da equipa de CP da ULS da Guarda após referenciação

Relativamente ao tempo de sobrevivência dos doentes após referenciação à equipa de CP, este foi calculado para os que possuíam registo das datas de referenciação e de morte. Assim, dos 362 doentes em estudo, 100 doentes não tinham registo de um dos seguintes dados:

- Data de referenciação - 1 doente,
- Data de morte - 5 doentes tinham tido alta após a avaliação pelos CP, 72 doentes estavam vivos e encontravam-se a ser seguidos nas diferentes valências dos CP da ULS da Guarda e 22 doentes haviam falecido previamente à avaliação pela equipa de CP.

Desta forma, da análise da evolução do tempo de sobrevivência após referenciação, os 262 doentes apresentaram uma sobrevivência mediana de 15 dias (IC 95%: 11.94-18.06; \bar{X} =38,9), com o mínimo de sobrevivência a corresponder a 0 dias e o máximo a 393 dias.

A curva de sobrevivência analisada apresentou uma concavidade tipo III (cf. gráfico 6), característica de uma mortalidade precoce intensa. Assim, 70,3% dos doentes apresentaram uma sobrevida > 7 dias, com 0,8% dos doentes a falecerem no dia da referenciação e 8% a sobreviverem até 2 dias. 32,3% dos doentes apresentaram uma sobrevivência > 30 dias e 15,6% > a 60 dias.

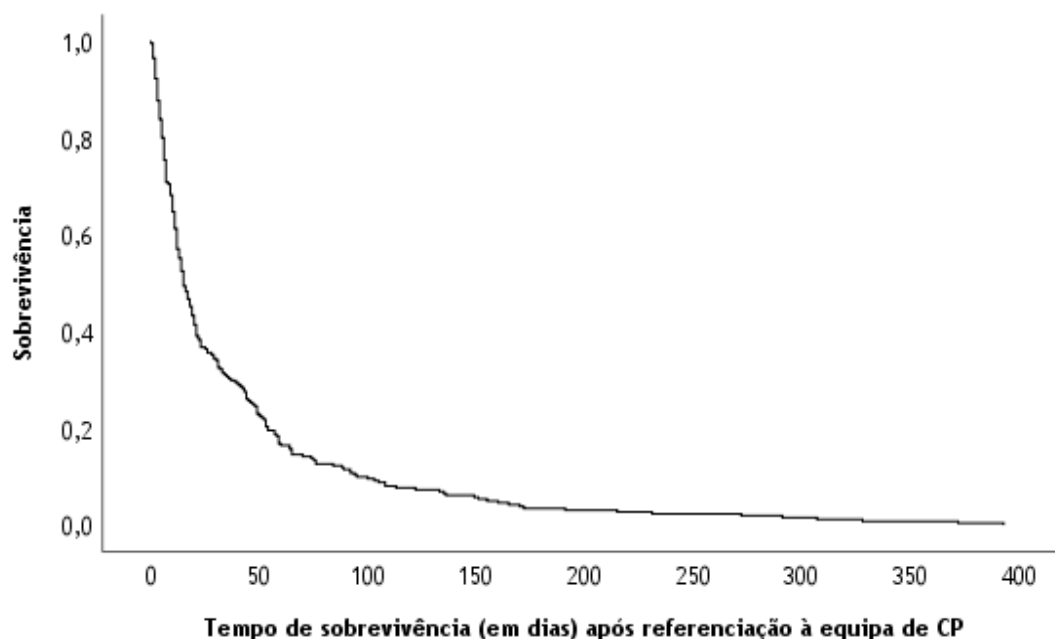


Gráfico 6 - Curva de sobrevivência de Kaplan-Meier após a referência à equipa de CP.

Quanto ao tempo (em dias) decorrido entre o momento de referência e o de avaliação pela equipa de CP, dos 262 doentes anteriormente analisados incluímos os 72 doentes em seguimento pela equipa de CP e os 5 doentes que tinham tido alta após avaliação pela equipa de CP. Assim, para estes 339 doentes a mediana de espera pela avaliação dos CP foi de 1,5 dias ($\bar{X}=4,4$ dias), variando entre 0 e 32 dias, com uma moda de 0,00 correspondente a 93 doentes. De referir que existiu um *outlier* de 146 dias, correspondendo a uma situação de impossibilidade recorrente de contacto com o doente.

A mediana do tempo de espera tendo em conta a entidade referenciadora foi, para os doentes referenciados pelo Hospital Sousa Martins de 1,0 dias, para os doentes referenciados pelos CSP de 5,0 dias e para os doentes referenciados pela UCCI/ERPI e por outra unidade hospitalar de 3,0 e 4,0 dias, respetivamente (cf. gráfico 7). Todas as entidades apresentaram uma moda do tempo de espera pela avaliação pelos CP de 0,0 dias, com a exceção dos CSP que apresentaram uma moda de 1,0 dias. Após aplicação do teste de Kruskal-Wallis, estas diferenças mostraram-se estatisticamente significativas ($p=0,000$).

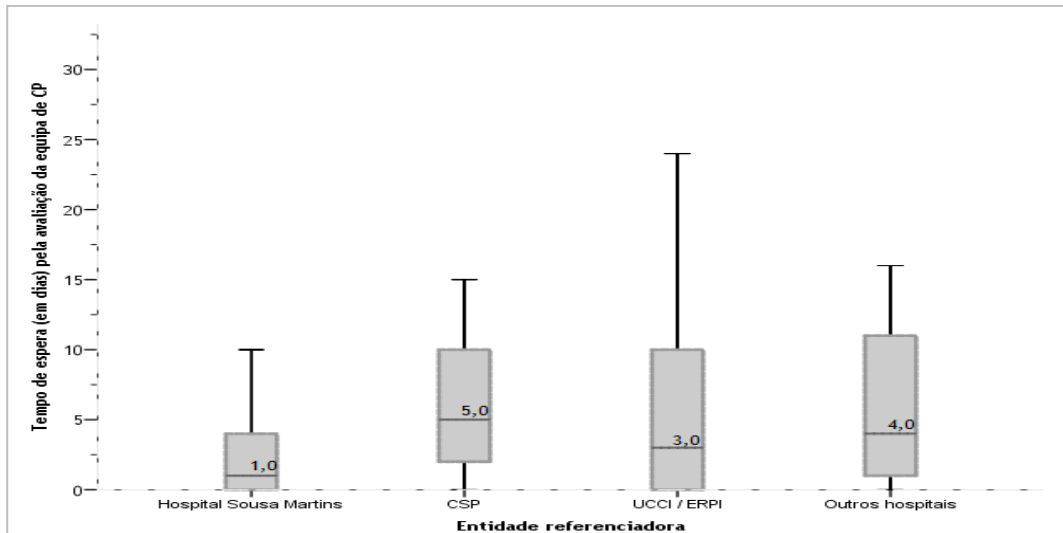


Gráfico 7 - Boxplot do tempo de espera (em dias), tendo em conta a entidade referenciadora.

