



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

INTERVENÇÕES PALIATIVAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS NUM
SERVIÇO DE URGÊNCIA AOS UTENTES COM DOENÇA CRÓNICA,
INCURÁVEL E PROGRESSIVA.

PALLIATIVE INTERVENTIONS CARRIED OUT BY NURSES IN EMERGENCY
SERVICE TO USERS WITH CHRONIC ILLNESS, INCURABLE AND
PROGRESSIVE.

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do Grau de
Mestre em Cuidados Paliativos

Por

Anáisa Braz Serrano

Lisboa, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

INTERVENÇÕES PALIATIVAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS NUM
SERVIÇO DE URGÊNCIA AOS UTENTES COM DOENÇA CRÓNICA,
INCURÁVEL E PROGRESSIVA.

PALLIATIVE INTERVENTIONS CARRIED OUT BY NURSES IN EMERGENCY
SERVICE TO USERS WITH CHRONIC ILLNESS, INCURABLE AND
PROGRESSIVE.

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do Grau de
Mestre em Cuidados Paliativos

Por

Anáisa Braz Serrano

Sob orientação de Professor Doutor Manuel Luís Capelas

Lisboa, 2016

“Aprendi a transformar o medo em respeito, o respeito em confiança...Descobri como é bom chegar quando se têm paciência.E para chegar aonde se quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força mas a razão. É preciso antes de qualquer coisa querer.”

Anir Klink

Resumo

Introdução: Dada a complexidade das situações de saúde/doença das pessoas, o aumento da longevidade da população e o conseqüente incremento das doenças incuráveis, progressivas e de caráter avançado, a realidade do S.U. é nos apresentada com um aumento de utentes com doença crónica, incurável e progressiva. O serviço de urgência está intrinsecamente ligado a situações críticas preconizadas por atitudes curativas, devemo-nos dedicar de uma forma igualmente crescente à valorização da necessidade de prestar cuidados de índole não exclusivamente curativa emerge assim a questão que deu o ponto de partida para a realização desta investigação – Que intervenções paliativas são realizadas pelos enfermeiros num serviço de urgência?

Objetivo: Identificar as intervenções paliativas realizadas pelos profissionais que exercem funções em S.U.

Metodologia: estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, apresentando como população alvo todos os enfermeiros que exerciam funções no serviço de urgência há mais de dois anos e que não pertencessem a outros serviços e/ou que por rotatividade fossem deslocados para o mesmo. O método de colheita de dados foi realizado através da análise documental das notas de enfermagem, através da técnica de análise de conteúdo de Bardin, definindo à priori os utentes em que iriam incidir a análise dos registos, aplicado com a triangulação dos resultados obtidos pela aplicação de um Questionário Sociodemográfico e Guião de Entrevista Semiestruturada.

Resultados: Foram analisados 53 registos de enfermagem, respeitantes a 17 utentes que acorreram ao S.U. durante o período de um mês e 18 enfermeiros que aceitaram participar no estudo. Os resultados obtidos através da triangulação dos dados permitiu identificar as intervenções/ações paliativas realizadas pelos enfermeiros, aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva.

Conclusões: Identificou-se que o controlo sintomático respeitante à dor, medidas de conforto e a menção de apoio à família são referidas pelos enfermeiros, embora que em termos de registos esta última não se verifique.

Palavras-Chave: Intervenções/Ações Paliativas; Serviço de Urgência; Cuidados Paliativos

Abstract

Introduction: Given the complexity of people's health / illness situations, the increase in population longevity and the consequent increase in incurable, progressive and advanced diseases, the reality of the U.S. is presented to us with an increase in patients with chronic, incurable and progressive disease. The urgency service is intrinsically linked to critical situations advocated by curative attitudes, we must devote equally to the valuation of the need to provide care of a non-exclusively curative nature thus emerges the question that gave the starting point for the realization of this Research - What palliative interventions are performed by nurses in an emergency department?

Objective: To identify the palliative interventions carried out by professionals working in S.U.

Methodology: qualitative study of exploratory and descriptive, with the target population all the nurses who had functions in the emergency room for more than two years and not belonging to other services and/or by rotation were displaced for the same. The data collection method was performed through document analysis for nursing quotes by Bardin content analysis technique, defining a priori users that would focus the analysis of records applied to the triangulation of the results obtained by applying a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview script.

Results: We analyzed 53 nursing records relating to 17 users who flocked to S.U. during the period of the one month and 18 nurses who agreed to participate in the study. The results obtained by triangulating data identified interventions/remedial actions taken by nurses to the users with chronic, incurable and progressive disease

Conclusions: It was identified that symptomatic control of pain, comfort measures and mention of family support are mentioned by nurses, although in terms of records the latter is not verified.

Keywords: Palliative actions/interventions; ER; Palliative Care.

Agradecimentos

Citando Maria José Nogueira Pinto “*só se atua corretamente sobre aquilo que se conhece e nós precisamos de aprender a alegria de ver em cada pedaço do quotidiano, oportunidades, não para fazer sempre o mesmo, mas para ver o novo, para fazer sempre de novo*”(Libório, 2000). Olhando para trás e observando o caminho percorrido, torna-se para mim imperioso manifestar o meu reconhecimento a algumas pessoas que acompanharam as minhas pequenas e grandes conquistas.

Ao Sr. Professor Doutor Manuel Luís Capelas, meu orientador, pessoa ímpar em termos humanos e intelectuais, pela sua disponibilidade, pela verticalidade e sentido de justiça, pelo olhar atento sobre as minhas preocupações e ansiedades, os conselhos oportunos que teceu e a inteligibilidade com que conduziu toda esta investigação.

A todos os que me ensinaram a interpretar o mundo, os que criticaram com o intento da construção, os que me deram alento nos momentos de desânimo e cansaço, a todos os que acreditaram em mim.

O meu obrigado.

Índice Geral

Agradecimentos	VII
Índice de Figuras e Quadros	XI
Siglas e Abreviaturas	XII
Introdução	1
1.Enquadramento Teórico	5
1.1.Cuidados Paliativos	5
1.2.Serviço de Urgência e os utentes com doença crónica, incurável e de carácter progressivo	9
1.3.Integração dos Cuidados Paliativos em Serviço de Urgência.....	13
1.4.Ações Paliativas em Serviço de Urgência	15
2.Justificação e Objetivo	19
3.Metodologia.....	21
3.1.Revisão da Literatura	21
3.2.Considerações Éticas	22
3.3.Procedimento para a colheita de dados	23
3.3.1.Análise documental das notas de enfermagem	23
3.3.2.Questionario Sociodemográfico e Entrevista Semiestruturada	25
4.Resultados	27
4.1.Análise documental das notas de enfermagem	27
4.1.1.Caraterização dos participantes (utentes)	27
4.1.2.Análise documental das notas de enfermagem	29
4.2.Questionário Sociodemográfico e Entrevista Semiestruturada	31

4.2.1.Caraterização dos participantes (enfermeiros).....	31
4.2.2.Intervenções realizadas aos utentes com doença crónica, progressiva e incurável no serviço de urgência	33
4.2.3.Perceção de ação paliativa	33
4.2.4.Importância das intervenções/ações paliativas no S.U.	35
4.2.5.Ações/intervenções paliativas praticadas no S.U.	35
4.2.6.Descrição das ações/intervenções paliativas em função da prática vivenciada no exercício das funções de enfermeiro no S.U.	36
4.2.7.Contributos para a prestação de cuidados aos utentes com doença crónica, progressiva e incurável no contexto de um serviço de urgência	37
5. Limitações ou possíveis vieses da investigação	37
6. Discussão	39
7.Perspetivas Futuras	45
Conclusão	47
Referencias Bibliográficas	48
Apêndices	55
Apêndice I – Questionário Sociodemográfico e Guião de Entrevista Semiestruturada....	56
Apêndice II – Grelha de análise documental das notas de enfermagem.....	65
Apêndice III – Grelha de análise do questionário sociodemografico e entrevista semiestruturada	83
Anexos	99
Anexo A – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos	101
Anexo B – Aprovação da Comissão de Ética do local estudado	109

Índice de Figuras e Quadros

Figuras

Figura 1 – Patologias de Base.....	28
Figura 2 – Motivos de Ida à Urgência	28
Figura 3 – Caraterização quanto ao género	31
Figura 4 – Caraterização relativamente ao serviço de proveniência	32
Figura 5 – Caraterização relativamente às categorias profissionais	32

Quadros

Quadro 1 – Intervenções realizadas aos utentes com doença crónica, progressiva e incurável no Serviço de Urgência	33
Quadro 2 – Perceção de ação paliativa pelos enfermeiros participantes	34
Quadro 3 – Importância das intervenções paliativas no S.U.	35
Quadro 4 – Importância das intervenções paliativas no S.U.	35
Quadro 5 – Ações Paliativas praticadas no S.U,	36
Quadro 6 – Contributos para a prestação de cuidados aos utentes com doença crónica, progressiva e incurável no contexto de um serviço de urgência.....	37

Siglas e Abreviaturas

- AIT – Acidente Isquémico Transitório
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- DMII – Diabetes Mellitus do tipo 2
- DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica
- DRC – Doença Renal Crónica
- EAPC – European Association of Palliative Care
- En^o - Enfermeiro
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- Insuf. Cardíaca – Insuficiência Cardíaca
- IRC – Insuficiência Renal Crónica
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- S.P.S.S. – Statistical Package for the Social Sciences
- S.U. – Serviço de Urgência
- SIDA – Síndrome da imunodeficiência Adquirida
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- TAC – Tomografia computadorizada
- TVP – Trombose Venosa Profunda

Introdução

As previsões apontam que Portugal, em 2050, seja o quarto país com maior percentagem de idosos a nível da União Europeia (Eurostat, INE, 2003), traduzindo-se num aumento das doenças crónicas, com os consequentes efeitos a nível da incapacidade e dependência, o que vai provocar um maior impacto designadamente na qualidade de vida dos idosos. Freitas e Miranda (2006) referem que “*a Organização Mundial de Saúde manifesta, reiteradamente, a sua preocupação com o aumento da expectativa de vida, principalmente considerando o espectro assustador da incapacidade e da dependência, as maiores adversidades da saúde associadas ao envelhecimento*”. Sendo a meta de todas as sociedades procurar prolongar a vida dos seus cidadãos, não seria coerente que não se procure também, que a estes não estivesse associada a melhoria da sua qualidade de vida, contudo a sociedade revela-se pouco preparada demorando algum tempo a adaptar-se e a encetar medidas tendentes a controlar e minimizar os efeitos provocados pelas transformações inerentes ao envelhecimento populacional. Este é um fenómeno que apresenta importantes desafios, para tal, será necessária uma adaptação deste a esta realidade, contemplando recursos para os cuidados em final de vida.

“As atuais políticas de cuidados de saúde estão orientadas essencialmente para o tratamento da doença, a reabilitação da pessoa doente e a integração social o mais rapidamente possível. Preconizam-se internamentos hospitalares mais curtos, exigindo-se as famílias que sejam capazes de assumir os cuidados aquando o regresso da pessoa com dependência a casa” (Pereira, 2013).

