

Intervenção no processo de luto em Portugal pelas equipas de cuidados paliativos

Intervention in the grief process in Portugal by palliative care teams

Sofia Pimenta¹, Manuel Luís Vila Capelas²

¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP), Portugal

² Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP), Portugal

Palavras-chave

Cuidados paliativos; luto; equipas.

Resumo

Introdução: Os cuidados paliativos estendem o seu alvo de atuação à família. Esta última encontra-se numa posição de risco, dada a experiência de doença do seu ente querido e suas consequentes perdas. Este processo de luto deve, deste modo, ser acompanhado, de forma precoce e especializada, pelas equipas. Estas pretendem favorecer a vivência e conclusão do luto de uma forma construtiva para a família.

Objetivo: Caracterizar a atuação, no processo de luto, das equipas de cuidados paliativos portuguesas e sua evolução nos anos de 2017 e 2018.

Materiais e Métodos: Aplicação de um questionário, em 2017 e em 2018, às equipas de cuidados paliativos portuguesas, a fim de caracterizar a sua atuação no processo de luto.

Resultados: Nos dois anos, a maioria das equipas detém um programa de apoio ao luto formalmente definido. O conjunto de atividades mobilizadas, bem como o *timing* das mesmas, é variável. A chamada telefónica e a consulta de *follow-up* apresentaram uma redução da sua utilização no último ano. Esta última, na sua vertente anual, assumiu significância estatística desfavorável. Na participação das atividades, o assistente espiritual apresentou uma evolução positiva. O psicólogo e o enfermeiro foram os que intervieram com maior frequência, para além de terem sido os que mais as registaram. Em 2018 reduziram essa prática. São diversos os locais de registos utilizados pelas equipas, sendo os mais utilizados o SClinico e a ata/papel.

Conclusão: A atividade desenvolvida no âmbito do luto diminuiu, estando a maioria das evoluções registadas associadas a um agravamento da qualidade dos cuidados prestados pelas equipas.

Keywords

Palliative care; grief; teams.

Abstract

Introduction: Palliative care extends its practice towards the family. The latter finds itself in a position of risk, given the experience of his loved one's illness and resulting losses. The grieving process must, therefore, be accompanied, early and expertly, by the teams. These aim to favor

the experience and conclusion of grief in a constructive way for the family.

Aim: To characterize the Portuguese palliative care teams' performance in the grief process and their evolution between the years 2017 and 2018.

Materials and Methods: Application of a questionnaire, in 2017 and 2018, to Portuguese palliative care teams, in order to characterize their role in the grieving process.

Results: In the two years, most teams have a formally defined grief support program. The set of mobilized activities, as well as their timing, varies. In the last year, the phone call and the follow-up consultation showed a reduction in their use. The latter showed unfavorable statistical significance in its annual aspect. Partaking in the activities, the spiritual assistant presented a positive evolution. The psychologist and the nurse were the ones who intervened most frequently, as well as the ones who registered them the most. In 2018 this practice reduced. There are several tools of registration used by the teams, the most used being SClinico and minutes/paper.

Conclusion: Practice towards the mourning process has declined, taking into account most registered developments resulted from a deterioration in the quality of care provided by the teams.

Introdução

A atual definição de cuidados paliativos estende o seu alvo de atuação à família, atribuindo destaque às necessidades e ao sofrimento por si vivenciados. A vulnerabilidade da mesma reflete-se não só na situação de doença do seu ente querido, mas também nas perdas dela decorrentes. Esta vivência de luto, dadas as suas repercussões na qualidade de vida, coloca a família numa posição de risco.^{1,2}

O trabalho de luto, por parte da família, inicia-se com a desorganização advinda da perda significativa. Progressivamente, este desenvolve-se através de processos e reações que diminuem a dor da separação e promovem a reformulação pessoal e existencial, mediante a integração da perda.³

A reação a uma perda envolve, com intensidade e duração variáveis, os níveis intrapessoal, interpessoal e transpessoal de vivência da perda, os quais se desenvolvem mediante os mecanismos de adaptação de evitamento, de assimilação e de acomodação.³

Deste modo, contextualizando o modelo de tripla integração do processo de luto, consideram-se:³

- Nível intrapessoal, caracterizado pelo «trauma», manifesta-se pelo entorpecimento (evitamento), pela dor emocional (assimilação) e pela reexperiência do prazer sem culpa e medo (acomodação);
- Nível interpessoal, caracterizado pela separação relacional, manifesta-se pela procura (evitamento), pela reexperiência de memórias relacionais (assimilação) e pela integração simbólica na memória (acomodação);
- Nível transpessoal, caracterizado pela rotura existencial, manifesta-se pela negação (evitamento), pelo desespero (assimilação) e pela reconstrução de significado (acomodação).

O processo de luto comporta como padrões de manifestação o choque/negação, a desorganização/integração e a reformulação/reorganização. Após desenvolvimento dos mesmos, consideram-se como resultados propícios a um trabalho de luto integrado a estabilização/segurança, a mentalização/consciençialização e o desenvolvimento/maturação.³

Para tal, dado o contexto de perda, a família pode revelar dificuldade em aceitá-la e adaptar-se à mesma, competindo às equipas de cuidados paliativos o fornecimento de apoio durante o luto.

Neste sentido, a experiência a que a família é sujeita e a necessidade de intervenção precoce e especializada levaram ao desenvolvimento deste

estudo. Este tem como intuito caracterizar a atuação das equipas portuguesas e a sua evolução nos anos de 2017 e 2018 no que diz respeito ao processo de luto.

Materiais e Métodos

Estudo analítico, observacional, longitudinal retrospectivo, de abordagem quantitativa. Tem como objetivos descrever o apoio fornecido pelos programas de intervenção no luto nas equipas de cuidados paliativos, a nível nacional, nos anos de 2017 e 2018, e analisar a evolução do apoio fornecido pelos programas de intervenção no luto nas equipas de cuidados paliativos, a nível nacional, nos anos de 2017 e 2018. Como tal, pretende-se, no final do mesmo, obter respostas às questões de investigação:

- Como foram desenvolvidos nas equipas de cuidados paliativos os programas de intervenção no luto, a nível nacional, nos anos de 2017 e 2018?
- Como evoluiu nas equipas de cuidados paliativos o apoio fornecido pelos programas de intervenção no luto, a nível nacional, nos anos de 2017 e 2018?

