

Visto.

Aprovo o presente Plano, sob proposta da Direção- Executiva do SNS.

Remeta-se à Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde I.P., para publicação.

Plano Estratégico Cuidados Paliativos

Biénio 2025-2026



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DIREÇÃO
EXECUTIVA
SNS

Abreviaturas

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EAPC – Associação Europeia de Cuidados Paliativos

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESF – Equipa de Saúde Familiar

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

ETC _ Equivalente de Tempo Completo

DGS – Direção Geral da Saúde

IPO – Instituto Português de Oncologia

OCDE - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

RH – Recursos Humanos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RSE-SIGA – Registo de Saúde Eletrónico - Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SICP – Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UE – União Europeia

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Tabelas

Tabela 1: Conceitos Básicos dos Cuidados Paliativos	7
Tabela 2: Análise das partes interessadas	14
Tabela 3: Análise SWOT para analisar os Cuidados Paliativos.....	15

Índice

Introdução.....	5
Enquadramento dos Cuidados Paliativos	6
Cuidados Paliativos em Portugal	8
Análise Diagnóstica	10
A envolvente externa	10
Análise das partes interessadas	13
Análise SWOT	13
EIXOS PRIORITÁRIOS	16
EIXO PRIORITÁRIO 1 – ORGANIZAÇÃO	17
Objetivo Estratégico 1: Recursos humanos	17
Objetivo Estratégico 2: Aumentar a acessibilidade	17
Objetivo Estratégico 3: Uniformização de Processos	17
Objetivo Estratégico 4: Integração dos Cuidados Paliativos Pediátricos.....	17
Objetivo Estratégico 5: Coordenação.....	17
EIXO PRIORITÁRIO 2 – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS e CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE/CUIDADOR	18
Objetivo Estratégico 1: Integração de Cuidados	18
Objetivo Estratégico 2: Cuidados Centrados no Doente/Cuidador	18
Objetivo Estratégico 3: Envolver a Sociedade Civil	18
EIXO PRIORITÁRIO 3 – FORMAÇÃO.....	19
Objetivo Estratégico 1: Formação dos profissionais de CP	19
Objetivo Estratégico 2: Formação contínua dos profissionais	19
Objetivo Estratégico 3: Formação Para Outros Profissionais de Saúde em todo o SNS.....	19
EIXO PRIORITÁRIO 4 – QUALIDADE.....	20
Objetivo Estratégico 1: Eficácia (assegurar resultados).....	20
Objetivo Estratégico 2: Segurança nos Cuidados (minimizar riscos e assegurar CP de qualidade) ..	20
Objetivo Estratégico 3: Cuidados Centrados no Doente/Cuidador (respeitar preferências)	20
Objetivo Estratégico 4: Acessibilidade (promover o acesso em tempo útil)	21
Objetivo Estratégico 5: Equidade (Serviços universais).....	21
Objetivo Estratégico 6: Integração de Cuidados (CP presentes em todo o SNS).....	21
Objetivo Estratégico 7: Eficiência (usar os recursos de forma sustentável).....	21
CONCLUSÃO	22
Referências.....	23

Introdução

Na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro), ficaram definidos os moldes de funcionamento dos Cuidados Paliativos, tendo sido posteriormente regulamentados, nomeadamente pelos Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro, e Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho e Portaria n.º 75/2017 de 22 de fevereiro. Os sucessivos Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos vieram trazer importantes contributos para a uniformização da organização dos cuidados paliativos, sendo que, ainda assim, se verificam importantes assimetrias no país (1).

A proposta de implementação do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP) em todas as ULS, associada à generalização do modelo de Unidade Local de Saúde (ULS) em Portugal continental, não surtiu os efeitos desejados: no final de 2024, apenas 3 instituições reportaram a constituição de um serviço efetivamente integrado, das 37 instituições que responderam ao inquérito realizado pela Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde I.P.¹ (1). Esta situação poderá ser justificada pela falta de recursos, bem como por razões várias relacionadas com as particularidades locais.

Continuam a ser observados atrasos ou ausências de resposta para os doentes/cuidadores nesta fase do ciclo de vida, com limitação significativa da qualidade dos cuidados prestados e da acessibilidade aos cuidados paliativos. Por esta razão, é importante melhorar a resposta de cuidados paliativos fora do âmbito hospitalar, sempre que possível, utilizando como local de prestação de cuidados o domicílio do utente/cuidador ou uma unidade de internamento adequada, preferencialmente na área de residência.

O presente Plano Estratégico para os Cuidados Paliativos em Portugal Continental, biénio 2025-2026, continua as linhas orientadoras dos planos anteriores, com a definição dos mesmos quatro eixos estratégicos, mas com enfoque particular na (I) **Organização** (II) e na renomeada **Integração de Cuidados e Cuidados Centrados no Doente**, mantendo a (III) **Formação** e (IV) **Qualidade** como eixos prioritários.

¹ Esta informação é retirada do inquérito enviado pela DE-SNS, I.P. às 39 ULS e 3 IPO.

Enquadramento dos Cuidados Paliativos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de doentes e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. Os cuidados paliativos previnem e aliviam o sofrimento através da identificação precoce, da correta avaliação e do tratamento da dor e de outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (2).

Os cuidados paliativos são reconhecidos como um direito humano básico e são uma forma de promoção da dignidade. São necessários numa ampla variedade de doenças. A nível mundial, a maioria dos adultos que necessitam de cuidados paliativos têm doenças crónicas, como doenças cardiovasculares (38,5%), cancro (34%), doenças respiratórias crónicas (10,3%), síndrome de imunodeficiência adquirida, diabetes, insuficiência renal, doença hepática crónica, esclerose múltipla, doenças neurológicas e demência (2).

Os cuidados paliativos modernos iniciaram-se em 1967, com Cicely Saunders e a criação de um modelo focado nas necessidades multidimensionais dos doentes e famílias e numa equipa interdisciplinar treinada nessa resposta. Inicialmente vocacionada para doentes com cancro terminal em internamento, ainda que com fortes ligações e suporte na comunidade, nas décadas seguintes o modelo expandiu-se para outros contextos e doenças, tornando-se reconhecida como uma prática distinta e um tema de saúde pública mundial. Nos anos 90, a OMS incluiu os cuidados paliativos na agenda de saúde pública, e foram criados programas nacionais e regionais de cuidados paliativos, focados no planeamento, cobertura e equidade no acesso. Foram estabelecidos programas pré e pós-graduados de formação médica, de Enfermagem e de outros profissionais, e a especialidade de Medicina Paliativa é atualmente reconhecida em pelo menos 30 países (3).