Com as alterações demográficas que ocorreram em toda a Europa, os cuidados paliativos terão uma importância crescente para centrar a prestação de cuidados nos cidadãos e suas famílias requer-se uma organização de serviços que permita acesso a cuidados no tempo certo, no local certo e pelo prestador mais adequado (Ministério da Saúde, 2010).

A realidade que se vive no nosso país demonstra que os cuidados de saúde não se encontram devidamente organizados de forma a darem resposta às características da população envelhecida e com situações de dependência, assim como aos seus familiares. No documento que define as normas e padrões para os cuidados paliativos na Europa, a European Association of Palliative Care (EAPC) considera essencial a prática de ações/cuidados paliativos por parte dos profissionais com responsabilidades no cuidado

a doentes em final de vida, como são os profissionais dos Serviços de Urgência que lidam diariamente com estas situações de dependência e final de vida. Perante a reorganização e revisão que se tem vindo a fazer relativamente aos cuidados de saúde, a existência de recursos financeiros e humanos condicionados, a carência real de colaboradores com formação nas áreas-chave de intervenção – nomeadamente, cuidados paliativos, particularmente nos Cuidados de Saúde Primários, o número de famílias atribuídos a cada equipa de saúde familiar e a excessiva burocracia que dificulta a atuação com qualidade dos profissionais constituem a realidade. A transferência dos Cuidados Curativos para os cuidados paliativos tornam-se um momento complexo de entendimento sobre o percurso de doença e a desmistificação necessária de que estes são para “*quem vai morrer*” e para “*quem já não há mais nada a fazer*”. Perante esta realidade, os doentes que se encontram na fase terminal e final de vida, poderão não ter outra alternativa senão a de recorrer sucessivamente a Serviços de Urgência, onde são submetidos muitas vezes a tratamentos fúteis e que diminuem a sua qualidade de vida.

Os cuidados paliativos são considerados cada vez mais um direito humano. Neste ponto de vista, a implementação dos mesmos deve obedecer a uma estratégia e não a uma desordenada pulverização de recursos. Contudo as políticas de saúde ainda se orientam muito para a vertente hospitalar de tratamento dos sintomas da doença, de tal forma que, “... *a luta pela busca da cura de muitas doenças e sofisticação dos meios associados a essa luta levaram (...) a uma cultura de negação da morte, (...), relegando para segundo plano as intervenções na saúde que, longe de garantir a cura, garantissem e promovessem um final de vida condigno*”(Neto et al, 2004).

A pertinência do meu foco de investigação, justifica-se pelo artigo 89º da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 111/2009), que nos refere que como enfermeiros somos responsáveis pela humanização dos cuidados prestados, dando favorecimento à pessoa como uma “*totalidade única*”, inserida numa família/comunidade, bem como contribuir para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das capacidades do indivíduo que é cuidado. Assim sendo a ação do enfermeiro deve ser orientada no sentido de uma preocupação efetiva em promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta, em garantir cuidados básicos e paliativos, com respeito pela dignidade da pessoa que nos é apresentada como objeto de cuidados.

O Serviço de Urgência está intrinsecamente ligado a situações críticas preconizadas por atitudes curativas, devemo-nos dedicar de uma forma igualmente

crescente á valorização da necessidade de prestar cuidados de índole não exclusivamente curativa, dada a complexidade das situações de saúde/doença das pessoas, o aumento da longevidade da população e o conseqüente incremento das doenças incuráveis, progressivas e de caráter avançado. Devido à falta de respostas e aos condicionalismos decorrentes da crise, leva muitos dos utentes com doenças incuráveis, progressivas e de caráter avançado, aos hospitais daí que seja pertinente que se avalie as intervenções que daí decorrem.

Segundo Sapeta et al (2012) *“há pouca referência relativamente a intervenções que os enfermeiros desenvolvem junto dos doentes em fim de vida no SU. Sobressaem as dificuldades e os obstáculos”*.

Citando Bermejo quando refere que a *“razão e coração precisam de dialogar sabiamente como uma inteligência ética integrada, que supere o racionalismo e o emotivismo para humanizar a vida, pois ser humano e viver humanamente não são a mesma coisa, e justo esta última é a tarefa que nos foi confiada a todos nós que vivemos”*, esta temática tornar-se-á importante do ponto de vista das administrações hospitalares uma vez que consegue combinar a componente humana, tecnicista e de gestão de recursos num momento conturbado em que precisamos de não perder cuidados mas sim torná-los melhores e com menos custos, sem ferir os princípios éticos da dignidade humana.

Esta investigação torna-se assim necessária não só pelos aspetos que foram enunciados anteriormente, mas também pela necessidade de produzir dados que reforcem o entendimento de que a oferta de cuidados de enfermagem exige, nomeadamente em cuidados paliativos, contribuindo para um conhecimento da realidade que se vive na prática de atitudes paliativas/ações paliativas nos Serviços de Urgência em Portugal.

É deste teor e da reflexão pessoal sobre toda esta temática, assim como o gosto, motivação e interesse pela melhoria nos cuidados prestados aos utentes que acorrem aos Serviços de Urgência, que emerge a questão que deu o ponto de partida para a realização desta investigação:

Que Intervenções Paliativas são realizadas pelos Enfermeiros num Serviço de Urgência aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva?

Como tal, este estudo tem como objetivo identificar as intervenções paliativas realizadas pelos enfermeiros em contexto de urgência aos utentes com doença crónica,

incurável e progressiva. No desenvolvimento da temática em estudo, pretendendo realçar a importância deste estudo, o referencial teórico encontra-se dividido em quatro pontos essenciais, estes destinando-se a enquadrar os cuidados paliativos na sua generalidade indo ao encontro do que se pretendeu estudar as intervenções/ações paliativas num serviço de urgência. Neste mesmo sentido, damos seguimento à abordagem do serviço de urgência e os doentes com doença crónica, terminal e incurável, bem como a integração dos cuidados paliativos neste serviço específico. A segunda parte do estudo será dedicada à descrição da investigação, onde será abordada a justificação, objetivo e metodologia aplicada. A terceira parte remete para a apresentação dos resultados. A quarta parte consiste na discussão dos resultados obtidos anteriormente, sendo efetuada uma análise crítica comparativa com resultados encontrados na revisão da literatura, sendo posteriormente formuladas as perspetivas futuras e respetivas conclusões. As regras para a apresentação das referências bibliográficas que se sugerem neste trabalho são adaptadas a partir das da APA – American Psychological Association, tendo sido também adaptado o novo acordo ortográfico.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Cuidados Paliativos

"A medicina paliativa é aquela que cuida daqueles em que a luz da vida, a pouco e pouco, se vai apagando. A medicina da última verdade, do conforto do espírito, do alívio prudente do sofrimento, do encontro com outro, do esforço comunal, da preservação tenaz da dignidade."

João Lobo Antunes (2010)

O aumento da longevidade e o incremento das doenças crónicas e progressivas, bem como as alterações na rede familiar, têm um impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos destinados aos doentes crónicos, este aumento da longevidade e dos aspetos a ela inerentes fazem do fenómeno do envelhecimento uma questão que merece uma reflexão e introspeção do ponto de vista da saúde. Ao nível demográfico o envelhecimento deve-se a uma maior proporção de população em idades mais avançadas, sendo nesta dinâmica que a consequência dos processos de declínio da natalidade e do aumento da longevidade, é entendida intencionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do Sec. XXI. A existência e o aumento de doenças crónicas avançadas, progressivas e incapacitantes, geradoras de sofrimento são indicadores da importância e necessidade dos cuidados paliativos. Neste sentido, os cuidados paliativos terão uma importância crescente. Para centrar a prestação destes cuidados de acordo com a urgência de intervenção nesta área, para *“os cidadãos e suas famílias, requer-se uma organização de serviços que permita o acesso no tempo certo, no local certo e pelo prestador mais adequado”* (Ministério da Saúde, 2010).

Anualmente, na Europa morrem 1,7 milhões de pessoas por cancro, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que globalmente, em 2020, mais de 15 milhões de pessoas serão afetadas por esta patologia e 10 milhões morrerão desta por ano (Mesquita, 2012). Pensamos, nesta sequência e neste contexto, que a mudança na orientação global dos cuidados, para o contexto de cuidados paliativos, deve ser uma prioridade dos profissionais de saúde. Pela necessidade de conceder uma resposta

humanizada aos doentes terminais oncológicos, desenvolveram-se os cuidados paliativos, tendo-se manifestado uma crescente necessidade noutras doenças.

A medicina paliativa mudou a posição histórica limitada aos doentes oncológicos para uma visão mais geral, abarcando pacientes com doenças avançadas não malignas como a esclerose múltipla, doença do neurónio motor, SIDA, insuficiências avançadas de órgãos (cardíaca, renal, hepática, respiratória) ou demências. O acesso destes doentes aos cuidados paliativos deve constituir uma prioridade das políticas de saúde, pois estima-se que para 60% dos doentes com cancro, 40% de doentes com outras patologias necessitariam destes cuidados (Dias et al, 2012). Cuidar quando a cura já não é possível é ir além do tratar. A pessoa com doença avançada é um ser complexo onde o corpo e espírito se unem numa vivência inevitavelmente ligada à perceção consciente de um fim de vida anunciado. O triunfalismo da cura e a ilusão do pleno controlo da doença que se instauram remetem para um desfasamento entre, por um lado, os conhecimentos adquiridos e as proezas tecnológicas e, por outro, a realidade das dificuldades e do sofrimento vivido de quem ocorre ao sistema de cuidados, quando a morte se aproxima (Neto 2004, Hesbeen 2000, Clark 2002). Negligenciam-se as possibilidades de uma morte digna em prol de um modelo biomédico, centrado na cura, onde a morte é vista como um insucesso.

“Tenho direito a ser tratado como pessoa até ao momento da minha morte” é um dos direitos inscritos na Carta dos Direitos do Doente em fim de vida, que nos alerta para o facto de que a incapacidade de travar a morte não pode, de forma alguma, colocar em causa os cuidados de saúde que visem minimizar o sofrimento e a dignidade do ser humano (Alvarenga, 2008).

Conforme aponta Silva (2002), a dignidade é reconhecida a toda a pessoa humana na medida em que ela se apresenta como um sujeito ético, individual, isto é, um ser revestido de potencialidade suficiente para se determinar, por intermédio da razão, para a ação em liberdade. Esta apresenta-se como o alicerce de todos os valores morais, a síntese de todos os direitos do homem, como sendo tudo aquilo que não tem preço e que não pode ser objeto de troca; fundamenta-se na valorização da pessoa humana como fim em si mesma e não como objeto ou meio para se atingir outros fins, como bem explicou Kant. Sem vida, não há pessoa, e sem pessoa não há dignidade.