O estudo consistiu na aplicação de um questionário em 2017 e em 2018. Este visa caracterizar as equipas de cuidados paliativos portuguesas quanto à sua intervenção no processo de luto. Nomeadamente, avaliar a existência do programa estruturado de apoio no processo de luto, descrever o mesmo, bem como a sua evolução nos últimos dois anos.

O instrumento de colheita de dados em causa corresponde a uma fração do questionário elaborado pelo Observatório Português de Cuidados Paliativos (OPCP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da monitorização da evolução dos cuidados paliativos em Portugal (Figura 1).

O estudo dirigiu-se aos serviços de cuidados paliativos do continente e regiões autónomas, em 2017 e 2018.

A amostra do estudo coincidiu com a população, sendo ela as equipas de cuidados paliativos portuguesas. Os dados obtidos da caracterização da equipa foram enviados pelos Conselhos de Administração ou pelas equipas após autorização dos primeiros. Foi obtido o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Em 2017, num total de 103 equipas, 76 enviaram dados, culminando numa taxa de resposta de 73,8%,

e num erro amostral de 6% com um intervalo de confiança de 95%. Em 2018, num total de 103 equipas, 78 enviaram dados, culminando numa taxa de resposta de 75,7%, e num erro amostral de 6% com um intervalo de confiança de 95%.

Foi solicitado às equipas que respondessem ao formulário enviado em ficheiro Excel, onde a variável em estudo era o programa de intervenção no luto, com as seguintes subvariáveis:

- Existência de programa de apoio no luto;
- Ações do programa de apoio no luto estão ou não protocoladas ou formalmente definidas;
- Tipo de ações/atividades realizadas no programa de apoio ao luto como carta de condolências, visita ao domicílio, consulta, chamada telefónica, consulta de *follow-up* e/ou outra. No questionário aplicado em 2018, acrescentou-se o grupo de apoio como opção de resposta;
- *Timings* das ações/atividades realizadas em semanas após a morte do doente;
- Profissionais que intervêm diretamente nas ações/atividades do programa de apoio no luto, tais como médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, assistente espiritual e/ou outro;
- Registo das atividades;
- Quem elabora o registo, tendo como opção as áreas de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, assistência espiritual e/ou outro;
- Plataforma/local onde são realizados os registos.

O preenchimento do questionário foi feito em ficheiro Excel por um profissional de cada serviço indicado pela coordenação do mesmo, tendo as equipas acesso aos dados apenas por si colhidos. De modo a não ser possível associar as respostas aos seus respondentes, utilizou-se um sistema de codificação das equipas intervenientes.

Os dados obtidos foram guardados e consolidados numa base de dados no Excel encriptada por palavra-chave complexa (conjugação de caracteres alfanuméricos e especiais). A base de dados, por sua vez, estava na posse do investigador principal, mais concretamente no seu computador institucional, também devidamente encriptado. Somente o investigador principal teve conhecimento das palavras-chave para acesso aos dados. Estes foram depois disponibilizados sob a forma de *outputs* estatísticos para o âmbito da presente dissertação.

Posteriormente, os dados foram analisados através da estatística descritiva, sob suporte dos *softwares* Microsoft Excel e Epidat versão 3.1.

Deste modo, nesta instância, existiu acesso a dados consolidados, estando os «em bruto» na posse do OPCP, que os destruirá após término da sua utilização.

Resultados

No ano de 2017, de um total de 103 equipas de cuidados paliativos (públicas e privadas), obtiveram-se dados de 76, o que perfaz uma taxa de resposta de 73,8%. Mais concretamente (Figura 2):

- Nas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) obtiveram-se 22 respostas em 31 possíveis (taxa de resposta de 71,0%);
- Nas Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) obtiveram-se 34 respostas em 45 possíveis (taxa de resposta de 75,6%);
- Nas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) obtiveram-se 20 respostas em 27 possíveis (taxa de resposta de 74,1%).

No ano de 2018, de um total de 103 equipas de cuidados paliativos (públicos), obtiveram-se dados de 78, perfazendo uma taxa de resposta de 75,7%. Mais especificamente (Figura 3):

- Nas UCP obtiveram-se 22 respostas em 30 possíveis (taxa de resposta de 73,3%);
- Nas EIHSCP obtiveram-se 36 respostas em 49 possíveis (taxa de resposta de 73,5%);
- Nas ECSCP obtiveram-se 20 respostas em 24 possíveis (taxa de resposta de 83,3%).

Em 2017, a maioria das equipas desenvolve um programa de acompanhamento no luto, correspondendo a 53 equipas (69,7%). O mesmo se verifica em 2018, perfazendo um total de 52 equipas (66,7%).

Em 2017, também a maioria assume ter o programa em causa protocolado ou formalmente definido, traduzindo-se num total de 46 equipas (60,5%). Tal é sobreponível em 2018 com um total de 42 equipas (53,8%).

Comparando os dois anos, tanto em relação à existência do programa como à formalização do mesmo, não se verificou significância estatística ($p > 0,05$) (Quadro 1).

As equipas foram questionadas sobre um conjunto de atividades que se preconizam no protocolo, conforme as recomendações, sendo elas a carta de condolências, a visita ao domicílio, a consulta, a chamada telefónica e a consulta de *follow-up*. Em 2018, acrescentou-se o grupo de apoio, uma vez

que a revisão da literatura, anteriormente realizada, destacou o seu eventual potencial (Quadro 2).

Comparando os dois anos, a chamada telefônica e a consulta de *follow-up* assumem significância estatística ($p < 0,05$), sendo que a consulta, a carta de condolências e a visita ao domicílio não.

Para além das atividades referidas, algumas equipas acrescentaram outras que realizavam. Em 2017, referiram a conferência familiar, a consulta de grupo, a ida à urgência e o SMS de condolências. Em 2018, destacaram-se a reunião informal, a consulta de psicologia, a consulta de psiquiatria e a visita/ agendamento de condolências. Face a este conjunto de atividades, não se adequa o cálculo do valor de p , uma vez que o tipo de atividades diferiu nos dois anos.