3.3.5. Tempo de Sobrevivência e Faixa Etária

Da análise da curva de sobrevivência tendo em conta a faixa etária (cf. gráfico 8) e após aplicação do teste Log Rank, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas após referência à equipa de CP ($p = 0.178$), com os doentes da faixa dos [41-50] anos a apresentarem uma mediana de sobrevivência de 29 dias, seguidos dos doentes da faixa dos [61-70] anos com 18 dias. A faixa etária que apresentou uma mediana de sobrevivência inferior foi a dos [101-110] com 6,0 dias (no entanto, esta faixa continha apenas 1 doente), precedida da faixa dos [81-90] anos, com uma mediana de sobrevivência de 12 dias.

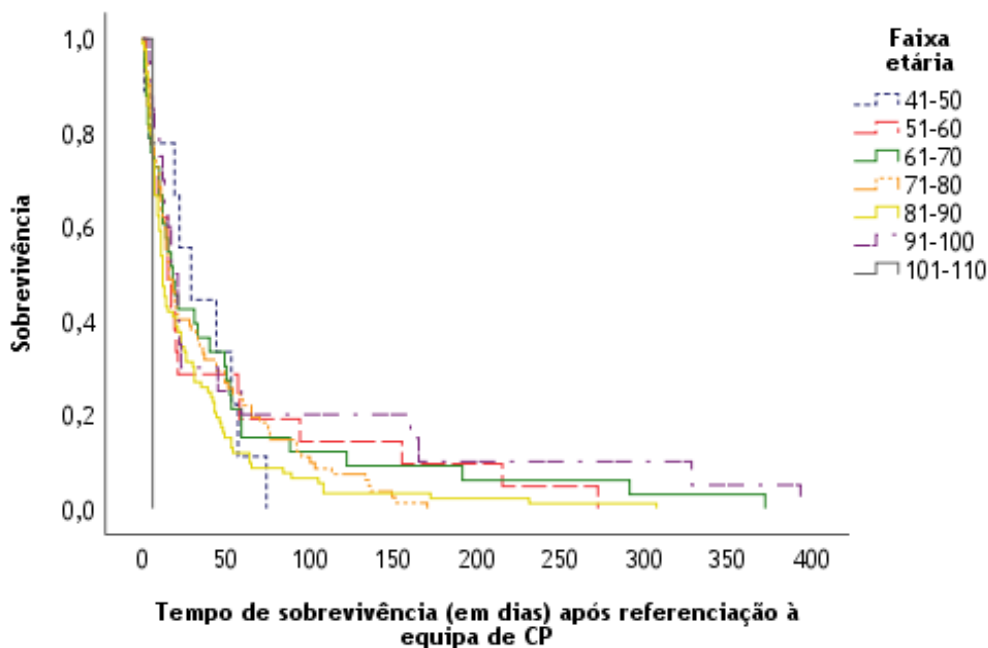


Gráfico 8 - Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier tendo em conta a faixa etária.

3.3.6. Tempo de Sobrevivência e Patologia de Base

Da análise do tempo de sobrevivência após a referenciação tendo em conta a patologia de base, os seus valores medianos foram de: 16 dias nos doentes *oncológicos* (IC95%: 12.92-19.08; \bar{X} =39,6), 12 dias nos doentes com *falência orgânica/vulnerabilidade* (IC95%: 11.83-16.17; \bar{X} =20,8) e 13 dias nos doentes com *demência* (IC95%: 6.56-19.44; \bar{X} =93,6). Os doentes com patologia de base *outros processos degenerativos do SN*, nenhum havia falecido no momento da recolha dos dados. Através do teste Log Rank, verificaram-se diferenças marginalmente significativas nas curvas de sobrevivência entre os grupos estudados ($p=0.047$).

Observando o gráfico 9, verificamos que os doentes com patologia de base *demência* apresentaram um tempo de sobrevivência superior em relação aos doentes *oncológicos* a partir dos 46 dias, isto prende-se com o facto de existir um doente com um tempo de sobrevivência de 393 dias, o que torna esta curva constante neste período. Assim, aos 46 dias, a taxa de sobrevivência nos doentes com *demência* é de 20%, enquanto os doentes *oncológicos* apresentam uma taxa de sobrevivência de 26,4%. Os doentes com falência orgânica/vulnerabilidade apresentaram, no mesmo período, uma taxa de sobrevivência de 8%.

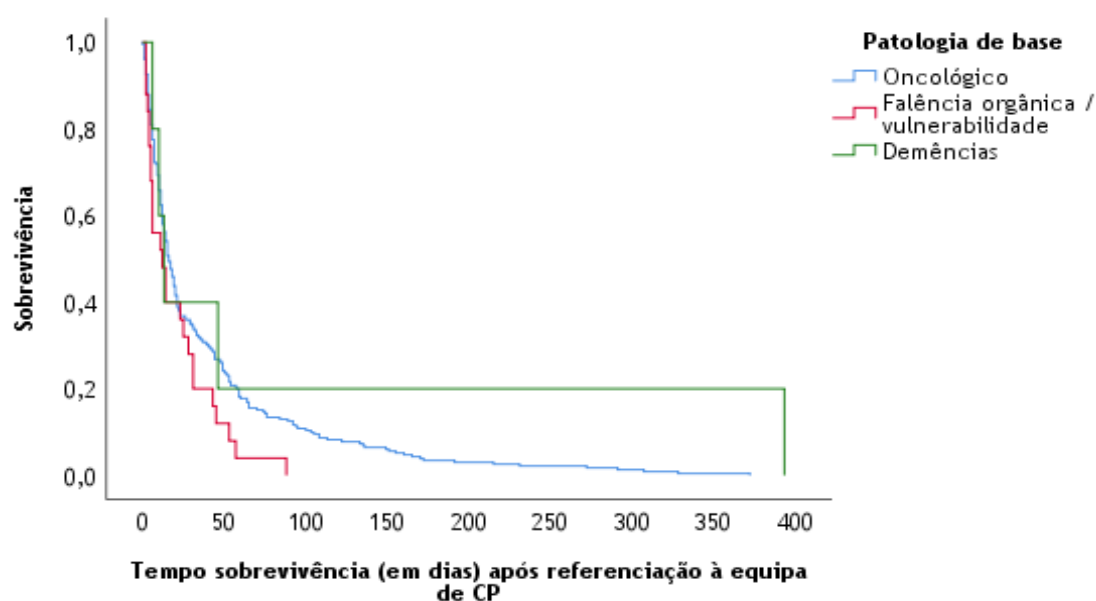


Gráfico 9 - Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier, após referenciação à equipa de CP, tendo em conta a patologia de base.