Relacionado com o aumento da prevalência e mortalidade de doentes com doenças crónicas, surgiu o conceito de *abordagem paliativa*, como forma de identificar precocemente doentes com doenças crónicas avançadas, em qualquer nível e/ou tipologia de cuidados (3). A noção da importância da existência de cuidados paliativos foi expressa pela OMS, na assembleia mundial de maio de 2014, através da resolução WHA67.19: “*Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*”, apelando, entre outras medidas, a que os governos nacionais desenvolvam políticas de cuidados paliativos, garantam o acesso a medicamentos essenciais para a prestação desses cuidados, invistam na formação dos profissionais de saúde e promovam a integração dos serviços de cuidados paliativos nos sistemas de saúde existentes (4).

Na passagem para o século XXI, a noção de cuidados paliativos evoluiu: inicialmente vocacionada para doentes terminais, baseados no prognóstico, atualmente, os cuidados paliativos abrangem todas as doenças crónicas limitantes da vida, e estão também focados na intervenção precoce. O planeamento das necessidades é baseado na prevalência, em vez de ser ajustado à mortalidade. Essa mudança ampliou o âmbito dos cuidados paliativos, que passaram a ter uma perspetiva de saúde pública, global, comunitária e com acesso universal (3) (tabela 1).

Refletindo esta evolução, em 2009, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), publicou recomendações sobre padrões e normas em cuidados paliativos para implementação na Europa (5). Uma década depois atualizou essas normas, através de um estudo Delphi, utilizando as 134 declarações originais e adicionando 13 novas declarações, relacionadas com os novos desafios, como cuidados neonatais, geriátricos e demência, bem como com modelos para integração dos cuidados paliativos em todos os níveis de cuidados. Este estudo resultou na publicação, em 2022, do artigo “*Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC)*”, com a definição de conceitos importantes para as políticas públicas em cuidados paliativos e a implementação de equipas e unidades (6).

Tabela 1: Conceitos Básicos dos Cuidados Paliativos²

Objetivos e tempos de intervenção
■ <i>Os cuidados paliativos são necessários para pessoas que sofrem de todos os tipos de condições graves, complexas/crónicas ou progressivas, em todos os contextos</i>
■ <i>Têm enquadramento precoce e em tempo oportuno no decurso de condições de saúde/doenças crónicas graves, complexas ou limitativas da vida, em conjunto com terapêuticas modificadoras da doença ou potencialmente curativas, para pessoas que vivem com sequelas a longo prazo, e para recém-nascidos e crianças com problemas de saúde congénitos ou adquiridos graves.</i>
Modelo de Cuidados
■ <i>Os cuidados paliativos começam com uma avaliação multidimensional das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, valores e preferências dos doentes e das suas famílias, mantendo uma avaliação sistemática do planeamento dos cuidados.</i>
■ <i>Engloba necessidades essenciais para os doentes e famílias, como a espiritualidade, a dignidade, a autonomia, a esperança, o crescimento e o bem-estar, e relações preferenciais.</i>
■ <i>Utiliza princípios éticos e planeamento antecipado de vontades para identificar as prioridades e objetivos dos doentes, e, no caso de crianças, tendo em conta o estadio de desenvolvimento, decisões partilhadas ao longo do processo de fim de vida.</i>
■ <i>Não antecipam a morte.</i>
■ <i>Proporcionam apoio a família e apoio no luto.</i>
■ <i>Devem ser integrados nas respostas padrão a catástrofes humanitárias</i>
Modelo de Organização
■ <i>Os cuidados paliativos devem ser integrados em todos os contextos do sistema de saúde e acessíveis a qualquer pessoa que deles necessite.</i>
■ <i>Devem ser considerados como obrigatórios na formação de estudantes de medicina e Enfermagem, e de outros profissionais de saúde.</i>
■ <i>Devem ser aplicados por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, voluntários e outros profissionais de saúde e intervenientes no apoio aos doentes/cuidadores, devendo ser facultada formação adequada.</i>
■ <i>Para a implementação dos cuidados paliativos devem ser utilizados três níveis de intervenção: a abordagem paliativa a utilizar em todos os contextos de saúde, cuidados paliativos básicos gerais e cuidados paliativos especializados com competências adequadas a cada nível de intervenção.</i>
■ <i>Devem ser praticados por uma equipa interdisciplinar com formação adequada.</i>
■ <i>Utiliza planos de intervenção para prevenir crises e assegura a integração e continuidade dos cuidados nos diferentes contextos de saúde.</i>
■ <i>Incentiva o envolvimento ativo dos familiares, e o envolvimento da comunidade.</i>
■ <i>Demonstraram eficácia na resposta às necessidades dos doentes e das famílias e eficiência na prestação de cuidados de saúde.</i>
■ <i>Continua a existir dor e sofrimento evitáveis no fim da vida. Tanto nos países ricos como nos países em vias de desenvolvimento, menos de 14% das pessoas têm acesso a cuidados paliativos em fim de vida. A forma de os cuidados paliativos chegarem à grande maioria dos que deles necessitam é integrando esses cuidados em todos os recursos de cuidados: hospitais, lares e a comunidade.</i>

² Adaptado de “Building Integrated Palliative Care Programs and Services”, pag. 46.

Cuidados Paliativos em Portugal

Os cuidados paliativos em Portugal iniciaram-se na década de 90, com a criação de unidades de cuidados paliativos e, posteriormente, com equipas comunitárias que prestavam cuidados paliativos.

Em 2003, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 novembro, a Rede de Cuidados Continuados de Saúde, vocacionada para prestação de cuidados de saúde de média e de longa duração em regime de internamento, no domicílio, ou em unidades de dia. Esta rede incluía a prestação de ações paliativas de sentido genérico, não estando prevista a prestação de cuidados paliativos especializados.