As equipas que referem não ter programa de apoio no luto nem protocolo formal assumem praticar algumas atividades isoladas. Em 2017, destacaram-se a carta de condolências e/ou as visitas ao domicílio, sendo que em 2018, para além das de 2017, verificou-se ainda a consulta e um especial destaque para a chamada telefônica.

As atividades, no âmbito do programa em causa, são mobilizadas pelos elementos da equipa multidisciplinar, sendo eles o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social e o assistente espiritual (Quadro 3).

Comparando os dois anos, a assistência espiritual apresenta significância estatística ($p < 0,05$), o que não se verifica nas restantes áreas profissionais.

Em casos excepcionais, puderam igualmente intervir, em 2017, o fisioterapeuta, e em 2018, para além deste, o psiquiatra ou o voluntário. Relativamente à área profissional de fisioterapia, não se adequou a realização do teste estatístico, dada a sua participação em reduzido número. Como a intervenção do psiquiatra e a do voluntário foram apenas relatadas em 2018, também não se considerou adequada a realização da análise.

Quanto ao *timing* em que as atividades de apoio ao luto são realizadas, verifica-se grande variabilidade nos dados (Quadro 4).

Comparando os dois anos, verifica-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na consulta de *follow-up* realizada anualmente (Quadro 5).

Na visita trimestral ao domicílio, nas consultas semanal e anual e na consulta de *follow-up* quinzenal não se aplicou o teste estatístico, uma vez que nos dois anos não se verificaram esses *timings*.

Também não se aplicou o teste estatístico no grupo de apoio, dada a sua introdução somente em 2018.

A implementação das atividades em causa são alvo de registo por parte dos diferentes profissionais (Quadro 6).

Em 2017, a maioria das equipas efetuam registos, correspondendo a um total de 65 (85,5%), sendo que em 2018 a realidade mantém-se com um total de 50 equipas (64,1%).

No ano de 2017, em 25 equipas (32,9%), os registos são efetuados, em simultâneo, por 3 profissionais (médico, enfermeiro e psicólogo). Em contrapartida, em 20 equipas (25,6%), os registos são efetuados, nessas condições, em 2018. Nesse mesmo ano, verificou-se que em 2 equipas (2,6%) os registos eram realizados pelos 5 profissionais de saúde em causa.

Comparando os dois anos, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas áreas profissionais de psicologia e enfermagem, sendo que nas restantes tal não ocorre.

Em 2018, verificou-se o registo por parte do elemento que contacta, do fisioterapeuta e do psiquiatra. Todavia, os mesmos não podem ser submetidos a teste estatístico, pois não se verificaram em 2017.

O registo das atividades, por sua vez, é formalizado em diferentes locais para o efeito, sendo eles variáveis (Quadro 7).

Nenhum local de registo apresenta diferença com significância estatística ($p > 0,05$). No entanto, o ficheiro eletrónico destaca-se dos restantes, aproximando-se do significado estatístico.

Ao local de registos identificado como «Outros» não foi aplicado o teste estatístico, uma vez que foi somente introduzido em 2018.

Discussão

De modo a contextualizar, de forma clara e transparente, a discussão do presente estudo, primeiramente abordar-se-á as limitações do mesmo. Posteriormente, proceder-se-á à abordagem do apoio fornecido pelo programa de intervenção no luto *per se*, terminando com as sugestões e implicações para futuros estudos.

A primeira limitação advém do inadequado e incompleto preenchimento de alguns dos questionários, o que interfere na validade externa dos resultados. Assim, os mesmos produzem resultados críticos quanto à objetividade, pois os itens de resposta podem ter tido significados distintos para cada equipa.^{4,5} Para além disso, não foram exatamente as mesmas equipas a responder, apesar de a sua constituição se assemelhar nos dois anos. Embora para o estudo interesse uma visão macro das equipas

portuguesas, o referido anteriormente tem impacto na qualidade dos resultados apresentados.

Face ao tratamento dos dados, há que ter em consideração a taxa de resposta de 73,8% em 2017 e de 69,0% em 2018, ambas com um erro amostral de 6% e com intervalo de confiança de 95%. Acresce o facto de não ser possível o tratamento de dados equipa a equipa, o que compromete a descrição e análise do contexto da prática de cuidados das mesmas.

Face à existência de programa de apoio no luto, tanto em 2017 como em 2018, cerca de 30% das equipas não o possuem. Para além disso, no último ano, 5,1% mencionam “não saber” ou “não se aplicar” a existência do mesmo.

Constata-se que nos dois anos mais de 25% das equipas de cuidados paliativos portuguesas não apresentam um programa de intervenção no luto. Tal sugere que há famílias que não estão a ser devidamente acompanhadas durante o seu processo de luto.

Esta realidade não é compatível com a definição de cuidados paliativos, em que a disponibilização de um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com o seu próprio luto, bem como a abordagem da equipa para atender às suas necessidades, incluindo o aconselhamento sobre o luto (se indicado), é parte constituinte.¹ Neste âmbito, o conceito teórico base da abordagem paliativa no luto não evolui para o contexto prático e real da dinâmica de cuidados a prestar. Acresce o facto de se encontrar legislado o apoio e intervenção no luto enquanto serviço, designadamente assegurado pelas UCP, EIHS CP e ECSCP.⁶ Mais uma vez, tal não se verifica na sua plenitude. Por último, o plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos no biénio 2017-2018 tem como visão garantir o suporte social à família, permitindo-lhe o acompanhamento no luto, para além de assumir a acessibilidade dos cuidados paliativos a todos os níveis da saúde, nos quais o suporte social e o apoio à família se inserem como um dos seus eixos prioritários.⁷ Tal é indicativo de que o plano traçado para os anos em causa está aquém da realidade que se manifesta no seio das equipas portuguesas.

Apesar de a definição de cuidados paliativos parecer ser clara, de existir legislação e programas de desenvolvimento, resta saber o motivo de existirem equipas que não operacionalizam programas de intervenção na área do luto. A verdade é que se verifica uma falta de evidência para suportar e orientar a ação de um plano conceptual e organizacional neste

âmbito.⁸ As próprias equipas carecem de formação na área do luto,⁹⁻¹¹ não estando talvez também sensibilizadas para lidar com a família nesta fase de vida nem com capacidade para a acompanhar numa vertente reconstrutiva.