3.3.7. Tempo de Sobrevivência e Local de Cuidado e de Morte

Analisando as diferentes valências da equipa de CP da ULS da Guarda e a mediana de tempo de seguimento pelas mesmas (cf. gráfico 10), optamos por não incluir os doentes internados na UCP uma vez que, alguns destes doentes apresentaram períodos de internamento nesta unidade intercalados com permanências noutros locais. Os restantes doentes, por apresentarem internamentos que se mostraram permanentes nos restantes locais de cuidado e de morte, foram integrados nesta análise. Assim, da análise do tempo de sobrevivência após avaliação pela equipa de CP, observamos que os doentes seguidos nas UCCI (N=16) pela ECSCP apresentaram uma mediana de sobrevivência de 69,0 dias (IC95%: 6,28-131,72; \bar{X} =101,6), seguidos dos doentes com acompanhamento no domicílio (N=35), pela ECSCP e/ou em Consulta Externa, com 41,0 dias (IC95%: 12,02-70,00; \bar{X} =58,1) e dos doentes acompanhados nas ERPI (N=37) com 17,0 dias (IC95%: 1,51-32,50; \bar{X} =34,2). Os doentes internados no Hospital Sousa Martins (N=74) tiveram uma mediana de sobrevivência de 5,0 dias (IC95%: 3,52-6,48; \bar{X} =11,2) e os internados noutra unidade hospitalar da região (N=4) e seguidos em Consulta Externa, tiveram uma mediana de sobrevivência de 32,0 dias (IC95%: 0,64-63,36; \bar{X} =28,0). A análise estatística (teste Log Rank), revelou diferenças significativas nas curvas de sobrevivência entre os grupos estudados ($p < 0.001$).

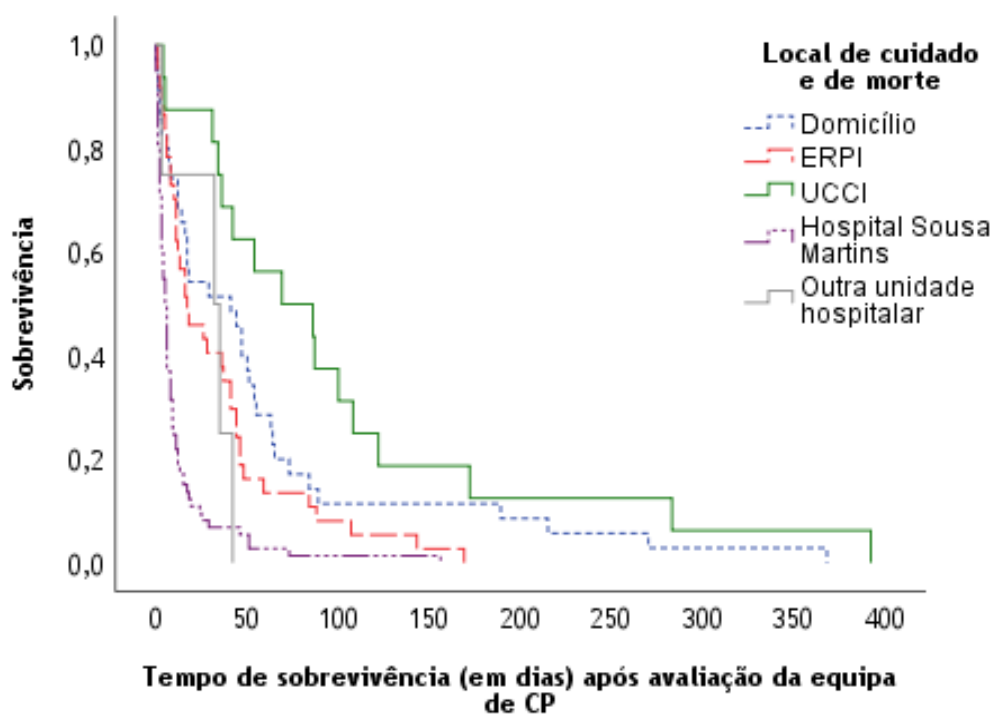


Gráfico 10 - Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier após avaliação pela equipa de CP tendo em conta o local de cuidado e de morte.

3.4. Caracterização relativa à referenciação

3.4.1. Entidades Referenciadoras

Observamos que a entidade que um maior número de doentes referenciou para os CP da ULS da Guarda foi o Hospital Sousa Martins (80,6%), seguindo-se os CSP (9,1%), outros hospitais (5,3%) e as UCCI/ERPI (5%).

Serviços Referenciadores do Hospital Sousa Martins

Como apresentado na tabela 3, do total de referenciações (N=274) provenientes do Hospital Sousa Martins, a maioria era proveniente do serviço de urgência (26,3%), seguindo-se o serviço de medicina interna (25,5%) e o serviço de cirurgia (16,1%). Os serviços que apresentaram um menor número de referenciações foram a Unidade de Cuidados Intensivos e a Unidade de AVC, ambas com 1 doente referenciado.

Tabela 3 - Serviços referenciadores do Hospital Sousa Martins.

	N	%
S.U.	72	26,3
Medicina. Interna	70	25,5
Cirurgia	44	16,1
Oncologia	35	12,7
Pneumologia	24	8,7
Ginecologia/Obstetrícia	9	3,3
Unidade de Dor	6	2,2
Neurologia	4	1,5
M.F.R.	3	1,1
Cardiologia	3	1,1
Ortopedia	2	0,7
Unidade de Cuidados Intensivos	1	0,4
Unidade AVC	1	0,4
	274	100,0

3.4.2. Método de Referenciação

Do total de doentes referenciados para os CP da ULS da Guarda, 6,1% (N=22) não tinham registo do método de referenciação. Dos doentes com este registo (N=340), a maioria foi referenciada através do processo automático (N=217;63,8%), 111 através de impresso em papel (32,7%), 11 foram referenciados por outros processos informáticos (3,2%) e apenas 1 doente foi referenciado presencialmente (0,3%). Após aplicação do teste de ajustamento do χ^2 , estas diferenças mostraram-se estatisticamente significativas ($p=0,000$)

Relativamente à evolução do método de referenciação à equipa de CP da ULS da Guarda, observamos que até setembro de 2017 este era sobretudo realizado através de impressos

próprios em papel. Com a criação do modelo de referência automática, em outubro de 2017, a referência passou a ser realizada maioritariamente desta forma (cf. gráfico 11).