A dignidade humana torna cada pessoa merecedora de respeito e proteção concretos, voltados para as suas prementes necessidades vitais, asseguradas a sua

integridade física e psíquica, contra todo o ato que possa violar as suas condições existenciais mínimas (Faria, 2007). É a partir do relacionamento com o outro que a pessoa humana se molda e, verdadeiramente constitui-se, em todas as suas dimensões. Por conseguinte, edifica, também, a sua dignidade de forma genuína, pois, embora esta seja concebida de forma singular, visto que compõe a humanidade de cada ser, ela só se forma plenamente sob o olhar do outro (Teixeira, 2005). Assim, a dignidade significa o reconhecimento de cada pessoa na sua singularidade, com tudo aquilo que é próprio da sua individualidade, enquanto ser único. Todo o ser humano é sempre digno de respeito e dignidade, cada um de nós, tem a sua oportunidade de alcançar o mínimo das condições dessa dignidade. Contudo não podemos esperar, nelas encastelados que os que sofrem a indignidade tenham que construí-la sem qualquer ajuda da nossa parte, ou pelo menos sem o nosso reconhecimento. Tal como Chaves e Brito (2009) referem que conceber o outro como alteridade exige respeito pelas diferenças no qual o profissional de saúde não vê o outro como uma massa biológica sobre a qual aplicará os seus conhecimentos técnicos e científicos, mas sim um outro indivíduo com todas as suas potencialidades e particularidades.

A morte não pode ser negligenciada até porque ela é inevitável, é um processo natural, que deve ser aceite como real e não como sinónimo de impotência ou fracasso. O reconhecimento desta etapa da vida que todos temos de realizar, deve resultar da consciencialização da transição de conhecimentos, técnicas e o objetivo de cuidados passa por proporcionar o máximo de bem-estar tanto físico, como psicológico durante o processo de doença até à morte. Quando não é possível a cura, a pessoa doente continua a necessitar de cuidados que a valorize enquanto ser humano, continuando a ser detentor de uma dignidade inviolável e constitutiva que não se altera por haver processo de doença, desta forma e parafraseando Spinoza quando refere que a dignidade da morte começa com a dignidade da vida (Nunes e Rego, 2009).

Os Cuidados Paliativos surgem como afirmação do cuidar, ao atender três preocupações. Para além de promover a dignidade humana, promove no doente um sentido de vida renascido (demonstrando objetividade, novo sentido à vida apesar desta se apresentar ameaçada futuramente) e o aumento da qualidade de vida porque as expectativas vão sendo geridas com consciência, sem omissões e segundo uma esperança realista, face à evolução e aceitação da doença (Barbosa e Neto, 2006).

Desta forma, de acordo com a OMS (2002), os cuidados paliativos são *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que*

enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais”. Os cuidados paliativos não são cuidados menores no Sistema Nacional de Saúde, não se resumem a uma intenção caritativa e bem-intencionada, não se destinam a um grupo reduzido de situações, não se restringem a moribundos nos últimos dias de vida e, pelas suas especificidades, diferenciam-se dos cuidados continuados. Estes são cuidados preventivos: previnem um grande sofrimento motivado por sintomas, pelas múltiplas perdas, associadas à doença crónica e terminal, reduzindo assim o risco de lutos patológicos. A eficiência destes cuidados depende contudo da interação entre doente, família e de todos os profissionais da área da saúde. Todos são imprescindíveis, na especificidade de cada um e na complementaridade de todos, que se encontram através do diálogo, da partilha e da cooperação, gerando uma rede que assenta no rigor técnico e em conhecimentos científicos aprofundados. Concordamos com Ritter B. e Charrier J.(2005) quando afirmam que *“o desenvolvimento da abordagem paliativa interdisciplinar recolocou o doente e sua família no centro dos cuidados. Voltou a valorizar o que Virgínia Henderson apelidava de “humildade dos cuidados”, essas coisas da vida não espectaculares, tidas como insignificantes quando são vitais”.... Desta forma “o exercício da enfermagem paliativa impõe um processo clínico rigoroso e ético, feito dia após dia, e competências precisas actualizadas, tanto técnicas como relacionais, para enfrentar a complexidade das relações humanas que a proximidade da morte amplia”*(Ribeiro, 2010).

1.2. Serviço de Urgência e os utentes com doença crónica, incurável e de carácter progressivo

“Não existem vidas indignas de serem vividas; não há sofrimentos, por muito penosos que sejam, que justifiquem a supressão de uma vida; não existem razões, por maiores que sejam, que favoreçam a «criação» de seres humanos destinados a ser utilizados e destruídos” Papa João Paulo II

Vivemos numa sociedade hedonista, onde não há lugar para a morte, valorizamos tudo o que é fútil, tal como afirmou Marie de Hennezel citado por Sapeta et al (2012), durante uma comunicação feita em Lisboa em Março de 2000 *“nesta sociedade, dá-se pouca importância ao mundo da interioridade, aos sentimentos, aos valores espirituais. Já não existe lugar para experiências de vida como a vulnerabilidade, o luto, a tristeza ou a dependência”*.

A mudança de atitude perante a morte e o morrer, as intensas mudanças que a sociedade tem vindo a sofrer nos últimos tempos conduziram à medicalização, à profissionalização e à mercantilização do ato de morrer, onde o hospital tradicional se torna mais uma *“oficina de tratamentos”* do que um local de acolhimento (Barbosa, 2002), este acrescenta ainda no que afigura ao tema, que *“a passagem do morrer para os hospitais, com a sua massificação e alguma desumanização, permite que a morte passe despercebida e se converta em algo alheio, silencioso e solitário”*. Assiste-se assim, diariamente, a uma negação da existência da morte, a um isolamento tácito da comunidade dos vivos, torna-se vergonhosa e objeto de interdição, sendo vista como a mutilação dos sonhos e dos projetos não concluídos. Carvalho e Azevedo (2009) citando Rodrigues (2006) afirmam que *“a morte sempre existiu e sempre existirá, ela é parte integrante da existência humana, é a única certeza absoluta no domínio da vida”*. O profissional de saúde é preparado para aliviar o sofrimento, evitar a morte e não para conviver com ela, vivemos assim uma postura antiética, uma vez que esta deixou de ser encarada com naturalidade, sendo entendida como um acontecimento contrário à vida e não como parte integrante da mesma.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal no ano 2014, acorreram ao Serviço de Urgência por doença 6 946 648¹ pessoas, sendo que o n.º de óbitos foi 108 511². Cabe ressaltar que a maioria dos óbitos é por doenças crónicas, de carácter progressivo e que não apresentam cura, como é apresentado também em dados cedidos pelo INE³. Em 2008, Capelas refere que aproximadamente 21 mil doentes do foro oncológico e 3 700 a 14 500 doentes do foro não oncológico necessitarão de uma abordagem paliativa. Atualmente, estima-se⁴ que em 2015 cerca 63 927 mil pessoas necessitaram de ações paliativas ou cuidados paliativos. Fliss et al (2014) num artigo que retrata a necessidade das pessoas em cuidados paliativos, refere que 69% a 82% daqueles que falecem necessitam de cuidados paliativos a nível mundial. Sapeta e Lopes (2007) referem que a realidade portuguesa está longe de responder às necessidades de cuidados paliativos, sendo o número de equipas muito reduzido, pelo que a maioria dos utentes acaba por viver os seus últimos dias nos hospitais e muita das vezes em serviços especializados, pouco preparados para a mudança e transferência do contexto curativo para o paliativo – como os Serviços de Urgência. Nem todos os doentes que procuram os serviços de urgência necessitam de abordagem curativa ou de intervenção de suporte de vida, muitos apresentam doença crónica terminal ou patologia aguda incompatível com a mesma. O Serviço de Urgência Geral, cujo principal objetivo é proporcionar os cuidados necessários a todos os doentes, que a ele acorram, de acordo com o estado da arte médica, de um modo atempado e adequado, sendo este um elo de ligação entre o mundo exterior e os cuidados de saúde, “*estes são multidisciplinares e multiprofissionais, tendo como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas*”, citando Sapeta et al (2012). A medicina moderna, por se apresentar desprovida de preparação e aceitação do ato de morrer, subestimou o conforto do utente que sofre de doença crónica, incurável e progressiva impondo a estes uma longa e sofrida agonia, adiando a sua morte

¹https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008108&contexto=bd&selTab=tab2

²https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008180&contexto=bd&selTab=tab2

³https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=8105&tipoSelecao=0&contexto=pg&selTab=tab1&submitLoad=true

⁴ Xavier G Batiste e a OMS calculam as necessidades em cuidados paliativos admitindo que 60% do total de pessoas falecidas necessitam de cuidados paliativos (neles se incluindo as que apenas carecem de ações paliativas e aquelas que carecem de respostas específicas). Ainda de acordo com o mesmo autor com o mesmo autor, por cada doente paliativo oncológico conhecido, existem previsivelmente dois não oncológicos a carecer de cuidados paliativos.

à custa do insensato e prolongado sofrimento, praticando muitas das vezes o “encarniçamento terapêutico”⁵.

“Percorrer o caminho de uma doença incurável, com agravamento progressivo até a morte, exige do ser humano formas de superação sucessivas, difíceis de alcançar, na sua condição de doente, dependente e carente. Eis o lugar que ocupa o profissional de saúde, acompanhar a pessoa em todo o processo sem esquecer que a morte representa novas características resultantes do avanço científico e tecnológico, implicando o envolvimento cada vez mais dos profissionais de saúde” (Sapeta et al, 2012). Os indivíduos portadores de doença crónica avançada, progressiva e incurável necessitam de cuidados de saúde que, não tendo em vista a cura, têm como finalidade a manutenção da qualidade de vida, o que passa pela minimização possível do desconforto provocado pelos sintomas que a doença provoca. Para isso são necessários conhecimentos científicos e técnicos que permitam resolver esses problemas.

A população e a maioria dos profissionais de saúde percecionam os cuidados paliativos e os cuidados à pessoa em situação crítica como entidades médicas opostas, uma vez que os segundos são vistos como o epitómo do progresso da ciência e da técnica representando todos os esforços para salvar a vida humana, dificultando a transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos constituindo um momento complexo, sob o ponto de vista psicológico, do percurso da doença onde é visto como o momento em que já nada a fazer e são só cuidados para aqueles que vão morrer. Porém intensivistas e paliativistas regem-se por linhas orientadoras semelhantes, importando-se com os utentes mais críticos do Sistema Nacional de Saúde. Assim o que parece divergir, após reflexão, demonstra uma forte concordância nos valores terapêuticos e objetivos destas duas disciplinas, citando Barbosa e Neto (2006) quando refere que *“haverá assim uma inter-penetração entre ambos os tipos de cuidados – curativos e paliativos – tendo sempre que, mesmo quando a cura não é possível, deve existir investimento médico e de outros profissionais envolvidos (...) numa perspectiva de promoção do conforto”*.

⁵ Também designado por obstinação terapêutica, consiste na aplicação de tratamentos que em contexto de doença avançada e irreversível se podem considerar inúteis ou tratamentos, que embora úteis, sejam desproporcionalmente incómodos para o resultado que deles se espera ou até caros. Esta situação prefigura má prática médica e é eticamente reprovável. (in http://www.apcp.com.pt/uploads/conceitos_gerais_morte_digna_e_eutanasia.pdf)

Urge, por isso, incorporar uma nova filosofia de cuidados, de natureza paliativa, nos hospitais de agudos, partindo-se do princípio que estes devem e podem estar mais bem preparados e ter maior apetência para esta tipologia de cuidados.