Quanto às ações do programa em causa estarem formalmente definidas, cerca de 20% das equipas em 2017 e cerca de 40% em 2018 não as têm. É curioso que nos dois anos o número de equipas que assume ter um protocolo formal não coincide exatamente com o número que refere ter um programa. Numa primeira abordagem, surge a dúvida acerca das condições em que alguns programas existem e de como sabem as equipas que diligências tomar na orientação da sua prática clínica na área do luto. Acresce o facto de esta realidade colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados, na medida em que a ausência da formalização do programa poderá significar que a equipa multidisciplinar não tem a mesma abordagem, sendo difícil a continuidade dos cuidados, para além de o protocolo permitir o acesso prático a normas de conduta e *guidelines* numa área subjetiva, por ser individual, como o luto. Por último, a existência de planos estratégicos e de legislação neste âmbito pressupõe uma formalização do mesmo, apesar de a prática das equipas espelhar uma realidade diferente.

Torna-se assim pertinente a existência de programas formalmente definidos, de forma a, por um lado, otimizar a capacidade de intervenção nas situações de luto complexo e persistente e, por outro lado, contribuir para que a família com tais necessidades tenha acesso a cuidados especializados na prevenção e tratamento do luto prolongado, mediante a sua identificação precoce, a intervenção no período agudo e o apoio especializado em casos de situações complexas.¹² Na vertente preventiva está incutida a necessidade de triagem da família por parte da equipa. Tal permite a esta última não estar sobrecarregada de casos que não carecem de uma intervenção especializada e, por sua vez, estar mais disponível para os casos de risco. É imperativo continuar a fomentar o desenvolvimento de programas estruturados de apoio no luto, bem como a investigação nesse âmbito, tendo por base a continuidade dos cuidados à família.¹³

Das equipas com programa de apoio no luto e protocolo formal, apenas cerca de 8% em 2017 e nenhuma em 2018 realiza todas as atividades preconizadas. Caso retirássemos o grupo de apoio das atividades propostas de 2018, visto ser o que tem menos adesão, obteríamos somente 5,1% a realizar

todas as outras atividades. Percebe-se que são escassas as equipas que incluem todas as atividades na sua abordagem, o que não implica necessariamente uma má prática. A intervenção adequada junto da família não se traduz na quantidade de atividades que lhe é proposta, mas sim na eficácia que cada uma, ou algumas, possa ter num caso em concreto.

Nos dois anos em estudo, a chamada telefónica é a mais frequentemente adotada, correspondendo a cerca de 85% em 2017 e 70% em 2018. Esta apresenta uma vertente informativa¹⁴ de fácil e rápido acesso para as equipas, o que poderá também estar associado à sua utilização comum. Todavia, não nos podemos esquecer que deverá ser encarada como uma intervenção complementar.¹⁴ Uma equipa não pode partir do pressuposto que um familiar está bem pelo simples facto de ele o afirmar por telefone. Não há um contacto presencial que permita esclarecer o real estado da pessoa e o seu contexto envolvente. Assim, a chamada telefónica *per si* não permite uma avaliação verdadeira, consciente e responsável da família, não sendo indicada para o correto despiste de luto complicado.

Comparando os dois anos, esta atividade assumiu significância estatística ($p < 0,05$) com redução do seu número no último ano. Como é encarada como uma intervenção complementar, a redução da sua realização poder-se-ia justificar caso as restantes atividades tivessem um aumento significativo, o que não se verificou.

Em 2017, segue-se à chamada telefónica a consulta de *follow-up* (57,9%) e a consulta (56,6%) com maior adesão, enquanto que em 2018 é a consulta (47,4%) e posteriormente a consulta de *follow-up* (38,5%).

A consulta faz parte de uma das diretrizes do plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos no biénio 2017-2018, visando a continuidade dos cuidados prestados à família após a morte do doente,⁷ não surpreendendo ser uma das atividades mais adotadas. Por outro lado, a consulta de *follow-up*, de 2017 para 2018, sofreu uma evolução significativa ($p < 0,05$), porém desfavorável, dada a redução do seu número no último ano. Talvez este último facto se relacione com a exigência da atividade em causa, ou seja, a sua realização não implica somente um contacto pontual, mas sim um seguimento/acompanhamento da família ao longo do tempo, o que pressupõe um controlo de uma abordagem anteriormente implementada na mesma. Tal implica uma maior disponibilidade da equipa, bem como um maior domínio das suas competências humanas e técnicas na área do luto. Para além de

poder ser exigente em termos de recursos humanos, também o é em termos de recursos económicos, na medida em que é uma ação a médio/longo prazo, comportando maiores custos.

Todas as atividades realizadas no âmbito do luto sofreram uma diminuição do seu número de execução no último ano, o que implica uma diminuição da atividade do luto neste aspeto. Por muito que se possa, neste ponto, destacar os eventuais limites de recursos humanos e económicos, não nos podemos esquecer que estamos a abordar práticas, pelo que os anteriores não são, por si só, justificação para o contexto atual das equipas portuguesas na área do luto.

Face aos profissionais que intervêm nestas atividades, verificou-se que, tanto em 2017 como em 2018, são sobretudo os psicólogos e os enfermeiros que se evidenciam. O enfermeiro, dado o cariz da sua profissão, acaba por interagir frequentemente com a família, acabando por a conhecer com algum pormenor, não surpreendendo a participação desta área profissional nas atividades. O psicólogo, dada a especificidade da área do luto, é um profissional frequentemente requisitado quer pelas famílias quer por sinalizações de outros elementos da equipa multidisciplinar. Constatou-se no entanto que os médicos, os assistentes sociais e os assistentes espirituais também colaboram. De salientar que a área profissional de assistência espiritual apresentou significância estatística ($p < 0,05$), a qual é favorável dado o aumento do número de profissionais no ano de 2018. Tal pode ser indicativo da valorização da vertente espiritual da família, bem como do papel profissional do assistente espiritual. Em contexto de luto, imposto de sofrimento e finitude, a (re)descoberta de um propósito de vida, de sentido de vida, e de fé em si e nas suas relações são parte constituinte do «caminho» percorrido pela família,^{15,16} assumindo o assistente espiritual particular destaque. Tal ressalva o papel ativo deste no seio da equipa multidisciplinar e reforça a importância da componente espiritual no âmbito dos cuidados, onde um profissional formado na área terá impacto positivo na família.