Foi apenas em 2004, que a Direção Geral de Saúde (DGS) reconheceu formalmente os cuidados paliativos em Portugal, como um elemento fundamental dos cuidados de saúde, com a publicação do Plano Nacional de Cuidados Paliativos. Dois anos depois, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho, que incluiu uma resposta de prestação de cuidados paliativos diferenciada à população, resposta esta que, em 2012, ao abrigo da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Decreto-Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro), se diferenciou numa entidade autónoma, a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

Neste enquadramento, a criação da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) e os sucessivos Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2017-2020; 2021-2022; 2023-2024), trouxeram um importante aporte para o conhecimento e a implementação destes cuidados, ainda que a real capacidade de resposta do país fique aquém do estabelecido. É prioritária a integração dos Cuidados Paliativos em todas as tipologias de serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e em toda a abrangência do ciclo de vida da população.

O entendimento do nível de intervenção dos cuidados paliativos, com a noção de que a *Abordagem Paliativa* deverá integrar a prática clínica de todos os profissionais de saúde é extremamente relevante, sendo os *Cuidados Paliativos Especializados* competência das Equipas de Cuidados Paliativos, devendo ser implementados critérios orientadores de referenciação para estas Equipas.

As diversas equipas e unidades de prestação de cuidados paliativos — incluindo as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) para adultos e pediátricos, as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) para adultos e pediátricos, as Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos em regime de agudos e as previstas Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos de menor complexidade (7), (8) devem promover a integração dos cuidados entre os diferentes níveis do sistema de saúde, incorporando também o setor social e envolvendo a comunidade e os órgãos de poder local.

No atual processo de reorganização do SNS, com a expansão do modelo de ULS (Unidade Local de Saúde) a todo o território nacional, equaciona-se agrupar todas as valências dos cuidados paliativos num modelo de Serviço Integrado de Cuidados Paliativos. Este modelo poderia seguir as orientações

da **Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS e IPO**, elaborada pela CNCP em abril de 2023 (9). Contudo, seria essencial adaptar este modelo à realidade específica de cada instituição, garantindo assim a prestação de cuidados paliativos integrada, centrada nas necessidades dos doentes e famílias, com simplificação de processos e melhoria dos resultados.

No caso particular dos Cuidados Paliativos Pediátricos, revela-se mais lógico e eficiente que a equipa pediátrica permaneça sob a dependência do respetivo Serviço de Pediatria, integrando-se na Equipa de Cuidados Paliativos Pediátricos e de referência da instituição. Deve ser prioritário desenvolver um modelo que assegure uma transição adequada dos cuidados paliativos pediátricos para cuidados paliativos de adultos.

A análise do último relatório da CNCP, referente ao inquérito realizado às ULS e IPO, evidencia progressos na expansão dos cuidados paliativos em Portugal, embora ainda modestos quanto à constituição de Serviços Integrados de Cuidados Paliativos (SICP) (1). O relatório identifica uma significativa discrepância na cobertura destes cuidados no país e recomenda uma intervenção estratégica assente em liderança, formação e promoção da equidade a nível nacional.

Análise Diagnóstica

Na análise diagnóstica foram tidas em consideração três componentes:

- Análise macroeconómica da envolvente externa.
- Análise das partes interessadas.
- Análise SWOT.

A envolvente externa

Os Cuidados Paliativos ocupam um papel cada vez mais relevante nas políticas de saúde a nível global e europeu. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a sua importância, dedicando-lhes uma secção específica no seu portal institucional e promovendo diversas iniciativas estratégicas:

- **Definição clara de Cuidados Paliativos**, estabelecendo princípios comuns para a sua implementação;
- **Reconhecimento dos Cuidados Paliativos como um direito humano**, incluído no quadro da cobertura universal de saúde;
- **Resolução WHA67.19** (maio de 2014), apelando aos governos para integrarem os Cuidados Paliativos nas suas políticas nacionais de saúde;
- **Orientações específicas para Cuidados Paliativos Pediátricos**, garantindo resposta adaptada às necessidades da população infantil;
- **Orientações para integração em contextos de crises humanitárias**, assegurando continuidade e qualidade de cuidados em situações de emergência;
- **Orientações sobre qualidade em Cuidados Paliativos**, visando segurança e excelência na prestação de cuidados;
- **Orientações para integração nos sistemas de saúde**, promovendo modelos sustentáveis e centrados na pessoa.

A União Europeia também reconhece o papel estratégico dos Cuidados Paliativos nos seus sistemas de saúde, apoiando a sua expansão e investigação:

- **Apoio financeiro**, como o programa **EU4Health**, com ênfase em Cuidados Paliativos Pediátricos e promoção da literacia em saúde;
- **Apoio à investigação**, destacando o projeto **EU PAL-COPD**, que visa integrar Cuidados Paliativos em doenças pulmonares avançadas — um exemplo da integração destes cuidados em patologias crónicas;
- **Recomendações da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC)**, abrangendo a organização e implementação de serviços e unidades de cuidados paliativos (6), a integração dos cuidados paliativos nos serviços de saúde (10) e a formação em cuidados paliativos.

Este alinhamento estratégico mundial e europeu reforça a importância de incluir os Cuidados Paliativos como componente essencial de qualquer sistema de saúde moderno, promovendo uma abordagem integrada, humanizada e baseada em evidência científica.

Em Portugal, o SNS tem vindo a desenvolver um percurso estratégico no sentido de uma integração efetiva e contínua de cuidados, um movimento que se iniciou formalmente em 1999 com as primeiras experiências de coordenação e que se consolidou de forma notória através da generalização do modelo de Unidades Locais de Saúde. Este movimento de integração visa ultrapassar a tradicional fragmentação entre os Cuidados de Saúde Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários. O modelo ULS, em particular, pretende romper com as barreiras institucionais, permitindo a gestão unificada de orçamentos, recursos humanos e planos de ação para a população de uma determinada área geográfica.