1.3. *Integração dos Cuidados Paliativos em Serviço de Urgência*

“Nenhuma época acumulou conhecimentos tão numerosos e tão diversos sobre o homem como a nossa. Nenhuma época conseguiu apresentar seu saber acerca do homem sob uma forma que nos afecte tanto. Nenhuma época conseguiu tornar esse saber tão facilmente acessível, mas também, nenhuma época soube menos o que é o homem”
(Heidegger, 1996)

Sabe-se que em Portugal, o sistema público tem uma forte componente hospitalar, existindo 3,5 camas/1.000 habitantes, das quais 2,9 são destinadas a tratamentos de situações agudas (Marques et al, 2009). O artigo no Jornal Publico publicado a 4 de Fevereiro de 2015⁶, fala-nos de que *“a realidade, porém, é muito diferente: entre a referenciação dos doentes oncológicos graves para os cuidados paliativos e o acesso a uma unidade e a uma equipa com formação nesta área “mais de metade acaba por morrer” porque chega numa fase tardia e fica a aguardar demasiado tempo. “A lista de espera é grande em quantidade de tempo, cerca de 30 dias, quando muitos doentes chegam com sete ou seis dias de vida”, estima Manuel Capelas (...) A agravar, acrescenta, “em hospitais de agudos não temos nenhuma cama para doentes complexos”. Se nesta contabilidade entrarem ainda todos os outros doentes que necessitam de cuidados paliativos em Portugal, além dos oncológicos, a situação ainda é pior. “Cobrimos apenas cerca de 10% da população que precisam de paliativos”.”*

Perante este facto conclui-se que os hospitais de agudos são fundamentais para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, na medida em que nem todos os doentes que procuram os serviços de urgência necessitam de abordagem curativa ou de intervenção de suporte de vida. Muitos apresentam-se com doença crónica terminal ou com patologia aguda incompatível com a vida para os quais a abordagem paliativa é mais benéfica tanto para eles próprios como para a família.

⁶ <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/metade-dos-doentes-com-cancro-morre-sem-ter-acesso-a-cuidados-paliativo-1684922>

Florence Nightingale, defendia que a prática dos cuidados de enfermagem, como os conhecemos hoje, resumem-se como *“colocar o doente na melhor condição para que o ambiente possa agir sobre ele”* (Sorensen & Luckmann, 1998), assim os Cuidados Paliativos surgem para colocar à disposição do utente uma panóplia de cuidados centrados na dignificação do ser humano que vive, sofre com as perdas e que acaba por morrer, não obstante por isso ser menos merecedor de cuidados, relativamente aos que ainda têm opção curativa. Wanter, citado por Almeida (2004) refere que *“Hoje em dia, parte dos doentes terminais, tem que realizar uma escolha draconiana: abreviar a vida... ou morrer à míngua, abandonados numa maca num canto do hospital”*, sendo-nos descrito por Barbosa (2002) que torna-se para o doente que sofre *“um tempo de rotura total com o antes (...), que supõe uma solidão crescente, com conseqüente angústia e depressão e a irrupção de inúmeros medos (da dor, de novos sintomas, de perda de controlo, da noite, da alimentação, de se olhar no espelho, de morrer sozinho, de não acordar, do desconhecido)”*. Na esteira deste pensamento corroboramos com Cicely Saunders (1993) quando afirma que *“o que realmente torna o sofrimento intolerável é quando este não é cuidado”*, na medida em que consideramos que existe um limite para a cura e não para os cuidados.

Capelas (2014) refere que *“apesar se ter dado maior atenção aos cuidados em final de vida, muitos estudos, ao longo dos tempos e mais recentemente, descreveram dificuldades nesta fase da vida, nomeadamente, na acessibilidade a serviços específicos, falta de recursos extra-hospitalares, inadequado controlo sintomático, inadequada satisfação das necessidades dos doentes e família, sobrecarga de cuidadores, cuidados dessincronizados das preferências do doente e família e inapropriada utilização de recursos”*.

Com as mudanças demográficas que assistimos atualmente impõe-se um novo desafio aos profissionais de Serviço de Urgência – *“que cuidados prestar aos utentes que surgem com doença crónica, incurável e progressiva?”*

Segundo Phaneuf (2005), citado por Sapeta (2011), *“a competência para exercer cuidados de enfermagem revela-se muito complexa e supõe uma combinação de múltiplas dimensões onde os saberes científicos, organizacionais e técnicos se interpenetram e se alimentam uns aos outros”*. Para Le Boterf, citado por Sapeta (2011), *“para construir e operacionalizar as suas competências, um indivíduo precisa de sentido”*. Partilha-se a opinião de Perrenoud (1999) que reforça a importância da reflexão na construção de competências e diz que esta construção *“(...) é inseparável da formação*

de esquemas de mobilização dos conhecimentos com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma acção eficaz (...). Os esquemas constroem-se ao sabor de um treinamento, de experiências renovadas, ao mesmo tempo redundantes e estruturantes, treinamento esse tanto mais eficaz quando associado a uma postura reflexiva.”

Cuidar é o verbo presente em todas as teorias de Enfermagem. Em cuidados paliativos, cuidar significa estar ao lado de pessoas com perda de vitalidade, com dor, depressão, perda de autonomia, entre outros sinais e sintomas, tentando conhecer e respeitar, seus valores espirituais e culturais, criando oportunidades, para que resolvam assuntos pendentes – principalmente com a família e sendo “*ponte*” na relação com os profissionais de saúde. Para a enfermagem os cuidados paliativos, são inerentes à sua prática quotidiana porque na verdade eles são mais do que um ato, são atitudes que requerem uma ligação para com o outro e para consigo (Boff 2003). Encontramo-nos assim, a caminhar seguramente, para uma sociedade com necessidades diferentes até agora, e onde os padrões institucionais de atuação terão que se adequar às mudanças indelévels proporcionadas pela revolução silenciosa do sistema demográfico.

Aliar ciência e arte para prestar um cuidado que ampare, suporte e conforto é dever dos profissionais de enfermagem desde o auxílio no nascimento, ao processo de uma doença avançada, fortalecendo-se e tornando-se ainda mais presente na terminalidade e continuando pelo período de luto. Oferecer cuidados paliativos em enfermagem é oferecer um cuidado holístico, uma atenção humanística, ensinar ao utente que uma morte tranquila e digna é um direito que lhe assiste, contribuir para que a sociedade compreenda que é possível dissociar a morte e o morrer do medo e da dor (Support, 1995; Fischberg, 2004).

1.4. Ações Paliativas em Serviço de Urgência

“Siempre podemos hacer algo, operar, irradiar, quimio, cuidados paliativos. No existe la frase “no hay nada que hacer”” C. Suarez

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) propõem-nos uma estratificação atualizada dos tipos de cuidados paliativos que podem ser praticados, em

quatro níveis que se distinguem entre si pela capacidade de responder a situações mais ou menos complexas, pela especialização e formação dos profissionais: *palliative care approach*, *general palliative care*, *specialist palliative care* e *centres of excellence*. No Programa Nacional de Cuidados Paliativos adotaram-se, respectivamente as designações de ação paliativa e cuidados paliativos de níveis I, II e III.

Assim, as ações paliativas surgem, no contexto deste programa, como o nível de diferenciação mais básico sobre o qual se planeiam os cuidados paliativos.

Definindo Ações Paliativas, de acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos⁷ publicada em Diário da República 1ª Série, Nº 172 de 5 de Novembro de 2012, são “*medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva*”, como por exemplo: “*a colocação de um penso pelo profissional de enfermagem, minora o desconforto do doente, pode ser uma acção paliativa, tida como uma intervenção uni-profissional, concretizada sem uma avaliação global das necessidades do doente, concretizada de uma forma desconcertada e isolada dos outros profissionais de saúde que também acompanham, o mesmo doente*” (Neto, 2005).

Através da pesquisa bibliográfica podemos constatar que tem havido um esforço para encontrar soluções para os problemas atuais, sendo exemplo disso alguns estudos nacionais que dão especial enfoque às barreiras e dificuldades para a prática de ações/cuidados paliativos sentidos pelos profissionais a exercer funções neste serviço. Em particular, ressalta-se o estudo realizado Sapeta et al (2012) que consiste numa revisão sistemática da literatura que incluíram dez artigos de investigação durante o período temporal de 2007-2012. Na maioria dos artigos é dado o ênfase aos obstáculos e dificuldades enfrentados pelos enfermeiros, existindo pouca referência à prestação de cuidados ao doente em fim de vida no serviço de urgência.

Barroso (2010) refere que é importante sublinhar que o conceito de “*ação paliativa*” surge como decorrente da realidade nacional. Este refere ainda que “*apesar desta convergência de opiniões quanto à definição do que são as ações paliativas existe um grande desconhecimento e ambiguidade ao modo como elas são reconhecidas na prática e como decorre a sua operacionalização*”. Este autor refere ainda que existe uma

⁷ Anexo A.

carência significativa de estudos realizados e de literatura que aborde especificamente esta temática das ações paliativas. A nível internacional, a investigação dá enfoque à boa morte ou ao tipo de morte que é vivenciada em serviço de urgência, mas não ao tipo de intervenções que são realizadas pelos seus profissionais.

Segundo Pereira (2010), *“os enfermeiros constituem o grupo profissional da área da saúde, mais concretamente a nível dos cuidados paliativos, que permanece mais tempo nos serviços, assegurando o acompanhamento da pessoa nas vinte e quatro do dia, além de que tem a função de assegurar a prestação de cuidados que a pessoa por si só se a sua condição o permitisse. Uma das funções destes profissionais passa, por conseguinte, pela avaliação adequada dos sintomas, pela implementação de intervenções para a sua resolução e pela sua comunicação atempada aos restantes profissionais da equipa, cujo papel pode ser determinante neste domínio.”*

As intervenções de enfermagem são, na sua maioria, de carácter técnico e interdependentes (Needham et al, 2005). Segundo Bermejo (2008), *“a técnica é um meio que mais que desumanizar, pode humanizar, dependendo de como é utilizada”*. Num estudo sobre a satisfação e motivação dos enfermeiros, Mártires (2007) salienta a importância e o significado que os enfermeiros atribuem às suas intervenções, à responsabilidade que assumem na realização das suas atividades, nomeadamente quando os cuidados prestados afetam o bem-estar e a vida da pessoa que é alvo de cuidados. Todas as intervenções devem subordinar-se ao melhor interesse do doente. A técnica associada a um cuidado humanizado, transforma-se numa intervenção de excelência para o doente.

Dias (2012) refere *“que os cuidados paliativos não devem ser associados somente a doentes em fase terminal e agónica, devendo existir uma permanente colaboração e articulação entre as intervenções curativas e paliativas”*.