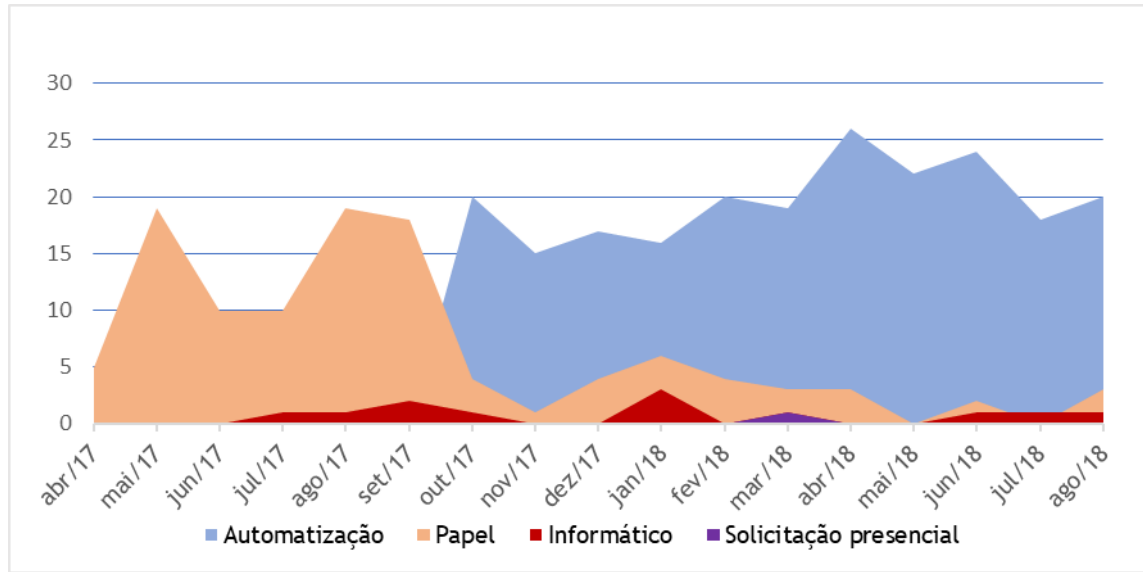


Gráfico 11 - Evolução do método de referência ao longo do tempo (mês/ano).

3.4.3 Método de Referência e Entidades Referenciadoras

O método de referência mais utilizado, no Hospital Sousa Martins, nos Outros Hospitais e nos CSP, foi o Automatizado (cf. gráfico 11). Nas UCCI/ERPI o método de referência hegemónico foi o Papel. A solicitação presencial apenas se observou num único momento no Hospital Sousa Martins.

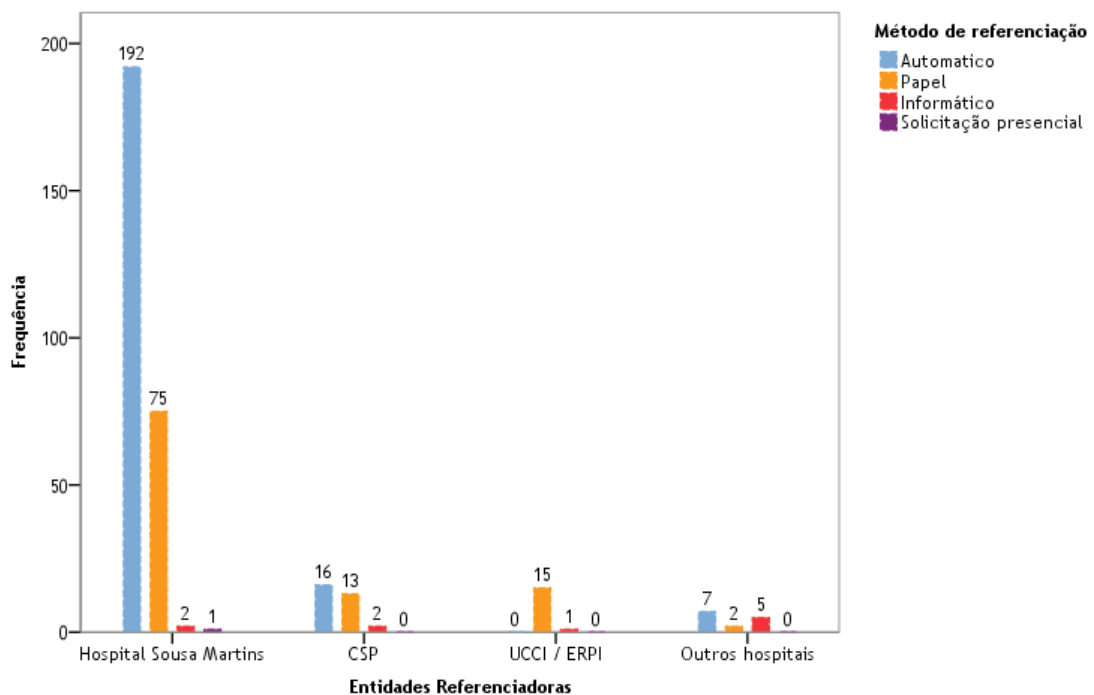


Gráfico 12 - Distribuição do método de referência pelas entidades referenciadoras.

3.5. Influência das covariáveis no Tempo de Sobrevivência após avaliação pela equipa de CP

Após realização da análise multivariada de regressão de Cox, verificamos que o local de cuidado e de morte ($p=0,000$) influencia o tempo de sobrevivência após referência à equipa de CP. Já pelo contrário, a patologia de base ($p=0,114$), a idade ($p=0,158$) e o sexo ($p=0,736$) não se revelaram influentes.

Como apresentado na tabela 4, os doentes internados no Hospital Sousa Martins e acompanhados pela EIHS CP, apresentaram um tempo de sobrevivência significativamente menor (maior risco de morte), comparativamente com os doentes seguidos nos outros locais, sendo este risco cerca de 3,5 vezes superior aos dos doentes seguidos no domicílio e cerca de 2 vezes superior aos doentes seguidos nas ERPI. Já os doentes seguidos nas UCCI pela ECSCP apresentaram um tempo de sobrevivência significativamente maior (cerca de 5,5 vezes superior), quando comparados com os doentes internados no Hospital Sousa Martins e seguidos pela EIHS CP.