A tendência para a integração de cuidados no SNS é uma tentativa de resposta estrutural aos desafios demográficos e epidemiológicos do país, sendo as ULS o principal vetor desta transformação, procurando assegurar que o percurso do utente no sistema é coeso, eficiente e centrado na pessoa. *“Na génese das ULS esteve o objetivo de criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços, uma via para melhorar a interligação dos Centros de Saúde com os Hospitais e, eventualmente, com outras entidades, designadamente, com unidades de cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados”* (11).

Embora fosse expectável uma maior eficácia, as poucas avaliações que existem do modelo não mostram resultados conclusivos, mas foram utilizados diferentes indicadores e métodos de avaliação (11), (12), (13). Atualmente o modelo foi implementado em todo o país, com a existência de 39 ULS.

A orientação da tutela para a integração de cuidados é enquadrada também na Lei de Bases da Saúde, Lei nº 95/2019 de 4 de setembro. A Base 3, ponto 3 determina que *“O Estado, através do ministério responsável pela área da saúde, deve ainda assegurar a articulação entre a pessoa cuidada, o cuidador informal e os serviços de saúde e a implementação do plano integrado de prestação de cuidados de saúde de que a pessoa carece”*, reforçando assim o estabelecimento de um plano de cuidados centrado na pessoa, numa lógica de continuidade e integração de cuidados.

Na Base 4, ponto 2, alínea f), são definidos como *“...fundamentos da política de saúde a participação das pessoas, das comunidades, dos profissionais e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde”* (14), orientando os cuidados de saúde numa lógica de integração com as estruturas locais, poder local e estruturas comunitárias.

No contexto da eficiência, a integração de cuidados tem sido referida como um exemplo a adotar. Modelos de integração de cuidados estão definidos entre diferentes níveis de cuidados, mas também entre diferentes sectores, da saúde e social (15). Mesmo dentro do mesmo sistema de saúde, as respostas deverão diferir em função da diversidade regional e organizacional.

As análises do desempenho dos modelos de integração de cuidados não são também consensuais (16), (17), (15), sendo que os diferentes resultados se devem em parte à heterogeneidade dos modelos e aos diferentes indicadores avaliados (15). No entanto, há evidência de que os modelos com coordenação local e liderança sénior serão os mais promissores (16).

A integração de cuidados é entendida como uma inovação dos serviços para dar uma resposta centrada na pessoa. Sendo esta uma definição abrangente, levou a diferentes entendimentos do que é integração de cuidados, o que dificulta a definição de uma estratégia que apoie a sua implementação (18). No contexto deste Plano Estratégico, assume-se a integração de cuidados como um meio para melhorar os resultados em saúde, promovendo a continuidade de cuidados entre os diferentes sectores, mantendo a sustentabilidade financeira (17), atendendo a que a integração de cuidados se refere é um conceito central em saúde que se refere à coordenação e articulação dos serviços de saúde (e sociais) de forma contínua, centrada na pessoa, para responder melhor às suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis de cuidados, reduzindo barreiras entre níveis, serviços e profissionais.

As Políticas de Saúde referentes aos Cuidados Paliativos, reforçam este objetivo da integração e continuidade de cuidados:

- Com a Lei da Bases dos Cuidados Paliativos, Lei 52/2012, que consagra o direito de todos os cidadãos ao acesso a Cuidados Paliativos, cria a RNCP e nomeia a CNCP responsável pela sua operacionalização e regulamentação, são definidas linhas de orientação e tipologias de serviços numa lógica de integração de cuidados.
- Com os sucessivos Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2017-2018; 2019-2020; 2021-2022; 2023-2024), da responsabilidade da CNCP, que seguem a linha de integração de cuidados.
- Com o Decreto-Lei nº52/2022, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e a criação da Direção Executiva do SNS, que assume a coordenação da RNCP, sendo neste enquadramento que surge *A Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS, Serviço Integrado de Cuidados Paliativos*, elaborado em abril de 2023.
- Com a prevista implementação de Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos de menor complexidade, conforme Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) (7), para promoção da continuidade de cuidados paliativos.

A esperança média de vida aumentou em todos os países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) ao longo do último meio século, estabilizou na década anterior à pandemia de Covid 19, tendo ocorrido quedas marcadas em muitos países durante a pandemia (19), mas este valor tem vindo a ser recuperado. Paralelamente com a esperança média de vida, aumentou o número de anos vividos sem incapacidade, os chamados anos de vida saudável. Assim espera-se um avançar na idade do envelhecimento e das doenças crónicas, com novos desafios em saúde e sociais, nomeadamente de uma necessidade crescente de integração precoce dos cuidados paliativos.

De referir que Portugal é o país da União Europeia (EU) com maior número de doenças crónicas acima dos 65 anos e com menor número de anos de vida saudável (20), (21), o que permite antever uma procura exponencial de cuidados de saúde nas faixas etárias mais avançadas. Os idosos portugueses são particularmente vulneráveis face a aspetos sociais e económicos (22), e Portugal é o país da UE com maior gasto em saúde “out-of-pocket” (20), o que contribui para o empobrecimento da população e coloca ainda em maior risco esta faixa da população.

Em termos **Tecnológicos** assistimos a novas formas de providenciar cuidados de saúde, com recurso a teleconsulta, monitorização à distância e recurso a inteligência artificial, utilizada em modelos de diagnóstico e mesmo na prestação de cuidados.

Análise das partes interessadas

A tabela 2 resume a análise efetuada às partes interessadas, os “stakeholders”, que são por definição todos os intervenientes, os que têm interesse e/ou são influenciados pelo trabalho desenvolvido pelas Equipas/Serviços/Unidades de Cuidados Paliativos (que, para este efeito, são designadas na tabela como Cuidados Paliativos). Foram analisadas as partes interessadas aos Cuidados Paliativos:

- Doentes e Cuidadores
- Serviços Clínicos Hospitalares
- Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD)
- Outras Equipas de Integração de Cuidados (ex. Suporte Doente Crónico Complexo; Suporte a Doente Pulmonar Crónico)
- Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)
- Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
- Médicos de Família/Equipas de Saúde Familiar.
- Cuidados Paliativos (Equipas Intra-Hospitalares, Equipas Comunitárias, Unidades de Internamento Hospitalares e na Comunidade, Serviços Integrados)
- Tutela

Análise SWOT

A análise SWOT constitui uma ferramenta estratégica de diagnóstico organizacional que permite enquadrar os Cuidados Paliativos numa perspetiva integrada de contexto interno e externo. Assim, na envolvente externa, identificam-se as Oportunidades e Ameaças que decorrem do ambiente político, social, económico e institucional, enquanto, na envolvente interna, são mapeadas as Forças e Fraquezas associadas à capacidade instalada, aos recursos humanos, à organização dos serviços e à qualidade assistencial. O exercício analítico apresentado na Tabela 3, proporciona uma visão holística e estruturada do setor, essencial para a formulação de estratégias sustentadas de desenvolvimento, otimização de recursos e melhoria contínua da resposta em Cuidados Paliativos.