Quanto ao *timing* em que as atividades de apoio ao luto são realizadas, verifica-se grande variabilidade nos dados, tornando-se difícil estabelecer um padrão comum em cada ano.

Sobre a carta de condolências, o *timing* em que é realizada nos dois anos é muito variável (desde 1 a 2 semanas, a mensal e até anual). Em 2017, 1,3% refere que a elabora pontualmente, dado o número

reduzido de profissionais; também 1,3% somente a emite na época natalícia; 55,3% respondem “não saber” ou “não se aplicar”. Em 2018, 60,3% referem não ter um *timing* estipulado para o envio da carta de condolências; 7,7% mencionam “não saber” ou “não se aplicar”. Trata-se de uma atividade com pouca adesão, relacionando-se esta possivelmente à fraca exigência de recursos humanos e económicos, em que algumas cartas enviadas para as famílias são cartas-modelo, o que despersonaliza e, conseqüentemente, desqualifica o cuidar. Para além disso, é das que mais tem um *timing* estipulado. A revisão da literatura anteriormente realizada não objetivou nenhuma informação significativa acerca desta atividade, tendo aparentemente caído em desuso com o avançar do tempo e conseqüente avanço tecnológico. Porém, não é de estranhar ser a que mais tipificada está, em termos de tempo, na medida em que na falta de um contacto mais pessoal e/ou presencial, o seu envio acaba por demonstrar, através do poder da palavra escrita, preocupação e respeito pela família. O facto de estar escrito permite à família imortalizar o gesto da equipa. Em contrapartida, com ou sem *timing* estipulado, corre-se o risco de a carta ser enviada num momento não tão oportuno para a família e, contrariamente ao expectável, contribuir para o agravamento do seu sofrimento ao se deparar com uma «prova» materializada da morte do seu ente querido. Posto isto, deve ser usada com cautela, mediante uma avaliação e conhecimento prévio da família, equacionando o seu potencial benefício.

Relativamente à visita ao domicílio, o seu *timing* é igualmente inconstante, não se verificando nos dois anos a variável trimestral, e somente em 2018 a variável anual. Nos dois anos verifica-se uma maior tendência mensal. Em 2017, apesar de 75% das equipas “não saber” ou “não se aplicar”, o mais frequente é a visita mensal em 9,2%, e ainda 2,6% referem não a fazer numa data fixa, mas sim consoante a sua disponibilidade. Em 2018, 69,2% refere não possuir um *timing*; 7,7% mencionam “não saber” ou “não se aplicar”; 6,4% caracterizam-no como “indefinido”, variando consoante a necessidade da família, bem como a disponibilidade da equipa multidisciplinar. Esta atividade envolve maiores recursos humanos e económicos para a satisfazer adequadamente, sendo de prever que o *timing* da implementação seja variável.

Realizam consulta à família em *timing* muito diversificado. Em 2017, verifica-se a abordagem mensal e trimestral, sendo que em 2018 acresce a vertente quinzenal. Em 2017, um total de 21,1%

das equipas mencionam que realizam uma ação personalizada consoante as necessidades da família, com avaliação prévia do psicólogo, caso se preveja um luto complicado. Em 2018, 51,3% das equipas não possui um *timing* estipulado; 5,1% refere “não saber” ou “não se aplicar”; 16,7% caracterizam-no como “indefinido”.

A chamada telefónica, em 2017, é realizada maioritariamente no primeiro mês, seguindo-se a sua realização semanal, sendo que em 2018 acontece o inverso. As variáveis trimestral e anual não se verificam em 2017, sendo as de menor tendência em 2018, juntamente com a variável quinzenal. Em 2017, 21,1% indica “não saber” ou “não se aplicar”; também é referido que o psicólogo seleciona os casos em que se justifica a sua implementação e eventual repetição. Em 2018, 32,1% não possuem um *timing*; 6,4% relatam “não saber” ou “não se aplicar”; 6,4% descrevem-no como “indefinido”.

Na consulta de *follow-up*, em 2017, um número significativo refere “não saber” ou “não se aplicar”, correspondendo a 50%; 13,2% abordam uma avaliação caso a caso, não especificando um *timing*. Em 2018, verifica-se somente a sua realização mensal e trimestral; 62,8% não detêm um *timing* determinado; 7,7% referem “não saber” ou “não se aplicar”; 16,7% abordam-no como “indefinido”.

O grupo de apoio foi realizado num *timing* predefinido – ao final de um mês – em 1,3% dos casos, e tal grupo foi aplicado apenas em 2018. Os restantes *timings* não se verificaram; 91% não possuem um *timing* estipulado; 7,7% mencionam “não saber” ou “não se aplicar”. Apesar de a revisão anteriormente feita destacar o seu eventual potencial, parece ainda ser uma novidade neste tipo de atividades. Por ser novo, pode, numa primeira abordagem, não ter tanta adesão. Para além de que este exige profissionais altamente treinados, não só na área do luto mas também na gestão de grupo, de modo a que a intervenção ocorra de forma eficaz. Mais uma vez acarreta recursos humanos e económicos que podem ser mais avultados do que aqueles que é possível suportar e gerir.

Em geral, nenhuma atividade assumiu significância estatística ($p > 0,05$), o que pode dever-se ao reduzido tamanho da amostra. O facto de existir com frequência a resposta de “não saber” ou “não se aplicar” pode ter-se devido a um erro no preenchimento do questionário face ao funcionamento da equipa nesta fase de acompanhamento, dado não existir coerência entre as respostas.