Em suma, o desenvolvimento de ações/intervenções paliativas em contexto de urgência são pouco estudadas, citando Pacheco (2004) para encontrar uma causa para a pouca evidencia científica nesta área, centra-se no motivo de que *“os profissionais de saúde estão melhor preparados e motivados para tratar a causa da doença e evitar a morte do que para prestar cuidados a pessoa em fim de vida”*.

Perante esta realidade, as ações paliativas emergem e apresentam-se como uma estratégia eficaz para os doentes com necessidade de uma abordagem paliativa. São consideradas fundamentais e da responsabilidade individual de cada profissional

(Barroso, 2010). A prestação de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos envolve valorizar todas as características e experiências passadas da pessoa. Exige uma atitude e aproximação que não se concentre apenas no diagnóstico e nos problemas clínicos imediatos.

Os cuidados paliativos oferecem conhecimentos científicos e técnicos atualizados que permitem solucionar os problemas identificados nas várias fases da doença e de progressão da mesma, pois são cuidados destinados a pessoas que estão vivas e que sofrem e não exclusivamente a doentes moribundos, desta forma *“para garantir a equidade e acessibilidade a cuidados de saúde de qualidade que aliviem o sofrimento dos doentes, em qualquer que seja a fase evolutiva da doença e se dirijam os recursos e a actuação para as necessidades dos doentes, é fulcral que nos recursos de saúde já existentes se promova uma profunda alteração no modo de organização e funcionamento”*. Capelas e Neto (2006)

No caso do Serviço de urgência torna-se importante, senão um imperativo, criar condições básicas para dar resposta à realidade que hoje se vive.

2. Justificação e Objetivo

Este estudo surgiu da necessidade de adoção de alternativas do cuidar aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva que ocorrem diariamente aos Serviços de urgência em Portugal, como consequência de uma população envelhecida e com mais necessidades de respostas paliativas que muita das vezes por incapacidade das instituições e/ou Serviços específicos de se adaptar à filosofia dos cuidados paliativos, por diversos motivos, acabam por passar os seus últimos dias nos Serviços de Urgência.

Associada a esta necessidade urgente de aplicar mudanças no nosso sistema nacional de saúde, também é adjacente a inexistência de investigação científica sobre a temática acima referida, justificando assim a necessidade de realização deste estudo:

- O direito que os utentes com doença crónica, incurável e progressiva têm ao acesso a cuidados de saúde de qualidade em serviços específicos ajustados ao processo de doença que vivem;
- A necessidade de clarificação da realidade vivenciada e praticada pelos enfermeiros de um Serviço de Urgência sobre as intervenções paliativas que realizam no ato das suas funções;
- A necessidade de reforçar o entendimento do que a oferta de cuidados paliativos exige em serviços especializados, nomeadamente num serviço de urgência;
- Do ponto de vista das administrações hospitalares contribui para a perceção destes cargos a importância da valorização da componente humana aliada à componente tecnicista e de gestão dos recursos existentes, em que não precisamos de diminuir cuidados mas sim torná-los melhores, com menos custos e mais eficientes, sem ferir os princípios éticos da dignidade humana.

Neste sentido, o estudo desenvolvido teve como objetivo principal:

- Identificar as intervenções paliativas realizadas pelos Enfermeiros em contexto de urgência aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva.

3. Metodologia

A problemática desenhada, a pergunta de partida e o objetivo estabelecido apontam para a realização de um estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, que se desenvolveu em duas fases: revisão da literatura e aplicação de instrumentos para obtenção de dados.

O estudo apresenta como população alvo todos os enfermeiros que respeitem os seguintes critérios:

- Inclusão: exerçam funções no Serviço de Urgência há pelo menos dois anos;
- Exclusão: pertençam a outros serviços e que por rotatividade de serviços sejam deslocados ao S.U.

3.1. Revisão da Literatura

Existindo já diversas publicações que abordavam a temática dos cuidados paliativos em serviços específicos e relacionados com a abordagem ao doente paliativo como exemplo disso os cuidados intensivos e os cuidados paliativos, mas havendo inexistência de factos e de dados sobre as intervenções paliativas em serviços como o serviço de urgência, iniciou-se o estudo por uma revisão da literatura com o objetivo de perceber o que existe na literatura atual sobre este tema. Iniciou-se a identificação das publicações através de buscas nas bases de dados bibliográficas computadorizadas Medline, Database of Abstracts of Reviews of effects , Cochrane database of systematic reviews, utilizando combinação de palavras-chave de “*Cuidados paliativos*”, “*Serviço de Urgência*” e “*Ações paliativas*”.

Na pesquisa na base de dados da EBSCOhost¹ e PubMed , foi utilizada a seguinte sintaxe de busca, sendo que nas restantes bases de dados foi semelhante.

((palliative[All Fields] AND actions[All Fields] AND ("emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "service"[All Fields] AND "hospital"[All Fields]) OR "hospital emergency service"[All Fields] OR

¹ CINAHL COMPLETE, MEDLINE COMPLETE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of abstracts of reviews of effects, Cochrane Central register of controlled trials, Cochrane Database of systmatic rewiews, Cochrane methodology register, library, information science & technology abstracts, Mediclatina, Health technology assessments, NHS Economic Evaluation Database.

("emergency"[All Fields] AND "department"[All Fields]) OR "emergency
department"[All Fields]))

A esta busca foram adicionadas uma busca manual complementar de revistas não indexadas, que referissem algo em que nos pudessemos basear para a realização deste estudo. A seleção das publicações pressupôs os seguintes critérios de inclusão:

- O artigo descreve a realidade, bem como, as intervenções paliativas realizadas no serviço de urgência.
- O artigo descreve a realidade em serviços com tipologia diferente e especificidade, onde foi estudado a aplicação dos vários eixos dos cuidados paliativos.

Como critérios de exclusão foram definidas as seguintes tipologias de publicações: editoriais, carta ao leitor, comentários e estudos de caso.

Todo o processo de seleção das publicações começou com a leitura do título e resumo, após o qual foram selecionados, se seguiu para a leitura completa do documento e posteriormente a extração de informação para a realização desta dissertação.

3.2. Considerações Éticas

O desenvolvimento de qualquer investigação efetuada junto de seres humanos pode gerar questões de ordem ética e moral, sendo importante determinar as providências necessárias para protegê-los de acordo com os seus direitos. Durante a consulta dos registos de enfermagem dos utentes que foram selecionados de acordo os critérios pré-estabelecidos, bem como aos enfermeiros que realizaram os registos das suas intervenções, foram respeitados o direito à confidencialidade, garantindo o anonimato, sendo recolhidos apenas os dados inerentes ao estudo.

Ao longo do trabalho de investigação não foram referidos quaisquer aspetos que possam revelar ou possibilitar a identificação dos participantes no estudo, da unidade local de saúde envolvida e também dos utentes cujo perfil foi fundamental para a realização da análise documental das notas de enfermagem, tendo sido solicitada a aprovação do estudo pela Comissão de Ética da Instituição de Saúde envolvida.

Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo e da confidencialidade dos dados. No que concerne á entrevista semiestruturada a aplicar aos enfermeiros, foi solicitada a resposta por escrito, de modo a obter informações mais fidedignas e passíveis de transcrição, prevendo já a indisponibilidade de resposta no serviço devido à especificidade do mesmo. Ficou explícito para todos os participantes que os dados recolhidos seriam apenas e só utilizados para o fim que foram destinados.

3.3. Procedimento para a colheita de dados

Fontin (1999:240) refere que para um estudo de carácter exploratório/descritivo, onde o investigador “*visa acumular a maior quantidade de informação possível, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno*” a estudar, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico com aplicação aos enfermeiros;
- Entrevistas Semiestruturadas sobre o tema a abordar aos enfermeiros (em anexo)
- Análise documental das notas de enfermagem.

3.3.1. Análise documental das notas de enfermagem

Os registos de enfermagem traduzem-se como fonte de informações assistenciais que permitem a comunicação entre os profissionais de saúde para além de assegurar a continuidade dos cuidados.

Tornou-se importante definir a priori quem seriam os utentes alvos da realização da análise de registos sobre o âmbito e questão de partida enunciada. Para tal considerou-se que os utentes que se pretenderiam abranger neste estudo seriam aqueles que acorreram ao Serviço de Urgência que tinham doença crónica, incurável e progressiva que se mantivessem no Serviço de Urgência no máximo sete dias. Neste contexto, foi definido com o Enfermeiro Chefe qual seria a melhor estratégia para a obtenção dos dados, que a triagem dos utentes cujos registos iriam ser objeto de estudo seria realizada no momento de admissão do doente no Serviço de urgência e feita a sua avaliação na triagem.

Foram elegíveis para o estudo:

- Pessoas com doença crónica progressiva, tal como doença vascular periférica, neoplasia, insuficiência renal ou hepática, acidente vascular cerebral com significativa incapacidade funcional, doença neurodegenerativa e demência;
- Pessoas seriamente doentes ou em fase terminal (demência em estágio final, cancro terminal, acidente vascular gravemente incapacitante) que não tem possibilidade de recuperação ou estabilização e, para os quais, os cuidados paliativos intensivos são o objetivo predominante dos cuidados no tempo de vida remanescente.

Os dados referentes à análise documental foram recolhidos através da consulta do programa instituído – programa Alert®², durante o tempo predefinido, para tal foram analisadas as notas de enfermagem respeitantes à triagem e aos três turnos de trabalho dos enfermeiros (Manhã, Tarde e Noite) durante o período estabelecido para a recolha dos dados. O período previsto para a obtenção dos dados foi de um mês. Incluiu-se também o registo da nota de entrada (triagem) para discriminar o motivo pelo qual o utente se dirigiu ao serviço, bem como também as patologias conhecidas e idas anteriores à urgência.

² Este sistema de registo encontra-se disponível para todos os intervenientes do Serviço de Urgência, apesar de cada utilizador pertencer a determinado perfil dependendo da sua área de atuação. Também o tipo de informação disponibilizada é adaptado às necessidades e competências dos diferentes profissionais. Durante o percurso que o doente faz no Serviço de Urgência irá ser alvo de registo por diferentes profissionais por ordem sequencial até ao momento da sua alta.

3.3.2. Questionário Sociodemográfico e Entrevista Semiestruturada

De acordo com os objetivos estabelecidos, foram elaboradas algumas questões que favorecessem a expressão dos entrevistados à problemática em causa, intervindo o menos possível, mas que não deixasse que os mesmos perdessem o fio condutor do problema em estudo, para tal foram elaboradas as seguintes questões:

- Durante o exercício das funções no Serviço de Urgência, que intervenções/ações são praticadas aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva? Quais poderão ser consideradas paliativas?
- O que é para si ação/intervenção paliativa?
- Considera que as intervenções/ações paliativas têm importância no seio do Serviço de urgência? Justifique porquê.
- Na sua prática no serviço de urgência, realiza ações/intervenções paliativas? Se sim, identifique. Se não por favor indique a justificação.
- Recorde uma situação vivenciada por si no exercício das suas funções no Serviço de Urgência onde tenha desenvolvido ações/intervenções paliativas aos utentes com doença crónica, progressiva e incurável, descreva a sua atuação.
- Na sua opinião que poderia melhorar na sua prestação de cuidados aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva no Serviço de Urgência?