Tabela 4 - Interpretação dos Hazard Ratio sobre o tempo de sobrevivência, tendo em conta as covariáveis: sexo, idade, patologia de base e local de cuidado e de morte.

Covariáveis	Hazard Ratio	IC 95%	Valor <i>p</i>
Patologia de base		0,658 - 0,994	0,102
Oncológico ^a			
Falência orgânica/vulnerabilidade	1,416	0,913 - 2,195	0,120
Demência	0,498	0,173 - 1,433	0,196
Local de cuidado e de morte		1,072 - 1,227	0,000
UCCI ^a			
ERPI	2,468	1,321 - 4,610	0,005
Domicílio	1,652	1,182 - 3,095	0,004
Hospital Sousa Martins	5,658	3,146 - 10,175	< 0,001
Outra unidade Hospitalar	2,645	0,853- 8,204	0,092
Sexo	0,874	0,527 - 1,449	0,601
Idade	1,008	0,997 - 1,019	0,158

^a Classe de referência

4. Discussão de Resultados

Com este estudo pretendemos analisar o perfil sociodemográfico e clínico dos doentes referenciados à equipa de CP da ULS da Guarda, EPE, bem como delinear o processo de referenciação, de forma a traçar um perfil temporal, com o propósito de estimar os recursos necessários de futuro, dado que os doentes alvo destes cuidados são vastos e diversificados.

Evolução da referenciação à equipa de CP da ULS da Guarda

Segundo o Relatório Primavera 2017, referente às UCP da RNCCI, e face aos dados reportados em 2013, existiu um decréscimo de 17% do número de referenciações, apesar do aumento da capacidade de resposta em CP⁽¹⁴⁾. No nosso estudo observamos, pelo contrário, uma tendência crescente do número de referenciações, com um crescimento médio mensal de 18,1%.

Seguindo o modelo de Murtagh et al (2013), que identifica que, no mínimo, 63% das mortes beneficiariam de CP e destes 1/3 necessitam de CP especializados⁽¹⁵⁾, e tendo em conta os dados do INE⁽¹⁶⁾, estimamos, por defeito, 3000 óbitos ocorridos durante o período em estudo, constatando que, dos cerca de 630 doentes que poderiam beneficiar dos CP especializados, apenas cerca de metade foram referenciados, revelando ainda um baixo número de encaminhamentos à equipa de CP da ULS da Guarda.

Caracterização sociodemográfica da população em estudo

Sexo e faixa etária: Os doentes referenciados à equipa de CP da ULS da Guarda eram maioritariamente do sexo masculino (56,1%), sendo esta diferença estatisticamente significativa. No estudo realizado por Soares *et al*⁽¹⁷⁾ também se observou uma prevalência do sexo masculino referenciado à equipa comunitária, à semelhança do observado no relatório da Entidade Reguladora da Saúde (2015)⁽¹⁸⁾, correspondendo estas referenciações às UCP e ECSCP da RNCCI.

Apesar de Portugal continuar a ser um país maioritariamente feminino, existindo, segundo o INE (2018), 89,9 homens para cada 100 mulheres⁽¹⁹⁾, a realidade é que em 2017 faleceram por patologia *oncológica* e doenças respiratórias mais homens do que mulheres (150 e 108 : 100 mortes, respetivamente)⁽²⁰⁾ e, tendo em conta que no nosso estudo, a maioria dos doentes referenciados eram *oncológicos* (84,5%), esta poderá ser uma explicação para os resultados encontrados.

A esperança média de vida e as doenças crónicas têm vindo a aumentar ao longo dos anos, refletindo-se no acréscimo das necessidades de apoio diferenciado. Segundo Quintal *et al* (2012)⁽²¹⁾ uma das características dos grupos etários mais velhos é o desequilíbrio entre homens e mulheres, com as últimas a serem a maioria em estadios mais avançados da idade. Isto

verifica-se neste estudo, pois a mediana de idades dos homens é de 78,0 anos e a das mulheres é de 80,0 anos, o que corresponde a uma sobrevivência mediana de 2,0 anos; no entanto, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa, tendo-se verificado algum equilíbrio entre os sexos nas faixas etárias mais elevadas (> 70 anos).

Estado Civil e Cuidador Principal: a maioria dos doentes deste estudo era casada (59,5%), sendo estas diferenças estatisticamente significativas; no entanto, em 33,1% dos doentes não existia registo do estado civil, o que poderá dificultar a avaliação do suporte familiar. Ao longo dos anos, as famílias têm sofrido alterações na sua dimensão, passando de famílias numerosas a famílias com número médio de 2,5 pessoas⁽²²⁾, o que pode comprometer a assistência informal a estes doentes.

Considerando a mediana de idades deste estudo, encontramos-nos perante idosos a serem cuidados principalmente por cuidadores informais (63,8%). De salientar que 5,1% dos doentes não possuíam cuidador, o que pode contribuir para o aumento do sofrimento vivenciado por estes. É importante destacar que grande parte dos doentes apresentavam uma idade avançada (76,1% > 70 anos), sendo a sua maioria casados; subentendemos, portanto, que alguns dos cuidadores principais poderão ser o conjugue, também ele idoso e a experienciar uma elevada sobrecarga.

Caracterização clínica da população em estudo

Patologia de Base: Embora em 2017 as principais causas de morte em Portugal tenham sido as doenças cardiovasculares (33,3%), seguida das neoplasias (25%)⁽²⁰⁾, no presente estudo apenas 15,5% dos doentes apresentavam doenças *não oncológicas*. Os doentes *oncológicos* continuam a ser os principais doentes referenciados quer em Portugal, quer noutros países, ^(17,23,24) representando 84,5% dos doentes neste estudo. No entanto, segundo Broglio e Walsh (2017)⁽²⁵⁾, nos Estados Unidos da América, o ingresso de doentes *oncológicos* em unidades especializadas em cuidados terminais e paliativos diminuiu para menos de metade (36,6%) em 2014. Também a Organização Mundial de Saúde (2014)⁽⁶⁾ estimou que a necessidade em CP para doentes com doenças cardiovasculares seria superior relativamente aos doentes *oncológicos* (38,5% e 34,0%, respetivamente).