Tabela 2: Análise das partes interessadas

Parte interessada	O que se pretende dos Cuidados Paliativos
Doentes e cuidadores	Resposta em tempo útil - Sistema de referência universal com definição de tempo máximo recomendado. Apoio eficaz na transição de cuidados - Definição de critérios para integrar as diferentes Unidades/Serviços. - Definição de articulação com outras estruturas do SNS. Apoio eficaz de cuidados no domicílio - Dotação de profissionais com formação e em número adequados. - Definição de parcerias e critérios para integração de doentes em CP noutras equipas domiciliárias (ECCL, UHD). Orientação no Sistema de Saúde - Enfermeiro gestor de caso de CP.
Serviços clínicos hospitalares	Consultoria no internamento - Modelo de referência universal. Transição eficaz de cuidados - Dotação de ratios adequada. - Estabelecer critérios para a transição entre diferentes níveis de cuidados: - CP domiciliários; - Unidades de CP de agudos/domiciliárias; - Outras equipas domiciliárias.
UHD	Consultoria e transição de cuidados Procedimento para estudar a integração dos CP domiciliários na UHD.
Outras equipas de integração de cuidados	Consultoria e apoio em fim de vida Estabelecer critérios para referência precoce a CP.
UCC's e ECCL's	Consultoria e Apoio em situações complexas Vinculação para Consultoria e/ou Integração dos CP nas UCC's e ECCL's.
Médicos de família/equipa de saúde familiar	Resposta em tempo útil - Sistema de referência universal com definição de tempo máximo recomendado. - Referência para consultoria não presencial. - Capacitação das ESF para abordagem paliativa.
Médicos e enfermeiros	Coordenação por profissionais dos serviços/unidades - Modelo de SICP no SNS, adaptado a cada ULS e IPO. Valorização profissional - Diálogo com Ordens e Sindicatos Profissionais para progressão na carreira.
Psicólogo e assistente social	Valorização profissional - Integração no SICP. - Definição de objetivos.
Tutela	Integração dos CP no SNS - Modelo de SICP no SNS. - Registo clínico único ou facilmente acessível. Alinhamento com Políticas de Saúde da EU - Alinhamento com as recomendações europeias para implementação de Unidades e estabelecimento de ratios de profissionais. Sustentabilidade do modelo - Análise de custo/benefício dos CP em cada ULS e IPO. Colaboração nas Políticas de Saúde em CP - Análise de custo/benefício da replicação do modelo dos CP em doenças específicas nas ULS e IPO.

Tabela 3: Análise SWOT para analisar os Cuidados Paliativos (tendo por base o Relatório de Outono 2023 do Observatório Português de Cuidados Paliativos) (25)

Pontos Fortes	Pontos Fracos
• Motivação dos profissionais. • Satisfação das equipas e doente/família. • Existência de equipas de suporte e de unidades de cuidados paliativos em todo o território nacional (apesar de existirem assimetrias regionais). • Disponibilização de atividades de formação certificada, permitindo reforçar competências dos profissionais. • Existência da Competência em Medicina Paliativa da Ordem dos Médicos e da Especialidade em Enfermagem Paliativa da Ordem dos Enfermeiros. • Aumento da atividade das equipas comunitárias, com mais visitas domiciliárias, consultas e teleconsultas. • Maior integração com os serviços hospitalares, incluindo consultas externas e apoio intra-hospitalar. • Redução de tempos de espera em algumas unidades, refletindo melhoria de processos. • Financiamento do PRR permite alargar a oferta de Cuidados Paliativos em 20 unidades de internamento de baixa complexidade e 10 equipas comunitárias • Formação básica a todos os profissionais (formação online de forma gratuita)	• Insuficiência de recursos humanos, sobretudo médicos e enfermeiros diferenciados. • Cobertura nacional desigual, com regiões sem equipas completas ou com tempos de resposta incompatíveis com a necessidade. • Escassez significativa de camas para doentes complexos em hospitais de agudos. • Tempos de espera elevados especialmente em cuidados domiciliários. • Heterogeneidade nos modelos organizacionais, dificultando uniformização de práticas, entre ULS. • Sub-registo e fragilidades nos sistemas de informação, impossibilitando monitorização contínua e comparável. • Inexistência de uniformidade nos critérios de referenciação. • Inexistência de Especialidade médica que dificulta a progressão na carreira. • Insuficiente resposta - internamento de cuidados paliativos pediátricos.
Oportunidades	Ameaças
• Expansão da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (incluindo a abertura de duas EIHS CP). • Financiamento adicional via PRR e Portugal 2030, permitindo criar ou reforçar unidades e equipas. • Integração em cuidados de saúde primários e ULS, favorecendo abordagens mais próximas do cidadão. • Digitalização e teleconsultas, que pode aumentar cobertura territorial. • Capacitação família/cuidador. • Definição de critérios de referenciação e inclusão dos CP nos sistemas de gestão de listas de espera. • Integração do Plano Individual de Cuidados no sistema de informação (SCLinico). • Definição do “BI dos Cuidados Paliativos”. • Integração de cuidados.	• Envelhecimento acelerado da população, com aumento de doenças crónicas avançadas e da procura de CP. • Escassez de profissionais diferenciados, agravando dificuldade de recrutamento e retenção. • Pressão sobre serviços hospitalares, que absorvem doentes que poderiam receber CP na comunidade. • Condições financeiras limitadas, que dificultam a expansão sustentável das respostas. • Assimetria territorial persistente, podendo agravar desigualdades no acesso. • Prestação de cuidados fragmentados, suportado pela atividade das diversas equipas. • Complexidade dos doentes vs. nº de camas de agudos. • Turnover dos profissionais com formação diferenciada. • Risco de <i>burnout</i> e desmotivação dos profissionais.