Relativamente ao registo das atividades, constatou-se que, em 2017, 10,5% não efetuam registos e 3,9% referem “não saber” ou “não se aplicar”. Em contrapartida, em 2018, 29,5% não os efetua, 5,1% “não sabe ou não se aplica” e 1,3% “nem sempre” os realiza. Verifica-se que, em 2018, há um maior número de equipas que não realiza registos, o que é tradutor de um agravamento da prática de cuidados. Tudo aquilo que é feito e que não é registado é como se não tivesse sido realizado. Neste contexto, os registos devem ser encarados como uma ferramenta-chave na gestão clínica, constituindo-se como veículo de comunicação efetiva, rigorosa, completa e atualizada acerca dos cuidados prestados. Estes potenciam uma prática de qualidade, salvaguardando o erro, acautelando a proteção legal da equipa e promovendo o desenvolvimento e a investigação clínica.¹⁷ Deste modo, na falta deles, ou numa diminuição do seu número, podemos estar a caminhar, progressivamente, para uma prática de cuidados descuidada, que em nada beneficia a família.

Ainda sobre os registos, os profissionais que assumem destaque na sua execução são o psicólogo e o enfermeiro, dado a relação com os motivos anteriormente mencionados face à participação dos mesmos nas atividades. Se são os que mais participam nas atividades, é expectável que sejam os que mais registam sobre o assunto, embora usufruam da colaboração das restantes áreas profissionais. Para além disso, estas duas áreas profissionais, comparando 2017 com 2018, assumiram significância estatística ($p < 0,05$), dada a redução do número de elementos a fazer registos. Tal sugere que até os profissionais que mais efetuavam registos estão a reduzir as suas boas práticas, o que coloca em causa a qualidade dos cuidados prestados, bem como potenciais estudos de investigação nesse âmbito.

Tais registos podem ser efetuados em diferentes locais, sendo estes bastante variáveis no seio das equipas, o que torna difícil estabelecer um padrão comum nos dois anos em causa. Apesar disso, verifica-se nos dois anos uma maior adesão ao SClínico e à ata/papel. Talvez o primeiro se deva ao SClínico ser das plataformas de registo mais comuns. Quanto ao último, apesar de a ata/papel estar progressivamente em desuso, porventura ainda existem alguns serviços mais antigos que a utilizam, para além dos que se encontram em processo de transição para sistemas informatizados, não sendo de admirar o seu uso. Em contrapartida, apesar de o ficheiro Word/Excel/outro não assumir significância

estatística ($p > 0,05$), esteve próximo com um valor de p de 0,052, o qual traduz a diminuição do seu uso. Tal dever-se-á, possivelmente, à nova lei de proteção de dados,¹⁸ a qual coíbe o registo indiscriminado de informações confidenciais em documentos de fácil acesso geral.

Dado o contexto, é necessário definir um modelo de intervenção diferenciado na área do luto, bem como propor critérios de avaliação, prevenção, referenciação e seguimento neste âmbito. Não basta as equipas apresentarem um programa de apoio no luto, este carece de formalização das suas fases, tipo de atividades e tempo estipulado para o decorrer das mesmas, para além da designação de um coordenador formal e mobilização da restante equipa multidisciplinar. Por fim, um local de registo específico e protocolado é requerido.

O presente estudo proporciona uma visão aproximada do contexto de luto nas equipas de cuidados paliativos portuguesas, tornando-se pertinente a sua continuidade ao longo dos anos. Este, com base no acompanhamento da qualidade dos cuidados prestados neste âmbito, poderá impulsionar o estudo de melhores práticas passíveis de alterar a realidade na área do luto. Nesta instância, poderá igualmente justificar-se a realização de estudos experimentais face às atividades de luto mobilizadas, procurando avaliar o potencial de cada em diferentes contextos de perda. Tal, por sua vez, poderá constituir-se como indicador para a reconstrução/adaptação dos programas de apoio no luto.

Por fim, sugere-se a replicação do estudo com exatamente as mesmas equipas dos anos de 2017 e 2018, de forma a proporcionar uma análise mais minuciosa do contexto da prática de cuidados das mesmas.

Conclusão

Constatou-se que a maioria das equipas de cuidados paliativos portuguesas apresenta um programa de apoio no luto com ações formalmente definidas, não se tendo verificado evolução significativa entre os dois anos.

Das atividades mobilizadas no programa de intervenção no processo de luto, destaca-se a chamada telefónica como a mais utilizada pelas equipas em 2017 e 2018. Todavia, esta atividade, tal como a consulta de *follow-up*, evoluiu desfavoravelmente no último ano, com uma redução da sua utilização, a qual não foi acompanhada por uma evolução favorável das outras ações/atividades.

Da equipa multidisciplinar, o psicólogo e o enfermeiro são os que mais participam nas referidas atividades, não se tendo verificado evolução entre os dois anos. Porém, é o assistente espiritual que, de um ano para o outro, sofre uma evolução positiva, dado o aumento significativo da sua participação neste contexto.

Relativamente aos *timings* das atividades implementadas, este é variável, sendo difícil perspetivar um padrão comum de atuação nas equipas. Entre os dois anos, não existiu evolução nesse sentido.

A par da participação nas atividades, o psicólogo e o enfermeiro são os que mais as registam. Estes, no entanto, tiveram uma evolução negativa, uma vez que o número que efetua registos diminuiu.

Por sua vez, o local de registos é diversificado, existindo uma maior tendência para o registo em SClínico e em ata/papel. Apesar de nenhum dos tipos de registo apresentar evolução significativa, o ficheiro eletrónico esteve próximo, com uma diminuição da adesão da equipa ao mesmo no último ano.

Posto isto, conclui-se que, apesar do número de serviços de cuidados paliativos ter aumentado, a atividade desenvolvida no âmbito do luto diminuiu, e a maioria das evoluções registadas advém de um agravamento da qualidade dos cuidados prestados. Para além disso, apesar de a maioria das equipas deter um programa de intervenção no luto formalizado, existem algumas lacunas nos mesmos a ter em consideração. São elas, o tipo de atividades e o *timing* das mesmas, o envolvimento da equipa multidisciplinar e o registo em local próprio para o efeito. 

7. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Biénio 2017-2018. :7-13; 30-3. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1.pdf
8. Aoun SM, Breen LJ, Rumbold B, Howting D. Reported experiences of bereavement support in Western Australia: a pilot study. *Aust New Zel J Public Heal.* 2014;38(5):473-9.
9. Chan HYL, Lee LH, Chan CWH. The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Support Care Cancer.* 2013;21:1551-6.
10. White P, Assistant ANPC, Ferszt G, Associate FT. Exploration of nurse practitioner practice with clients who are grieving. *J Am Acad Nurse Pract.* 2009;21:231-40.
11. Clute MA, Kobayashi R. Looking Within and Reaching Out: Bereavement Counselor Perceptions of Grieving Adults With ID. *Am J Hosp.* 2012;29(8):583-90.
12. Despacho n.º 3254/2018 do Ministério da Saúde [Internet]. Diário da República n.º 63/2018, Série II de 29 de março. P. 9302. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/114942585>
13. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Biénio 2019-2020:18-28. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
14. Kutner J, Kibourn K, Costenaro A, Lee C, Nowels C, Vancura JL, et al. Support Needs of Informal Hospice Caregivers: A Qualitative Study. *J Palliat Med.* 2009;12(12):1101-4.
15. Vachon M, Fillion L, Achille M. A Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life. *J Palliat Med [Internet].* 2009;12(1):53-9. Disponível em: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jpm.2008.0189>
16. Pereira F, Santos C. Adaptação cultural da Functional Assessment for Chronic Illness Therapy-spiritual well being. *Cad Saúde.* 2011;4(2):37-45.
17. Outeirinho C. Registos clínicos: pedra angular na qualidade da prestação de cuidados de saúde. *Rev Port Med Geral e Fam.* 2018;34(1):6-8.
18. Diário da República n.º 151/2019, Série I de 8 de setembro. Lei n.º 58/2019. P. 3.

Referências

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Mori M, Yoshida S, Shiozaki M, Morita T, Baba M, Aoyama M, et al. "What I Did for My Loved One Is More Important than Whether We Talked About Death": A Nationwide Survey of Bereaved Family Members. *J Palliat Med.* 2017;XX(Xx):1-7.
3. Barbosa A. O Luto em Cuidados Paliativos. In: Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto IG, eds. *Manual de Cuidados Paliativos.* 3.ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016. Pp. 553-61.
4. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social [Internet]. 6.ª edição. Editora Atlas SA; 2008. Pp. 26-28; 100, 121, 134, 147, 148, 153. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>
5. Fonseca CB, Canhota C, Enes da Silva E, Simões JA, Yaphe J, Maia MC, et al. *Investigação Passo a Passo: Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica.* Lisboa: Núcleo de Investigação da APMCG; 2008. Pp. 61-67; 74-76.
6. Diário da República, n.º 112/2016, Série I de 4 de junho. Portaria n.º 165/2016. Pp. 1821-5.

Figura 1 – Instrumento de colheita de dados



8. Programa estruturado de intervenção no luto	
8.1. Existência de programa de apoio no luto	8.2. As ações do programa de apoio no luto estão protocoladas ou formalmente definidas?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não (se indicou esta resposta não responda a mais questões sobre o Programa de Luto)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8.3. Tipo de ações/ atividades realizadas	8.4. Timings das ações/ atividades realizadas
<input type="radio"/> Carta de condolências <input type="radio"/> Visita ao domicílio <input type="radio"/> Consulta <input type="radio"/> Chamada telefónica <input type="radio"/> Consulta de <i>follow up</i> <input type="radio"/> Outra: _____	Carta de condolências __ __ semanas após a morte do doente Visita ao domicílio __ __ semanas após a morte do doente Consulta __ __ semanas após a morte do doente Chamada telefónica __ __ semanas após a morte do doente Consulta de <i>follow up</i> __ __ semanas após a morte do doente Outra: _____ __ __ semanas após a morte do doente
8.5. Profissionais que intervêm diretamente nas ações/atividades do programa de apoio no luto	8.6. Registo das atividades
<input type="radio"/> Medicina <input type="radio"/> Enfermagem <input type="radio"/> Psicologia <input type="radio"/> Serviço Social <input type="radio"/> Assistência Espiritual <input type="radio"/> Outro: _____	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
8.7. Quem elabora o registo?	8.8. Plataforma/ local onde são realizados os registos?
<input type="radio"/> Medicina <input type="radio"/> Enfermagem <input type="radio"/> Psicologia <input type="radio"/> Serviço Social <input type="radio"/> Assistência Espiritual <input type="radio"/> Outro: _____	

Versão de 2017

Figura 2 – Constituição das equipas de cuidados paliativos em 2017

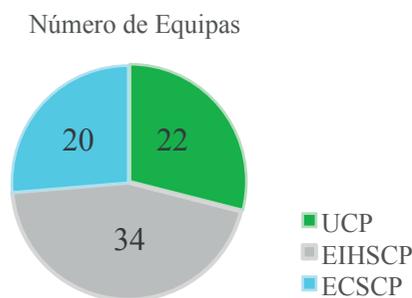
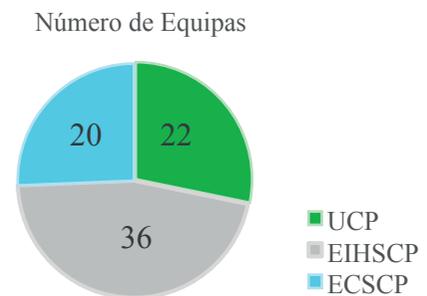


Figura 3 – Constituição das equipas de cuidados paliativos em 2018



Quadro 1 – Número de equipas com programa de apoio no luto protocolado

Ano (amostra)	2017 (n=76)		2018 (n=78)		p
	N.º	%	N.º	%	
Existência de programa de apoio no luto	53	69,7	52	66,7	0,814 ^a
As ações do programa de apoio no luto estão protocoladas ou formalmente definidas?	46	60,5	42	53,8	0,500 ^b

Quadro 2 – Tipo de ações/atividades realizadas no programada de apoio no luto

Ano (amostra)	2017 (n=76)		2018 (n=78)		P
	N.º	%	N.º	%	
Ação/Atividade					
Chamada telefónica	64	84,2	54	69,2	0,045 ^c
Consulta	43	56,6	37	47,4	0,330 ^d
Consulta de <i>follow-up</i>	44	57,9	30	38,5	0,024 ^e
Carta de condolências	34	44,7	28	35,9	0,340 ^f
Visita ao domicílio	20	26,3	19	24,4	0,925 ^g
Grupo de apoio	-	-	3	3,8	
Outro:					
Conferência familiar	2	2,6	0	0,0	
Consulta de grupo	2	2,6	0	0,0	
Ida à urgência	1	1,3	0	0,0	
SMS de condolências	1	1,3	0	0,0	
Reunião informal	0	0,0	1	1,3	
Consulta de psicologia	0	0,0	1	1,3	
Consulta de psiquiatria	0	0,0	1	1,3	
Visita/agendamento de condolências	0	0,0	1	1,3	