Observamos uma referência de apenas 5% de doentes com *demência*, apesar de esta ser uma patologia cada vez mais prevalente na nossa sociedade. Vilaça *et al* (2016)⁽²⁶⁾, num estudo de revisão, concluíram que a maioria dos doentes com *demência* avançada observados nos serviços de urgência, não eram precocemente referenciados para acompanhamento por CP, refletindo a subvalorização do apoio aos doentes deste foro.

A dificuldade na identificação dos doentes e famílias que devem ser encaminhadas para os CP, pode ser uma das razões para a discordância observada entre as referências de doentes *oncológicos* e não *oncológicos* neste estudo. Assim, torna-se importante continuar a

apostar na divulgação e na formação dos profissionais para a referência dos doentes não com base nos diagnósticos, mas sim com base na situação de sofrimento que as patologias e situações determinam no doente e família, bem como no estabelecimento e divulgação de critérios específicos e uniformes de referência de doentes para as diversas valências dos CP.

Motivos de Referência: um estudo realizado por Dias (2010)⁽²⁷⁾, demonstrou que os doentes foram referenciados para as UCP da RNCCI sobretudo para controlo sintomático (67,5%), estando em conformidade com as nossas observações pois, 41,7% dos doentes referenciados à equipa de CP foi devido a sintomatologia não controlada (dor e/ou outros sintomas) e 11,2% devido a agonia e internamentos frequentes, prevalecendo, portanto, a referência de doentes em fases agudas da doença. De salientar que 8,3% dos doentes não apresentavam registo do seu motivo de referência que, embora seja uma percentagem pequena, esta situação poderá contribuir para o atraso do processo de admissão aos CP, traduzindo-se na demora da resposta às necessidades.

Local de Cuidado e de Morte: o estudo realizado por Sarmento *et al* (2016)⁽²⁸⁾ projeta um aumento do número de mortes hospitalares em mais de 25% até 2030, sobretudo relacionado com o envelhecimento da população. No entanto, segundo Gomes *et al* (2013)⁽²⁹⁾, existe a evidência de que 51% da população portuguesa tem como preferência morrer em casa e 36% numa UCP, mas mais de 60% morre em hospitais/clínicas. No nosso estudo, no momento da recolha dos dados, apenas 34,1% dos doentes haviam permanecido no domicílio ou nas ERPI (sendo, para muitos doentes, a sua residência habitual), sendo que destes, 62,4% haviam falecido e os restantes encontravam-se a ser acompanhados pela equipa de CP. Este facto poderá prender-se com a referência tardia, levando à dificuldade em se reunir condições para que os doentes permaneçam na sua residência habitual; outro facto poderá ser a falta de reconhecimento do estatuto do cuidador informal.

Tempo de Sobrevivência e Tempo de Espera pela avaliação pela equipa de CP: um trabalho retrospectivo realizado no Reino Unido, demonstrou que a mediana de tempo entre a referência aos CP e a morte de doentes *oncológicos* foi de 48 dias⁽³⁰⁾. Em Portugal, segundo o Relatório Primavera 2017 do OPSS, a mediana de sobrevivência dos doentes referenciados foi de 40,0 dias, com a ARS Centro a apresentar uma mediana de sobrevivência de 27,0 dias⁽¹⁴⁾. Outro estudo realizado em 2012 no Instituto Português de Oncologia do Porto, encontrou uma mediana de sobrevivência de 26,0 dias⁽³¹⁾. Estudos recentes, realizados na Coreia do Sul, Singapura e Irlanda apresentaram uma mediana de sobrevivência que variou entre 21 dias e 68 dias⁽³²⁻³⁴⁾. Estes estudos, realizados com metodologias diferentes, em diferentes contextos sanitários, mostram que a mediana de sobrevivência foi muito variável, tal como encontrado nos diversos contextos do presente trabalho.

Analisando mais detalhadamente, observamos que muitos doentes foram referenciados já numa fase muito avançada da sua doença, pois 29,7% dos casos tiveram um tempo de sobrevivência na altura da referência ≤ 7 dias. Coloca-se, pois, em evidência a necessidade de referência o mais atempada uma vez que, em fases avançadas da doença, atrasará o início da prestação de cuidados, numa fase da vida em que o tempo é essencial. No entanto é importante referir que estas situações de referência tardia só se observaram até fevereiro de 2018. A manter-se esta tendência poderá ficar demonstrado que melhorou a consciencialização da necessidade de uma referência mais precoce por parte dos referenciadores.

Da análise do tempo de espera pela avaliação da equipa de CP, este mostrou-se ligeiramente inferior quando comparado com o estudo casuístico de uma unidade domiciliária “Terra Fria”, em que o tempo médio de espera pela primeira consulta de CP foi de 4,7 dias⁽¹⁷⁾ versus os 4,4 dias observado no nosso estudo, e bastante inferior quando comparado ao tempo mediano de espera desde a referência para os CP e o acesso aos mesmos no IPO do Porto (2012) (13,0 dias versus 1,5 dias)⁽³¹⁾. No relatório da Entidade Reguladora da Saúde (2015), a ARS Centro apresentou um tempo médio superior (4,9 dias), desde a referência até à identificação de vagas na UCP⁽¹⁸⁾. Perante estes resultados é importante salientar que apenas 12,4% dos doentes aguardaram >7 dias por esta avaliação e 25,7% foram avaliados no dia em que foram referenciados, demonstrando a disponibilidade da equipa de CP para a avaliação destes doentes. Assim, podemos refletir que o baixo tempo de sobrevida, observado neste estudo, não se prendeu com o tempo de espera pela avaliação da equipa, mas sobretudo devido à referência tardia.

Observamos que a entidade referenciadora poderá condicionar o tempo de espera pela avaliação dos CP, com os doentes referenciados pelo Hospital Sousa Martins a apresentarem uma mediana de espera inferior, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Torna-se importante mencionar que os CSP e as UCCI/ERPI referenciam sobretudo através de papel, enquanto a referência pelo Hospital Sousa Martins é sobretudo através do processo automático, podendo ser esta a justificação para estas discrepâncias de tempos medianos de espera. Também o facto de as situações provenientes do hospital serem, em geral, mais críticas, poderá contribuir para estes resultados.

Tempo de Sobrevivência e Patologia de Base: estudos realizados demonstraram que os doentes com patologia *oncológica* apresentam um tempo de sobrevida superior^(30,35), semelhante ao observado no nosso estudo. Reiteramos assim o facto de parece haver uma identificação mais precoce da necessidade de CP em doentes *oncológicos* e dificuldade na identificação de doentes paliativos com outras patologias.