EIXOS PRIORITÁRIOS

O presente Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental dá continuidade ao trabalho iniciado no plano referente ao biénio 2023-2024, consolidando a visão de um sistema de saúde mais integrado, equitativo e centrado nas pessoas. Assume-se, neste novo ciclo, como eixo prioritário a **Organização** e estruturação dos Cuidados Paliativos, em coerência com o modelo de integração assistencial das Unidades Locais de Saúde, atualmente generalizado no SNS.

A adequação das dotações de recursos humanos nas equipas, unidades e serviços de Cuidados Paliativos mantém-se como um objetivo estruturante, devendo o modelo evoluir progressivamente para o referencial do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP), em alinhamento com as recomendações europeias e nacionais. Esta reconfiguração visa assegurar a cobertura territorial, a continuidade assistencial e a uniformização dos padrões de qualidade na prestação de cuidados a pessoas em situação de sofrimento grave decorrente de doença avançada ou terminal.

O eixo da **Integração de Cuidados e Cuidados Centrados no Doente/Cuidador** assume especial relevância estratégica, traduzindo-se na implementação efetiva do SICP em cada instituição do SNS (9). Este modelo operacionaliza os princípios da continuidade, da interdisciplinaridade e da humanização dos cuidados, articulando-se com os compromissos do PRR, designadamente na criação de camas de internamento com cuidados paliativos de menor complexidade (7), (8). Tal medida responde a uma necessidade crescente — a dos doentes que, não carecendo de internamento hospitalar em contexto agudo, não dispõem de condições de regresso ao domicílio nem de suporte social adequado (6).

A **Formação** dos profissionais de saúde constitui outro pilar essencial deste Plano, reafirmando-se a importância da capacitação transversal de todos os profissionais em competências de nível básico em Cuidados Paliativos e da qualificação específica dos que exercem funções neste domínio. Recomenda-se, igualmente, a continuidade do trabalho desenvolvido pelas anteriores Comissões Nacionais de Cuidados Paliativos (CNCP), no reforço da articulação com as instituições de ensino superior, visando a consolidação dos conteúdos de Cuidados Paliativos nos planos curriculares de formação pré e pós-graduada.

Por fim, a **Qualidade** mantém-se como eixo estratégico de referência. Recomenda-se a adaptação e integração das plataformas digitais como instrumentos de gestão clínica, monitorização e partilha de informação, promovendo a interoperabilidade entre níveis de cuidados e a eficiência na gestão dos processos assistenciais. Paralelamente, deve reforçar-se a implementação sistemática de critérios de qualidade, indicadores de desempenho e mecanismos de avaliação contínua, garantindo uma monitorização rigorosa dos resultados e a melhoria sustentada dos serviços prestados.

Reafirma-se, assim, o compromisso do SNS com uma política de Cuidados Paliativos assente na equidade, na excelência clínica, na humanização e na responsabilidade social, elementos indispensáveis a uma resposta integrada, sustentável e centrada na dignidade da pessoa.

EIXO PRIORITÁRIO 1 – ORGANIZAÇÃO

Objetivo Estratégico 1: Recursos humanos

- Dotação de recursos humanos de acordo com o Plano Estratégico 2023-2024 (23) (Tabela 4), recomendando-se a sua revisão, tendo em consideração a implementação de SICP, a mortalidade e complexidade de doentes em cada instituição, e as normas nacionais e internacionais.
- Reforço dos recursos humanos integrados nos SICP, em especial médicos e enfermeiros.

Objetivo Estratégico 2: Aumentar a acessibilidade

- Cobertura universal em todas as ULS através de contratualização de indicador com a tutela.
- Implementação de SICP em cada ULS.
- Implementação de Unidades de Internamento com CP de menor complexidade, conforme PRR (7), (8).
- Referenciação para Cuidados Paliativos nas plataformas de gestão de listas de espera, com tempo máximo estabelecido.
- Contratualização de indicador da tutela com os CSP para *Abordagem Paliativa*.
- IPO obrigatoriamente com EIHS CP e Unidade de Internamento, podendo, em caso de necessidade de CP domiciliários, articular com as ECSPC da ULS da área de residência.

Objetivo Estratégico 3: Uniformização de Processos

- Definição de critérios para integração em unidades de internamento em CP, e em equipas domiciliárias.
- Definição da articulação do SICP com outras Equipas/Serviços.
- Definição da responsabilidade de verificação de óbito.
- Registo informático clínico único ou facilmente acessível.

Objetivo Estratégico 4: Integração dos Cuidados Paliativos Pediátricos

- EIHS CP-P generalista, com dotação adaptada, na dependência do Serviço Pediatria.
- EIHS CP-P e ECSPC-P especializadas em ULS com Serviços de Pediatria de referência.
- EIHS CP-P generalista articula com a EIHS CP-P especializada do Serviço de Pediatria da ULS de referência.
- Criação de Grupo de Trabalho para Cuidados Paliativos Pediátrico, dada a sua especificidade.

Objetivo Estratégico 5: Coordenação

- Coordenação médica e de enfermagem das Equipas /Unidades por elemento da Equipa, preferencialmente médico com competência em Medicina Paliativa e enfermeiro especialista em Enfermagem paliativa.
- Direção do SICP por médico com Competência em Medicina Paliativa.

EIXO PRIORITÁRIO 2 – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS e CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE/CUIDADOR

Objetivo Estratégico 1: Integração de Cuidados ³

- Estabelecimento de parcerias do SICP com outras Equipas/Serviços do SNS que previsivelmente prestam cuidados a doentes com necessidades paliativas.
- Estabelecimento de critérios de referenciação, de forma a responder às necessidades dos doentes/cuidadores entre diferentes níveis de cuidados.
- Atribuição de enfermeiro Gestor de Caso aos doentes/cuidadores em seguimento domiciliário pelo SICP.
- Nos CP Pediátricos estabelecer Plano de Transição para CP adultos.