Antes de realizar as entrevistas, foram testadas as perguntas com um grupo de peritos na área de cuidados paliativos e na abordagem qualitativa, que não faziam parte do estudo mas que reuniam condições para aferir se as questões elaboradas estariam de acordo com o que se pretendia estudar.

No que se refere à aplicação do instrumento de colheita de dados aos enfermeiros, a estratégia foi definida com o En^o Chefe do Serviço de forma a não haver muitas interferências no mesmo e na obtenção dos dados. Sendo solicitada a resposta por escrito, de modo a obter informações mais fidedignas e passíveis de transcrição, prevendo já a indisponibilidade de resposta no serviço devido à especificidade do mesmo. No decorrer da aplicação do questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada, houve uma alteração de estratégias por não haver colaboração do mediador entre o investigador e o

seu objeto de estudo, tendo a investigadora se deslocado ao Serviço para distribuir o instrumento de colheita de dados.

O conjunto de participantes em questão foi selecionado pela intencionalidade, sendo selecionados 18 enfermeiros que correspondiam ao perfil pretendido. Foi também solicitado (via email, por contacto telefónico e ainda pessoalmente) ao Enf^o Chefe o número total de enfermeiros que exerciam funções no serviço e os que possuíam mais do que dois anos de funções, no entanto não houve por parte do responsável do serviço a intenção em ceder os dados solicitados. Assim sendo, cabe ressaltar as questões de representatividade do conjunto de participantes que não se colocam, pois não é pretensão extrapolar, mas sim compreender as vivências dos indivíduos, no contexto a estudo.

Todas as entrevistas foram transcritas no dia em que foram realizadas e foi-lhe atribuído um código. A ordem que está atribuída (E1, E2, etc.) não relacionada com a ordem em que decorreram a sua realização, para que não possibilitasse a identificação dos entrevistados.

O tratamento dos dados obtidos a partir da análise documental e das entrevistas, foi realizado através da análise de conteúdo, que segundo Bardin (2006) “*consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) dessa mensagem*”, pelo que atendendo à natureza do estudo e também do objetivo que centra o mesmo, a técnica de análise de conteúdo utilizada por Bardin (2006) foi a escolhida, sendo que esta divide a análise de dados em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A essência do *template* de análise consiste na definição, por parte do investigador, de dimensões, categorias e subcategorias consideradas importantes para a sua interpretação, hierarquicamente organizadas para permitir uma análise dos dados segundo níveis variáveis de especificidade (King, 2004). Cada uma das dimensões, categorias e subcategorias definidas foi suportada com base na informação textual recolhida, a qual foi inserida numa matriz-tabela de suporte à análise de informação que permitiu uma melhor organização.

No que afere aos dados relativamente à caracterização do conjunto de participantes foram codificadas as suas respostas e utilizou-se o programa SPSS para realizar o tratamento dos dados obtidos.

4. Resultados

4.1. Análise documental das notas de Enfermagem

4.1.1. Caraterização dos Participantes (Utentes)

No que afere ao estudo realizado e de acordo com a metodologia aplicada, foi nos possível identificar 17 utentes com as caraterísticas definidas à partida que acorreram ao Serviço de Urgência no período de um mês, dando a possibilidade de se poderem analisar 53 registos de enfermagem, respeitantes à triagem e aos três turnos de trabalho dos enfermeiros (Manhã, Tarde e Noite) durante o período estabelecido para a recolha dos dados e tempo de permanência dos utentes.

No que concerne à caraterização da população de doentes admitidos podemos afirmar que a sua idade em média é de $73,06 \pm 13,84$, a mediana da idade é de 71, sendo que a idade mínima é de 48 e a máxima de 91 anos.

Relativamente à permanência neste Serviço em particular podemos afirmar que estes utentes ficam em média $15,60 \pm 12,90$ horas em período de atendimento, sendo que a mediana é de 12,50.

Podemos também conferir que a frequência com que, em média, estes doentes acorrem ao serviço de urgência é de $1,53 \pm 1,00$, ou seja, que durante este período podemos afirmar que a mesma pessoa recorreu no máximo de 4 vezes a este serviço, durante o período estabelecido (um mês). Quanto às entidades clínicas podemos visualizar que as demências (17,6%), as doenças neoplásicas (11,8%), DPOC (11,8%) e epilepsia (11,8%) assumem maior expressividade como patologia de base dos utentes definidos para serem alvo do estudo.

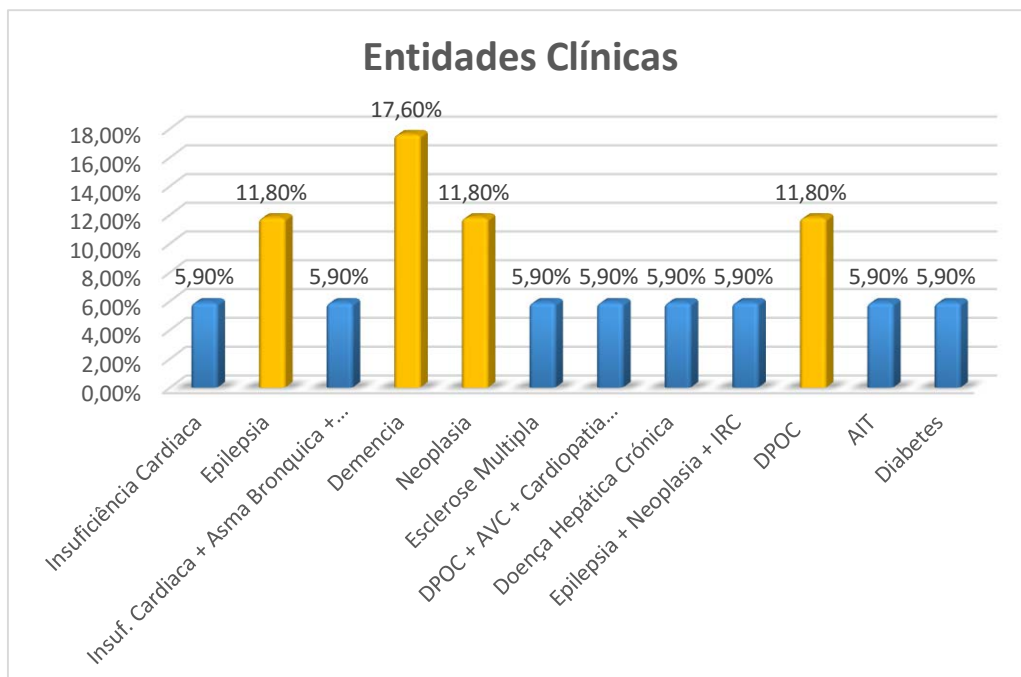


Figura 1 – Patologias de Base

Quanto ao motivo de ida ao Serviço de Urgência registado pelos Enfermeiros assume significativa expressividade a dispneia (35,3%), episódios convulsivos em 17,6% e a dor e prostração em 11,8%.

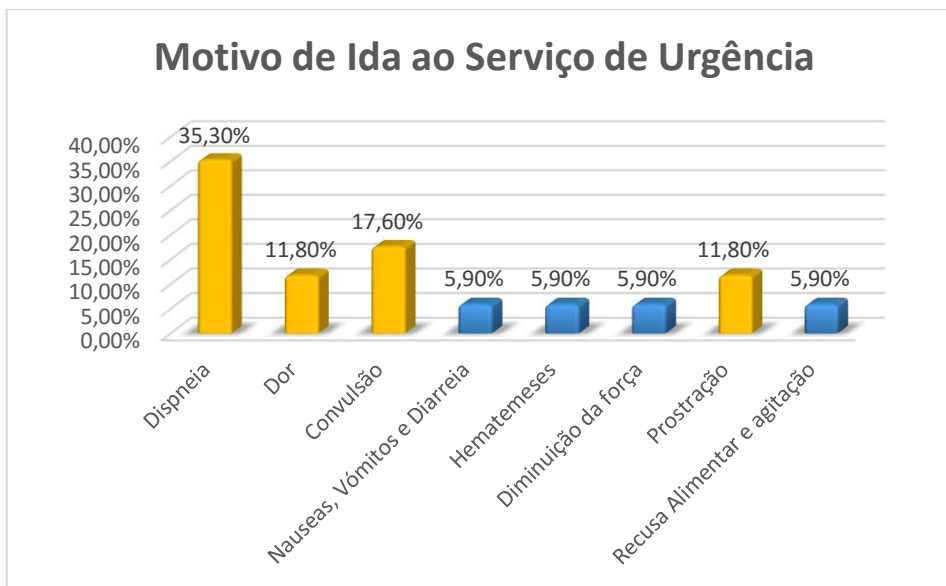


Figura 2 – Motivos de Ida à Urgência

4.1.2. Análise documental das notas de enfermagem

No que concerne à análise dos registos dos enfermeiros podemos considerar a totalidade que dos utentes que recorreram ao S.U. tem a avaliação de triagem realizada, uma vez que está instituído de acordo com os princípios da Triagem de Manchester³, definindo assim o motivo da admissão, avaliação inicial, entidades clínicas associadas e ainda permitindo a visualização do percurso do utente durante o período de atendimento. No que refere ao seguimento, nomeadamente aos registos de seguimento que definem o período de trabalho dos enfermeiros podemos aferir que nem todos os utentes analisados tinham registos elaborados sobre o período total de permanência. Cabe ressaltar que em muitas das admissões apenas existiam elaborados os registos respeitantes à primeira avaliação (triagem). Sendo que depois de várias idas ao S.U. e respetiva decisão médica de ser esclarecida o motivo de agravamento de sintomatologia é registado pelo Enfermeiro responsável do utente informações sobre atitudes médicas ou realização de exames complementares de diagnóstico (realização de endoscopias, administração de unidades concentradas de eritrócitos, TAC, entre outros mencionados nos registos analisados).

Considerando que os atos de enfermagem são num todo pensados em equipa e planeados consoante as necessidades dos utentes, podemos constatar que o processo de controlo de sintomas ou a realização (ou não) de exames complementares de diagnóstico, no contexto do Serviço estudado, continua a ser ato fundamentalmente médico. Sendo que na maior parte dos utentes, utilizados como veículo de estudo e de análise, os enfermeiros apenas validam a terapêutica que se encontra instituída, padronizada e prescrita pelos médicos.

No que se refere aos atos de enfermagem autónomos, intervenções que são da única e exclusiva iniciativa e responsabilidade dos enfermeiros, foi possível observar indelevelmente a realização de medidas de conforto, nelas muitas vezes descritas sob a forma de posicionamento, avaliação da dor, avaliação do fâcies procurando avaliar-se o utente tem dor ou não, a realização de medidas de higiene e conforto, avaliação de queixas anteriores, auxílio na alimentação/hidratação, avaliação dos sinais vitais, massagem e aplicação de creme hidratante para minimizar os efeitos de uma estadia longa neste

³ A triagem de Manchester é um sistema de triagem de prioridades que utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente, que recorre ao Serviço de Urgência.

serviço, entre outras atitudes referenciadas. Importa ressaltar que, embora não sendo objeto de estudo, houve apenas um clínico que prescreveu medidas de conforto.