Tempo de Sobrevivência e Local de Cuidado e de Morte: Num estudo casuístico de uma unidade domiciliária, observou-se um tempo médio de sobrevivência de 23,7 dias⁽¹⁷⁾. No nosso

estudo o tempo médio de sobrevivência dos doentes seguidos no domicílio e nas ERPI foi cerca de 2 vezes superior (45,8 dias).

Caracterização relativa à referência da população em estudo

Entidades Referenciadoras: a referência aos CP da ULS da Guarda foi maioritariamente realizada a nível hospitalar (85,9%). Perante estes dados e, uma vez que não existem dados referentes a equipas de CP pertencentes à RNCP, observamos que, à semelhança das referências para as diversas valências de CP da RNCCI⁽¹⁴⁾, ainda predomina a referência pelos serviços hospitalares.

Destacamos também o facto de existirem elevadas referências pelo serviço de urgência (26,3%), alertando para o facto de os doentes estarem a ser referenciados apenas quando há descompensação da doença ou na proximidade da morte. Por outro lado, das referências realizados fora do serviço de urgência do Hospital Sousa Martins, 96,7% foram realizadas em contexto de internamento e as restantes pela consulta. Depreendemos mais uma vez que só são enviados doentes em descompensação/descontrolo da situação e não de forma eletiva. Verificamos também que foram os médicos não oncologistas os que mais referenciaram (89,1%), em concordância com principais serviços referenciadores: Urgência, Medicina Interna e Cirurgia.

Método de Referência e Entidades Referenciadores: esta análise mostrou-se estatisticamente significativa, tendo sido a maioria dos doentes referenciados através do processo automático (63,8%), que só está disponível dentro da ULS da Guarda. Quanto à evolução do método de referência, observamos que com a criação do processo de referência automático em outubro de 2017 houve um incremento de 58,1% das referências. Este facto poderá significar que, facilitando a referência, esta aumenta. Nas UCCI/ERPI o método de referência mais utilizado foi o Papel. Por isso seria de refletir sobre a necessidade da aplicação dum sistema de encaminhamento de doentes automático também nestas unidades de prestação de cuidados de âmbito social ou da saúde.

Influência das Covariáveis no tempo de sobrevivência após avaliação pela equipa de CP

Verificamos que o local de cuidado e de morte foi influente no tempo de sobrevivência, com os doentes a serem seguidos no domicílio e nas UCCI a apresentarem medianas de sobrevivência de cerca de 4 vezes superiores em relação aos doentes internados no Hospital Sousa Martins.

No estudo realizado por Allsop *et al* (2018)⁽³⁰⁾ a idade e o diagnóstico mostraram-se determinantes na necessidade em CP. No nosso estudo, por outro lado, não se observou a influência destas variáveis no tempo de sobrevivência

Vantagens e limitações do estudo

Verificámos que desde a transição da coordenação dos CP, com a saída de muitas UCP da RNCCI, existem poucos estudos descritivos de equipas de CP, existindo apenas algumas caracterizações de ECSCP. Neste contexto, esta investigação torna-se inovadora, permitindo caracterizar a atividade da equipa de CP da ULS da Guarda, que tem todas as tipologias previstas pela CNCP, com a exceção do Hospital de Dia. A análise dos perfis sociodemográficos e clínicos de todos os doentes, e tendo em conta a necessidade crescente em CP, é outra vantagem no nosso estudo, pois permitirá traçar um perfil com a finalidade de estimar os recursos necessários de futuro.

No entanto, o estudo apresenta algumas limitações dignas de destaque, tais como: os dados foram recolhidos a partir dos processos clínicos individuais dos doentes e limitaram-se aos conteúdos disponíveis nestes; os resultados obtidos possuem tempo válido limitado, pois a população referenciada à equipa de CP poderá deixar, com o tempo, de ter as características da analisada; nos registos clínicos dos CP não se encontrava especificada a patologia de base, tendo-se optado portanto por uma classificação mais geral; por fim, outra limitação ao nosso estudo é o facto dos achados poderem não ser representativos de outras equipas de CP tendo em conta a discrepância de organização e dos recursos disponíveis.

5. Conclusão

Este estudo foi baseado nos dados clínicos recolhidos de uma equipa de CP em fase de crescimento e durante os primeiros 17 meses da sua atividade.

Esta equipa tem como objeto assistencial todos os residentes na área de influência pela ULS da Guarda, com o objetivo de reduzir o sofrimento dos doentes com necessidades paliativas e das suas famílias. Atendeu com um tempo de espera muito reduzido progressivamente um maior número de doentes, num total 362, de diversas faixas etárias, com predomínio de doentes do sexo masculino nos escalões etários entre os 71 e os 90 anos, com patologia *oncológica* e com cuidador informal. A referenciação foi predominantemente hospitalar, realizada em situações agudas com descontrolo da situação clínica ou social. Os tempos de sobrevida espelham que há uma referenciação tardia e que os doentes menos complexos são acompanhados no seu local habitual de residência. O local de morte ainda é, em muitos casos, em hospital de agudos, o que não seria o desejo da maioria dos doentes.

Este estudo demonstrou ainda que a qualidade de registo pela equipa de CP tem que ser melhorada, e que métodos de referenciação mais práticos poderão ser um elemento facilitador para uma referenciação mais precoce.

A par de uma maior formação dos profissionais de saúde, a nível pré e pós-graduado e da informação da população em geral, seria possível fazer uma referenciação aos CP mais atempada. Isso teria como consequência reduzir a futilidade terapêutica, o sofrimento dos doentes e das suas famílias, melhorando a qualidade de vida e o humor, diminuir os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos e o recurso aos serviços de urgência⁽³⁵⁾, bem como reduzir e, conseqüentemente, desviar os gastos deles decorrentes. Para tal, deverão incorporar-se em todos os níveis de cuidados a que tem acesso a população: os CSP, os Cuidados de Saúde Hospitalares e os Cuidados Continuados Integrados, sendo tanto mais eficaz quanto maior for o envolvimento de todos os intervenientes através de uma ação coletiva e social.