Objetivo Estratégico 2: Cuidados Centrados no Doente/Cuidador

- Cuidados Paliativos acessíveis em todos os níveis e tipologias de serviços do SNS⁴.
- Plano Individual de Cuidados implementado nos doentes a receber CP (ver eixo 4. Qualidade).
- Definição de critérios universais de referenciação para CP (ver eixo 1. Organização).
- Atribuição de um enfermeiro Gestor de Caso a todos os doentes/cuidadores em CP.⁵
- Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Integração dos CP nas ERPI e Lar Residencial.

Objetivo Estratégico 3: Envolver a Sociedade Civil

- Promover a literacia em CP da população (ver eixo 3. Formação).
- Envolver o Poder Local na dinâmica dos CP, através da nomeação de um interlocutor na autarquia.
- Grupo de Trabalho para definir orientações para implementação de Voluntariado.
- Fomentar Comunidades Compassivas.
- Incentivar apoios Particulares e de Fundações para os CP, sobretudo na comunidade⁶.

³ Assume-se a integração de cuidados como um meio para melhorar os resultados em saúde, promovendo a continuidade de cuidados entre os diferentes sectores, mantendo a sustentabilidade financeira (16).

⁴ Os Serviços Hospitalares, os CSP e os Cuidados Continuados podem referenciar para os CP, através das EIHSCP, ECSCP ou SICP (ver eixo 1. Organização, objetivo estratégico 2).

⁵ O enfermeiro gestor de caso é o profissional de saúde que orienta o doente/cuidador no sistema de saúde.

⁶ Como exemplo o apoio já em vigor do programa Humaniza da “Fundação la Caixa”.

EIXO PRIORITÁRIO 3 – FORMAÇÃO

Objetivo Estratégico 1: Formação dos profissionais de CP

- Mantém-se os requisitos mínimos de formação dos profissionais de CP, que transitam do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos anterior (23) (tabela 5)

Objetivo Estratégico 2: Formação contínua dos profissionais

- Promover a formação⁷ contínua, garantindo o acesso de todos os profissionais, de acordo com os objetivos do próprio e as necessidades do Serviço/Equipa/Unidade.

Objetivo Estratégico 3: Formação Para Outros Profissionais de Saúde em todo o SNS

- Divulgação aos profissionais de saúde acessíveis em todo o SNS, incluindo nas unidades da RNCCI, dos cursos básicos CP e CP-Pediátricos, disponíveis na plataforma online “Academia” dos SPMS.
- Manutenção da disponibilidade da CNCP para dialogar com Instituições de Ensino e Ordens Profissionais para contribuir para o ensino pré e pós-graduado dos CP.

⁷ Por Formação entende-se participação em Reuniões, Congressos, Conferências ou Estágios alusivos aos CP.

EIXO PRIORITÁRIO 4 – QUALIDADE

Na elaboração do presente Plano Estratégico foram adotadas, como referência orientadora, as recomendações da Organização Mundial da Saúde relativas à implementação de Políticas e Serviços de Saúde em Cuidados Paliativos, que constituem o enquadramento internacional de excelência neste domínio. Estas recomendações assentam em sete domínios estruturantes de qualidade, considerados essenciais para a organização de sistemas de saúde sustentáveis e centrados nas pessoas: Eficácia, entendida como a capacidade de alcançar os resultados clínicos e humanísticos pretendidos; Segurança, que visa minimizar riscos e prevenir eventos adversos; Cuidados Centrados no Doente e no Cuidador, enfatizando a personalização das intervenções e o respeito pela autonomia e dignidade; Acessibilidade, garantindo disponibilidade de cuidados em tempo útil e em todos os contextos territoriais; Equidade, assegurando que os recursos são distribuídos de acordo com as necessidades e sem discriminação; Integração de Cuidados, promovendo a continuidade assistencial entre níveis e setores; e Eficiência, traduzida na otimização de recursos e na maximização do valor em saúde.

Estes sete domínios, interdependentes e mutuamente reforçadores, constituem a matriz conceptual subjacente à definição das prioridades estratégicas nacionais, orientando o planeamento, a monitorização e a avaliação dos Cuidados Paliativos em Portugal de acordo com as melhores práticas internacionais e com os princípios de qualidade e sustentabilidade preconizados pela OMS.(24).

Objetivo Estratégico 1: Eficácia (assegurar resultados)

- Implementação do uso de escala de avaliação de sintomas recorrendo à plataforma digital de registos.
- Implementação de auditorias clínicas para avaliação de resultados.
- Implementação de diversas escalas nas plataformas digitais de registos, entre as quais: Escala de funcionalidade; Qualidade de vida /necessidades paliativas; Complexidade; Referenciação cuidados paliativos pediátricos; Cuidador (adulto e pediátrico); Avaliação nutricional; Dignidade/Espiritualidade/Esperança; Orientações clínicas, nomeadamente a da sedação; Avaliação do luto; e Avaliação da satisfação dos familiares.

Objetivo Estratégico 2: Segurança nos Cuidados (minimizar riscos e assegurar CP de qualidade)

- Monitorizar requisitos mínimos de *ratios* nas Equipas /Serviços/Unidades.
- Monitorizar requisitos mínimos de formação nas Equipas /Serviços/Unidades.
- Implementar circuitos de armazenamento, distribuição e registo de medicação opióide.

Objetivo Estratégico 3: Cuidados Centrados no Doente/Cuidador (respeitar preferências)

- Implementar um registo para Conferência Familiar.
- Implementar Questionário de Avaliação de Satisfação do doente/cuidador.

Objetivo Estratégico 4: Acessibilidade (promover o acesso em tempo útil)

- Estabelecer critérios de referenciação para CP (ver Eixo 1. Organização)
- Estabelecer critérios de triagem.
- Estabelecer tempo máximo recomendado (ver Eixo1. Organização).
- Contratualização de indicador com os CSP para *Abordagem Paliativa*.

Objetivo Estratégico 5: Equidade (Serviços universais)

- Em áreas de baixa densidade populacional, considerar apoio de consultadoria aos CSP e privilegiar o apoio domiciliário de equipas especializadas de CP.
- Monitorizar o acesso a CP identificando eventuais disparidades.