No que respeita aos registos dos enfermeiros que receberam estes utentes durante todo o seu percurso no Serviço de Urgência podemos sintetizar que existe um subaproveitamento das potencialidades do sistema de registos instituído, uma vez que a maior parte das entradas apresentavam-se apenas com a avaliação inicial sem registo por parte do enfermeiro que enceta possíveis intervenções de enfermagem ou ações paliativas, ficando-se apenas pela validação de atitudes relacionadas com a ação médica, sendo visível o não preenchimento dos campos de aplicação designados para os registos de enfermagem.

4.2. *Questionário Sociodemográfico e Entrevista Semiestruturada*

A amostra do estudo é constituída por 18 enfermeiros de um Serviço de Urgência que quiseram fazer parte do nosso instrumento de recolha de dados (entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico).

4.2.1. *Caraterização dos Participantes (Enfermeiros)*

Em relação à caraterização dos participantes estudámos as seguintes características: idade, género, tempo de exercício profissional, tempo de exercício de funções no Serviço de Urgência, o serviço no qual trabalhavam anteriormente, categoria profissional e se tem ou não formação em cuidados paliativos.

A média da idade (anos) dos enfermeiros que participaram no estudo é de $42,11 \pm 9,99$, com mediana de 44. Como se pode visualizar 61,1% dos inquiridos são do género masculino e 38,9% são do género feminino (Figura 3)

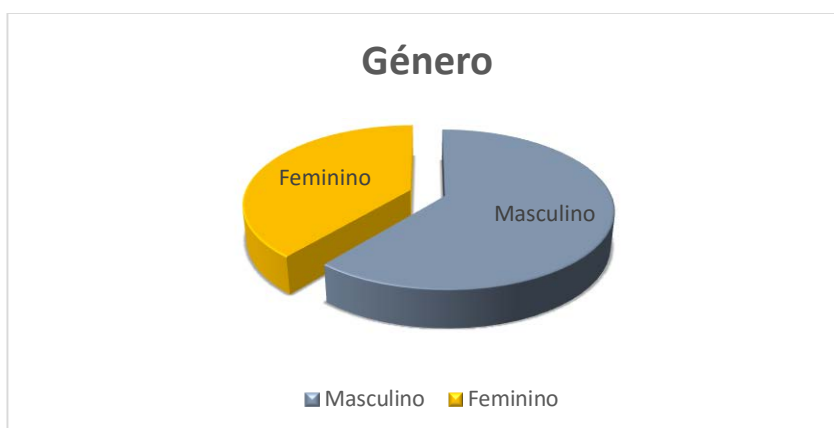


Figura 3 – Caraterização quanto ao género

No que é de referir ao tempo de exercício profissional global (anos) em média estes apresentam $18,05 \pm 10,06$, com mediana de 16. Em particular em Serviço de urgência apresentam $12,78 \pm 9,99$ anos em funções, sendo que a mediana é de 8.

Relativamente aos serviços onde os participantes exerciam funções anteriormente às funções atuais podemos observar que enfermeiros 61,1% vem do serviço de medicina, 16,7% referem vir de outras tipologias de serviços, 11,1% vêm do serviço de Cirurgia e de especialidades Cirúrgicas e também de Unidades de Cuidados continuados (Figura 4).

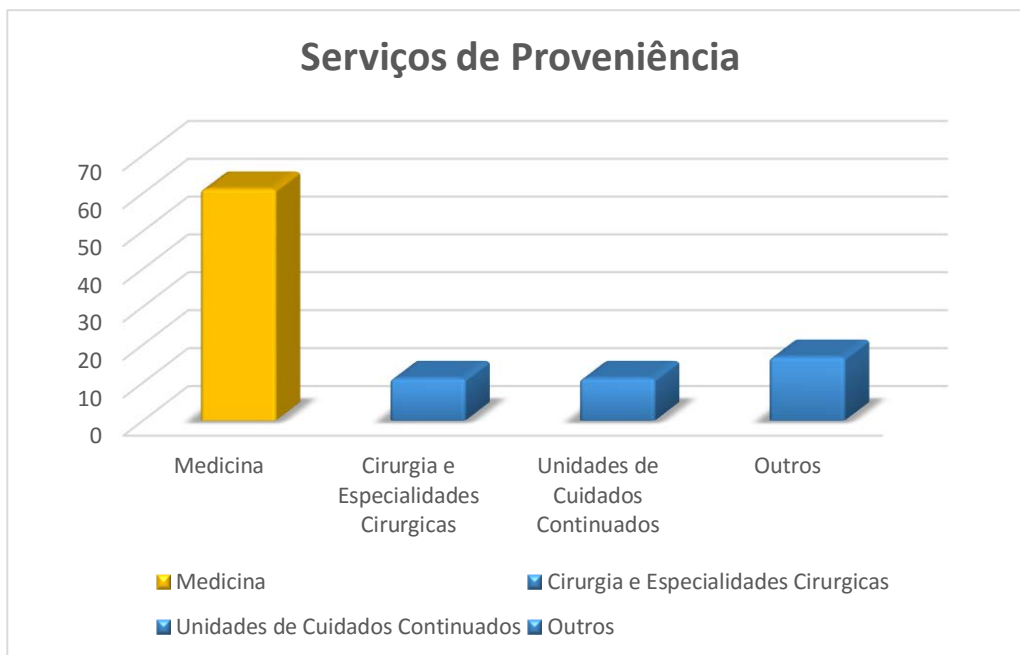


Figura 4 – Caracterização relativamente ao serviço de proveniência

No que respeita à sua categoria profissional podemos observar que 50% são enfermeiros graduados, 27,8% são enfermeiros generalistas e 22,2% são enfermeiros especialistas (Figura 5).

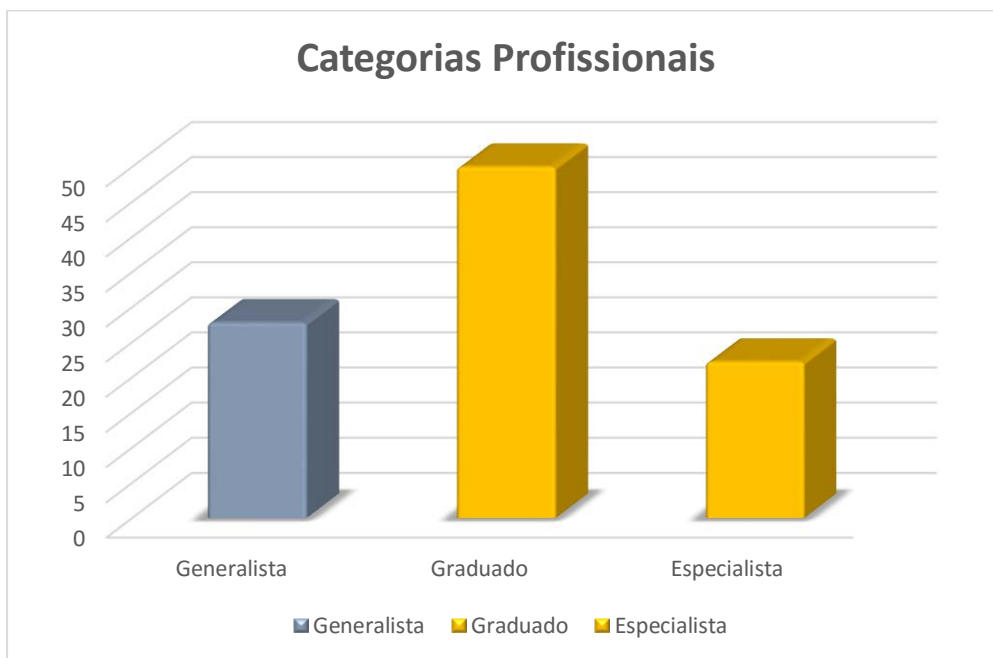


Figura 5 – Caracterização relativamente às categorias profissionais

4.2.2. Intervenções realizadas aos utentes com doença crónica, progressiva e incurável no Serviço de Urgência.

Os entrevistados responderam que o alívio da dor, controlo da dor, realização de pensos para controlo de exsudado, resolução de problemas respiratórios, encaminhamento para unidades e apoio psicológico são as intervenções prestadas aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva. Sendo estas na sua opinião consideradas como ações paliativas.

Subcategorias	Entidades de Resposta
Avaliação, planeamento de intervenções para suprir as necessidades. Reavaliação das mesmas.	E1, E3, E7, E17, E18
Controlo Sintomático: Dor	E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18
Medidas não-farmacológicas	E12, E14
Medidas de conforto	E4, E5, E6, E13, E16, E17, E18
Encaminhamento para unidades/internamento/equipa de cuidados paliativos	E1, E9, E17
Apoio à família	E1, E7, E8, E14, E15

Quadro 1 – Intervenções realizadas aos utentes com doença crónica, progressiva e incurável no S.U.

4.2.3. Perceção de ação paliativa

Relativamente à segunda questão “o que é para si ação/intervenção paliativa?” referem na sua maioria que “uma intervenção paliativa é uma intervenção que não visa tratar mas sim minimizar o sofrimento e aumentar o conforto/bem estar”(E4), sendo consideradas como formas de “aliviar e prevenir o sofrimento perante uma doença” (E2). Alguns (E1, E5, E9, E11, E13, E18, E16) são mais objetivos referindo que ações como administração de analgesia, controlo da dor, cuidados de conforto, posicionamento antiálgico e o apoio aos familiares são os pilares do que podem ser determinadas como ações paliativas em Serviço de Urgência. Podemos também perceber que alguns dos entrevistados fazem alusão ao que é a filosofia dos cuidados paliativos (E3, E7, E8).

Conceito norteador	Entidade de Resposta
<p><i>“ação paliativa são todas as medidas terapêuticas, sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica que visam minimizar em internamento ou em domicílio os efeitos negativos da doença ”⁴</i></p>	<p>E2, E3,E4, E6, E7,E8,E9,E10,E12,E14,E15.</p>

Quadro 2– Perceção de ação paliativa pelos Enfermeiros participantes

⁴ De acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos publicada em Diário da República 1ª Série, N° 172 de 5 de Novembro de 2012.

4.2.4. *Importância das Intervenções/ações paliativas no S.U.*

Na sua maioria os enfermeiros referem que as ações paliativas tem importância neste serviço. Apenas três dos entrevistados referem que não consideram importante.

Sim	
Subcategorias de justificação	Entidades de resposta
Na fase de admissão, posteriormente encaminhado.	E1, E2 e E5
Avaliação clínica dos utentes e forma de iniciar cuidados paliativos	E3, E11
Escassez/inexistência de recursos do SNS e/ou incapacidade dos familiares/cuidadores	E4, E5, E12, E16
Em qualquer serviço que existam utentes com doença crónica, incurável e progressiva.	E6, E8, E10, E15, E17
Elevado número de utentes com doença crónica, incurável e progressiva.	E13, E16
O S.U. tem de ter preparação específica para saber como atuar com estes utentes.	E14

Quadro 3– Importância das intervenções paliativas no S.U.