6. Bibliografia

1. Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP ampliado e atualizado. 2 ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2012;23-29.
2. World Health Organization. Definition of Palliative Care. [Internet]. Geneva: WHO; 2012; [consultado em agosto de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº14/DGCG: Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde. 2004 julho;4-10. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>.
4. Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP. [Internet]. 2006;2-13. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf.
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. *Current opinion in supportive and palliative care*. 2012;6(3):371-378.
6. Connor SR, Bermedo MCS. World Health Organization: Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Palliative Care Alliance. 2014;11-26. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
7. Portugal. Decreto-Lei nº 101/2006: criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. [Internet] Lisboa. 2006 junho;3856-3865. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>.
8. Portugal. Decreto-Lei nº 52/2012: Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. [Internet] Lisboa. 2012 setembro;5119-5124. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/174841/details/maximized>.
9. Portugal. Portaria n.º 66/2018: Saúde. [Internet] Lisboa. 2018 março;1177-1182. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/11482275/details/maximized>.
10. Portugal. Lei n.º 31/2018: Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. [Internet] 2018 julho;3238-3239. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115712240/details/maximized>.
11. Gonçalves F, Almeida A, Antunes C, Cardoso A, Carvalho M, Claro M, *et al*. A Cross-Sectional Survey of the Activity of Palliative Care Teams in Portugal. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2012;30(7):648-651.
12. Martins J, Nogueira P. Direção de serviços de informação e análise: Semântica da Informação em Saúde 2017. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2017 dezembro;19.
13. Maroco J. Análise Estatística: Com o SPSS Statistics. 6 ed. Lisboa: ReportNumber.
14. Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS. Relatório da Primavera 2017 - Viver em tempos incertos: sustentabilidade e equidade na saúde. 2017;137-159.

15. Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*. 2014;28(1):49-58.

16. Instituto Nacional de Estatística. PORDATA: Óbitos de residentes em Portugal - total e no primeiro ano de vida. [Internet] 2018 novembro [consultado em dezembro de 2018]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+total+e+no+primeiro+ano+de+vida-109>.

17. Soares DS, Martins J, Gonçalves A, Gomes L. Unidade domiciliária de cuidados paliativos "Terra Fria": casuística de uma nova atividade, desafios e oportunidades. *Revista de Cuidados Paliativos*. 2015 outubro;2(2):65-73.

18. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. 2015;45-51.

19. Instituto Nacional de Estatística. PORDATA: População residente, média anual - total e por sexo. [Internet] 2018 novembro [consultado em dezembro de 2018]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+m%C3%A9dia+anual+total+e+por+sexo-6-1068>.

20. Observatório Português de Cuidados Paliativos. Perfis Regionais de Cuidados Paliativos. [Internet] 2017. [consultado em setembro de 2018]. Disponível em: <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9ca34025ed2e4f23abb9cb9098985320>.

21. Quintal C, Lourenço O, Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde na população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012;30(1):35-46.

22. Instituto Nacional de Estatística. PORDATA: Dimensão média dos agregados domésticos privados. [Internet] 2018 maio. [consultado em novembro de 2018]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Dimens%C3%A3o+m%C3%A9dia+dos+agregados+dom%C3%A9sticos+privados-1613>.

23. Vasconcelos P, Cruz T, Bragança N. Referenciação para cuidados paliativos num serviço de medicina interna. *Revista Clínica do Hospital Professor Dr Fernando Fonseca*. 2015;3(2):14-19.

24. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine*. 2003;17(4):310-314.

25. Broglio K, Walsh A. Referring patients to hospice or palliative care. *The Nurse Practitioner*. 2017;42(4):49-55.

26. Vilaça RAMA, Coelho SPF, Terroso MG. Demência avançada nos Serviços de Urgência Barreiras à referenciação para Cuidados Paliativos. *Revista de Cuidados Paliativos*. 2018;5(1):5-12.

27. Dias ASS. Referenciação para unidades de internamento de cuidados paliativos portuguesas: quando? quem? e porquê? 2012.




28. Sarmiento VP, Higginson IJ, Ferreira PL, Gomes B. Past trends and projections of hospital deaths to inform the integration of palliative care in one of the most ageing countries in the world. *Palliative Medicine*. 2016;30(4):363- 373.

29. Gomes B, Sarmiento VP, Ferreira PL, Higginson IJ. Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 2013;26(4):327-334.

30. Allsop MJ, Ziegler LE, Mulvey MR, Russell S, Taylor R, Bennett MI. Duration and determinants of hospice-based specialist palliative care: A national retrospective cohort study. *Palliative Medicine*. 2018;32(8):1322-1333.
31. Cruz AG. Cuidados paliativos em Portugal: a realidade do instituto português de oncologia do porto. 2013.
32. Lee YJ, Yang JH, Lee JW, Yoon J, Ra JR, Choi WS. Association between the duration of palliative care service and survival in terminal cancer patients. *Support Care Cancer*. 2015;23:1057-1062.
33. Poulouse JV, Do YK, Neo PSH. Association Between Referral-to-Death Interval and Location of Death of Patients Referred to a Hospital-Based Specialist Palliative Care Service. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013;46(2):173-181.
34. O’Leary MJ, O’Brien AC, Murphy M, Crowley CM, Leahy HM, McCarthy JM, et al. Place of care: from referral to specialist palliative care until death. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2017;7:53-59.
35. Chen CY, Thorsteinsdottir B, Cha SS, Hanson GJ, Peterson SM, Rahman PA, et al. Health Care Outcomes and Advance Care Planning in Older Adults Who Receive Home-Based Palliative Care: A Pilot Cohort Study. *Journal of Palliative Medicine*. 2015;18(1):38-44.

7. Anexos

7.1. Autorização do Conselho de Administração da ULS da Guarda, EPE

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE		SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	
--	---	--------------------------------------	---

Exma. Senhora
Dr.ª Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa
Rua Ramalho Ortigão, n.º 131
4435-409 Rio Tinto

SAÍDA 10566-18-10-25 11:24

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA Nº: PROC. Nº:	DATA
			24-10-2018

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do projeto de investigação subordinada ao tema “Caraterização da População Referenciada à Equipa de Cuidados Paliativos da ULS da Guarda”


Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V/Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor ao desenvolvimento do trabalho e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,


A Presidente do Conselho de Administração

Dr.ª **Isabela Coelho**
Presidente do Conselho de Administração
(Dr.ª **Isabela Coelho**)

IC/IM



Gabinete do Conselho de Administração
Av.ª Rainha D. Amélia s/n 6301-858 Guarda, PORTUGAL
TEL + 351 271 200 200
EMAIL secretariado_ca@ulsguarda.min-saude.pt
www.portugal.gov.pt



1/1

7.2. Autorização da Comissão de Ética da UBI



Comissão de Ética
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2018-045

Na sua reunião de 10 de julho de 2018, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Caracterização da população referenciada à Equipa de Cuidados Paliativos da ULS da Guarda**”, da proponente **Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2018-045.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 18 de julho de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Catedrático