Objetivo Estratégico 6: Integração de Cuidados (CP presentes em todo o SNS)

- Capacitar os CSP para implementar Ações Paliativas (Ver eixo 4. Formação)
- Equipas/Unidades de CP acessíveis em todo o SNS, incluindo nas unidades da RNCCI, através de critérios de referenciação (ver Eixo1. Organização)

Objetivo Estratégico 7: Eficiência (usar os recursos de forma sustentável)

- Otimizar modelos de prestação de cuidados com estabelecimento de parcerias com outras Equipas/Unidades/Serviços que contactam com doentes de cuidados paliativos.
- Otimizar a partilha de recursos materiais entre Equipas (ex. medicação, equipamentos)
- Promover a avaliação de estudos de Custo/Benefício nas ULS.

CONCLUSÃO

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental 2025-2026 reflete o compromisso inequívoco do SNS com a consolidação de uma rede de cuidados equitativa, acessível, integrada e centrada na pessoa e cuidador, dando continuidade e aprofundamento ao trabalho desenvolvido nos planos estratégicos anteriores. Este Plano posiciona-se como instrumento orientador de uma política pública de saúde que reconhece os Cuidados Paliativos não apenas como um nível assistencial, mas como uma dimensão transversal de humanização e de justiça social, essencial à dignidade e à qualidade de vida dos cidadãos.

O Plano pretende contribuir para ultrapassar os desafios estruturais significativos que ainda persistem, designadamente, a desigualdade territorial na cobertura da rede e na oferta de camas de internamento, a insuficiência de recursos humanos especializados e multidisciplinares, a fragilidade de algumas equipas e a ainda limitada integração efetiva entre os diferentes níveis de cuidados. Estas assimetrias traduzem-se em respostas desiguais no território e, consequentemente, em oportunidades desiguais de acesso a cuidados de qualidade no final da vida.

A generalização do modelo das Unidades Locais de Saúde e a implementação progressiva do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos representam oportunidades estratégicas para uniformizar a resposta, reduzir a fragmentação assistencial e assegurar maior continuidade, coerência e qualidade dos cuidados. Este Plano reforça, assim, quatro eixos estruturantes de desenvolvimento — Organização, Integração de Cuidados e Cuidados Centrados no Doente/Cuidador, Formação e Qualidade — que se afirmam como pilares de um modelo de governação clínica e de proximidade, orientado para resultados em saúde e para a sustentabilidade do sistema.

A concretização destes objetivos requer liderança forte, compromisso institucional e investimento sustentado, articulando políticas de saúde, sociais e educativas numa lógica de sistema integrado. Reconhece-se, contudo, que o horizonte temporal deste biénio não permitirá a plena concretização de todos os resultados previstos; ainda assim, o Plano estabelece uma base sólida de orientação estratégica, fundamental para guiar a ação da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos e das entidades executoras regionais e locais.

Em última instância, a execução deste Plano exige um compromisso efetivo e transversal por parte das instituições de saúde e dos profissionais, de modo que os Cuidados Paliativos deixem definitivamente de constituir uma resposta fragmentada e residual, passando a integrar-se de forma plena, orgânica e estruturante em todos os serviços e estabelecimentos do SNS. Assim será possível concretizar a visão de um sistema de saúde que reconhece o acesso universal a Cuidados Paliativos como um direito fundamental e um imperativo ético de uma sociedade verdadeiramente solidária e humanizada.

Referências

1. CNCP. Relatório ao Inquérito ULS e IPO. 2025. (documento de trabalho)
2. WHO. Palliative care - Key facts 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>].
3. Gomez-Batiste X, Connor S. Building Integrated Palliative Care Programs and Services 2017.
4. WHO. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Sixty-seventh world health assembly, WHA 67192014.
5. EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. 2009.
6. Payne S, Harding A, Williams T, Ling J, Ostgathe C. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative Medicine*. 2022;36(4):680-97.
7. Planeamento Md. Plano de Recuperação e Resiliência 2021.
8. ACSS. Aviso n.º 25/C01-i02/2024. 2024.
9. CNCP. Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS. 2023.
10. Van den Block L, de Nooijer K, Pautex S, Pivodic L, Van Den Noortgate N, Nicholson C, et al. A European Association for Palliative Care White Paper defining an integrative palliative, geriatric, and rehabilitative approach to care and support for older people living with frailty and their family carers: a 28-country Delphi study and recommendations. *eClinicalMedicine*. 2025;87.
11. Saúde ERd. Estudo sobre a Organização e Desempenho das Unidades Locais de Saúde. 2011.
12. Saúde ER. Estudo sobre o Desempenho das Unidades Locais de Saúde. 2015.
13. Moreira AAdS. Análise da Eficiência das Unidades Locais de Saúde [Dissertação de Mestrado Gestão e Economia de Serviços de Saúde]. In press 2016.
14. Lei de Bases da Saúde, (2019).
15. Stoop A, de Bruin SR, Wistow G, Billings J, Ruppe G, Leichsenring K, et al. Exploring improvement plans of fourteen European integrated care sites for older people with complex needs. *Health Policy*. 2019;123(12):1135-54.
16. Lewis RQ, Checkland K, Durand MA, Ling T, Mays N, Roland M, et al. Integrated Care in England - what can we Learn from a Decade of National Pilot Programmes? *International Journal of Integrated Care*. 2021;21.
17. Piroddi R, Downing J, Duckworth H, Barr B. The impact of an integrated care intervention on mortality and unplanned hospital admissions in a disadvantaged community in England: A difference-in-differences study. *Health Policy*. 2022;126(6):549-57.
18. Goodwin N, Stein V, Amelung V. What is Integrated Care? In: Amelung V, Stein V, Suter E, Goodwin N, Nolte E, Balicer R, editors. *Handbook Integrated Care*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 3-25.
19. OECD. Health at a Glance 2023. 2023.
20. OECD, Union E. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2020.
21. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris; 2019.
22. Jorge INdSDR. Envelhecimento e Saúde. 2022.
23. CNCP. Plano Estratégico para Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. 2023_2024.
24. WHO. Quality health services and palliative care 2021.
25. OPCP. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. Relatório de Outono 2023; 2024.