Quadro 3 – Profissionais que intervêm nas ações/atividades do programa de apoio no luto

Ano (amostra)	2017 (n=76)		2018 (n=78)		P
	N.º	%	N.º	%	
Área profissional					
Psicologia	57	75,0	55	70,5	0,657 ^h
Enfermagem	50	65,8	50	64,1	0,960 ⁱ
Medicina	28	36,8	35	44,9	0,396 ^j
Assistente social	22	28,9	24	30,8	0,944 ^k
Assistência espiritual	1	1,3	14	17,9	0,001 ^l
Outro:					
Fisioterapeuta	2	2,6	2	2,6	
Psiquiatra	0	0,0	1	1,3	
Voluntário	0	0,0	1	1,3	

^a Z = 0,2359^b Z = 0,6747^c Z = 2,0056^d Z = 0,9741^e Z = 2,2519^f Z = 0,9539^g Z = 0,0939^h Z = 0,4442ⁱ Z = 0,0504^j Z = 0,8494^k Z = 0,0709^l Z = 3,2086

Quadro 4 – *Timings* das ações/atividades realizadas no programa de apoio no luto

Ano (amostra)	2017 (n=76)					2018 (n=78)				
	1 semana	2 semanas	1 mês	trimestral	anual	1 semana	2 semanas	1 mês	trimestral	anual
Carta de condolências	12 (15,8%)	9 (11,8%)	9 (11,8%)	1 (1,3%)	2 (2,6%)	9 (11,5%)	5 (6,4%)	10 (12,8%)	0 (0,0%)	1 (1,3%)
Visita ao domicílio	1 (1,3%)	3 (3,9%)	7 (9,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,8%)	3 (3,8%)	4 (5,1%)	0 (0,0%)	3 (3,8%)
Consulta	0 (0,0%)	0 (0,0%)	11 (14,5%)	4 (5,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,8%)	10 (12,8%)	7 (9,0%)	0 (0,0%)
Chamada telefónica	14 (18,4%)	10 (13,2%)	16 (21,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	17 (21,8%)	4 (5,1%)	15 (19,2%)	1 (1,3%)	5 (6,4%)
Consulta de <i>follow-up</i>	1 (1,3%)	0 (0,0%)	6 (7,9%)	6 (7,9%)	6 (7,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (7,7%)	4 (5,1%)	0 (0,0%)
Grupo de apoio	–	–	–	–	–	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Quadro 5 – Análise estatística dos *timings* das ações/atividades realizadas no programa de apoio no luto

Atividades	1 semana	2 semanas	1 mês	Trimestral	Anual
Carta de condolências	p = 0,594 Z = 0,5337	p = 0,372 Z = 0,8920	p = 0,952 Z = - 0,0605	p = 0,990 Z = 0,0130	p = 0,982 Z = 0,0227
Visita ao domicílio	p = 0,631 Z = 0,4803	p = 0,701 Z = - 0,3840	p = 0,503 Z = 0,6705	p = n.a. Z = n.a.	p = 0,253 Z = 1,1435
Consulta	p = n.a. Z = n.a.	p = 0,253 Z = 1,1435	p = 0,949 Z = 0,0640	p = 0,561 Z = 0,5811	p = n.a. Z = n.a.
Chamada telefónica	p = 0,748 Z = 0,3211	p = 0,146 Z = 1,4526	p = 0,936 Z = 0,0809	p = 0,990 Z = - 0,0130	p = 0,074 Z = 1,7892
Consulta de <i>follow-up</i>	p = 0,990 Z = 0,0130	p = n.a. Z = n.a.	p = 0,800 Z = - 0,2538	p = 0,712 Z = 0,3695	p = 0,034 Z = 2,1148
Grupo de apoio	p = n.a. Z = n.a.	p = n.a. Z = n.a.	p = n.a. Z = n.a.	p = n.a. Z = n.a.	p = n.a. Z = n.a.

Quadro 6 – Profissionais que efetuam registos das ações/atividades do programa de apoio no luto

Ano (amostra)	2017 (n=76)		2018 (n=78)		p
	N.º	%	N.º	%	
Área profissional					
Psicologia	58	76,3	45	57,7	0,022 ^m
Enfermagem	50	65,8	34	43,6	0,009 ⁿ
Medicina	29	38,2	24	30,8	0,427 ^o
Assistente social	22	28,9	13	16,7	0,104 ^p
Assistência espiritual	1	1,3	3	3,8	0,631 ^q
Outro:					
Elemento que contacta	0	0,0	2	2,6	
Fisioterapeuta	0	0,0	2	2,6	
Psiquiatra	0	0,0	1	1,3	

^m Z = 2,2839ⁿ Z = 2,6043^o Z = 0,7953^p Z = 1,6258^q Z = 0,4803

Quadro 7 – Local de registo das ações/atividades do programa de apoio no luto

Ano (amostra)	2017 (n=76)		2018 (n=78)		P
	N.º	%	N.º	%	
Local de registo					
Ata/papel	13	17,1	10	12,8	0,603 ^r
Ficheiro eletrónico (Word/Excel/Access/outro)	15	19,7	6	7,7	0,052 ^s
Processo clínico do doente	10	13,2	12	15,4	0,869 ^t
Plataforma hospital	9	11,8	3	3,8	0,121 ^u
SClínico	26	34,2	21	26,9	0,420 ^v
Glint	1	1,3	2	2,6	0,982 ^w
MedicineOne	3	3,9	2	2,6	0,976 ^x
Outros (ATRIUM, GlobalCare, Medtrix EPR, ALERT, IMP.GRL.200, SAAS, TSR, WinGCS)	0	0,0	10	12,8	n.a.

^r Z = 0,5197^s Z = 1,9427^t Z = 0,1645^u Z = 1,5501^v Z = 0,8069^w Z = - 0,0227^x Z = 0,0295