Não	
Por questões orgânica, estruturais e formativas.	E7
Acompanhamento ineficaz.	E9
O caráter das intervenções paliativas não são urgentes e emergentes.	E18

Quadro 4– Importância das intervenções paliativas no S.U.

4.2.5. *Ações/intervenções paliativas praticadas no S.U.*

A maior parte dos entrevistados referem que realizam, sendo que as ações identificadas são apresentadas no seguinte quadro.

Subcategorias	Entidades de Resposta
Controlo Sintomático: Dor	E2, E4, E9, E11, E13, E14, E15, E16, E17, E18
Controlo Sintomático (não especificado)	E5, E6
Medidas não farmacológicas (ambiente e controlo da dor)	E4
Medidas de conforto (posicionamento, aplicação de creme hidratante, entre outras)	E2, E4, E5, E6, E7, E8, E13, E14, E15, E17
Apoio à família	E2, E6, E7, E8, E13, E14, E15
Faz mas não refere o que realiza e/ou refere que adverte o médico prescriptor.	E10, E12
Encaminhamento para a equipa de cuidados paliativos	E17

Quadro 5– Ações paliativas praticadas no S.U.

Apenas dois referem que não realizam intervenções/ações paliativas uma vez que “o Serviço de urgência está virado para atos médicos”(E1, E3).

4.2.6. Descrição das ações/intervenções paliativas em função da prática vivenciada no exercício das funções de Enfermeiro no S.U.

Relativamente à pergunta em que é solicitado ao enfermeiro entrevistado para recordar “uma situação vivenciada por si no exercício da suas funções no Serviço de Urgência onde tenha desenvolvido ações/intervenções paliativas aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva” descrevendo a atuação em si, a maior parte não responde ou remete para as respostas anteriormente analisadas Os entrevistados que respondem recordam situações como “O Sr. J sexo masculino, coloquei o doente num local com a privacidade possível de um SU. Permite a presença da família mesmo durante a noite. Mantive os informados evitei que tivesse dor. administrando atempadamente a terapêutica prescrita. Solicitei a realização da mesma quando necessário. Permite que tivesse consigo objectos pessoais significativos”(E6) ou “utente idosa com asma crónica que recorre frequentemente no turno da noite e que era tido em consideração o conforto da mesma” (E2)

4.2.7. Contributos para a prestação de cuidados aos utentes com doença crónica, progressiva e incurável no contexto de um Serviço de Urgência.

À pergunta “na sua opinião que poderia melhorar na sua prestação de cuidados aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva no Serviço de Urgência?” podemos constatar que houve uma maior diversidade de respostas para a melhoria destes serviços em particular, como podemos verificar no quadro 6.

Subcategorias	Entidades de Resposta
Formação e Estágios na área.	E2, E6, E7, E5, E8, E9, E11, E17, E18
Criação de equipas profissionais adequadas a esta problemática Integração de enfermeiros formados em Cuidados paliativos funcionando como Elo.	E1, E7, E8, E9, E10, E14, E18
Existência de protocolos adequados à realidade vivenciada.	E3, E8, E12
Adequação das estruturas físicas para a receção destes utentes.	E4, E6, E7, E9, E10, E12, E13, E14, E15
Aumento de serviços de retaguarda para dar respostas a estes utentes	E4, E10, E15, E16
Referenciação logo na admissão no Serviço de Urgência Melhoria na articulação do Serviço de Urgência com outras unidades que envolvam Cuidados Paliativos	E9, E1, E14, E16, E17

Quadro 6– Contributos para a prestação de cuidados aos utentes com doença crónica, progressiva e incurável no contexto de um Serviço de Urgência

5. Limitações ou possíveis Vieses da Investigação

Poderão ser vieses da investigação:

- O facto de se informar os enfermeiros sobre como será a obtenção dos dados e objetivos do estudo, justamente por se tratar de uma interação entre seres humanos.

- A particularidade do próprio serviço e das mudanças que lhe ocorrem durante o período do estudo.
- O sentimento expresso em conversas informais de haver uma avaliação das suas práticas e o receio de repercussões em termos de chefias.
- Também o facto de o investigador não pertencer à unidade local de saúde onde o estudo se realiza dificultando assim a obtenção dos dados com celeridade.

6. *Discussão*

Neste ponto, passamos à discussão e apreciação crítica dos resultados mais relevantes a nível científico, tendo como referência o marco teórico no início deste estudo. Parafraçando Collière (1989) “*a investigação profissional é uma atitude de abertura e de interrogação sobre o que se descobre e sobre o que se pode fazer com isso, no âmbito da sua prática. Toda a pessoa que presta cuidados está apta a desenvolver esta atitude e a aprender a servir-se dela*”, foi assim que entendemos o caminho traçado para a realização da investigação sobre as intervenções paliativas praticadas pelos enfermeiros aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva, num serviço de urgência. Para tal utilizámos a triangulação dos resultados obtidos com os instrumentos de recolha de dados, tendo sido aplicada análise documental das notas de enfermagem com as entrevistas realizadas aos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência.

No que concerne à análise dos registos dos enfermeiros podemos considerar que a totalidade dos utentes que recorreram ao S.U. tinham a avaliação de triagem realizada, uma vez que está instituído de acordo com os princípios da Triagem de Manchester⁵, definindo assim o motivo da admissão, avaliação inicial, entidades clínicas associadas e ainda permitindo a visualização do percurso do utente durante o período de atendimento. No que refere ao seguimento, nomeadamente aos registos que definem o período de trabalho dos enfermeiros, podemos auferir que nem todos os utentes analisados tinham registos elaborados sobre o período total de permanência. Importa pois salientar que os registos são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, revestindo-se por isso, de grande importância, pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados corretamente, pois são o testemunho escrito da prática da Enfermagem (Dias et al, 2001), traduzindo-se como fonte de informações assistenciais que permitem a comunicação entre profissionais de saúde para além de assegurar a continuidade dos cuidados. Cabe ressaltar que depois de várias idas ao S.U. e respetiva decisão médica de ser esclarecida o motivo de agravamento de sintomatologia é registado pelo Enfermeiro responsável informações sobre atitudes médicas ou realização de exames complementares de diagnóstico (realização de endoscopias, administração de unidades concentradas de eritrócitos, TAC, entre outros mencionados nos registos analisados). Ao refletirmos sobre a prática assistencial dos enfermeiros neste contexto, concordamos

⁵ A triagem de Manchester é um sistema de triagem de prioridades que utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente, que recorre ao Serviço de Urgência.

reiteradamente com Leal (2006) que *“os registos nem sempre refletem os cuidados prestados”*. Quando questionados acerca das intervenções que praticam aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva os entrevistados responderam que o alívio da dor, controlo da dor, realização de pensos para controlo de exsudado, resolução de problemas respiratórios, encaminhamento para unidades e apoio psicológico, são as intervenções prestadas aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva, sendo estas na sua opinião consideradas como ações paliativas. A seleção de uma intervenção de enfermagem para uma determinada pessoa é parte do processo de decisão clínica do enfermeiro e McCloskey e Bulechek (2004) consideram que devem ser tidos em conta 6 aspetos: os resultados esperados da pessoa, as características do diagnóstico de enfermagem, a base de pesquisa da intervenção, a exequibilidade para realizar a intervenção, a aceitação da pessoa e a capacidade do enfermeiro. *“O enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, deteta precocemente problemas potenciais e resolve ou minimiza os problemas reais identificados”* (OE, 2002) Citando Capelas (2014) *“o trabalho em equipa é um dos pilares dos cuidados paliativos. Não é possível responder às necessidades globais do doente e família se a organização do trabalho não se efetuar desta forma”*. Considerando que os atos de enfermagem são num todo pensados em equipa e planeados consoante as necessidades dos utentes, podemos constatar que o processo de controlo de sintomas ou a realização (ou não) de exames complementares de diagnóstico, no contexto do Serviço estudado, continua a ser ato fundamentalmente médico. Sendo que na maior parte dos utentes, utilizados como veículo de estudo e de análise, os enfermeiros apenas validam a terapêutica que se encontra instituída, padronizada e prescrita pelos médicos. É apenas mencionado nas entrevistas que prestam apoio à família, apoio psicológico, encaminhamento para unidades ou até mesmo referência para a equipa intrahospitalar de cuidados paliativos, no entanto ao serem rigorosamente analisados os registos de enfermagem não se encontraram descritos quaisquer atos que validem o que é referido, indo ao encontro do que refere Davis et al (1994) de que os registos realizados pelos enfermeiros eram pobres e a intervenção de enfermagem era pouco detalhada, particularmente nos aspetos psicológicos e sociais.

No que se refere aos atos de enfermagem autónomos, intervenções que são da única e exclusiva iniciativa dos enfermeiros, foi possível observar indelevelmente a realização de medidas de conforto, nelas muitas vezes descritas sob a forma de posicionamentos, avaliação da dor, avaliação do fâcies procurando avaliar se o utente tem dor ou não, a realização de medidas de higiene e conforto, avaliação de queixas anteriores, auxílio na alimentação/hidratação, avaliação dos sinais vitais, massagem e aplicação de creme hidratante para minimizar os efeitos de uma estadia longa neste serviço, entre outras atitudes referenciadas. Importa ressaltar que, embora não sendo objeto de estudo, houve apenas um clínico que prescreveu medidas de conforto.

Paliar, como se sabe, significa aliviar ou remediar, daí o termo paliativo que muitas vezes é utilizado fora do seu contexto técnico-científico. Paliar não se resume ao tratamento da dor, exige também que se proceda à avaliação global da pessoa que sofre atendendo à sua complexidade designadamente biológica, psicoafectiva, familiar e social. É preciso não confundir conceitos, ações paliativas não são cuidados paliativos. As Ações Paliativas, de acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos⁶ publicada em Diário da República 1ª Série, Nº 172 de 5 de Novembro de 2012, são *“medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva”*. A perceção evidenciada pelos participantes é de que *“uma intervenção paliativa é uma intervenção que não visa tratar mas sim minimizar o sofrimento e aumentar o conforto/bem estar”* (E4), sendo consideradas como formas de *“aliviar e prevenir o sofrimento perante uma doença”* (E2). Alguns (E1, E5, E9, E11, E13, E18, E16) são mais objetivos referindo que ações como administração de analgesia, controlo da dor, cuidados de conforto, posicionamento antiálgico e o apoio aos familiares são os pilares do que podem ser determinadas como ações paliativas em Serviço de Urgência. Podemos também perceber que alguns dos entrevistados fazem alusão ao que é a filosofia dos cuidados paliativos (E3, E7, E8). As ações paliativas são intervenções que fazem parte do quotidiano da prática profissional, qualquer que seja a doença. Estas intervenções podem ser prestadas nos Hospitais, Centros de Saúde e/ou rede de cuidados continuados, quando se vislumbra condições irreversíveis para a retomada do processo curativo. Os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades e não apenas

⁶ Em anexo.

no diagnóstico ou no prognóstico, pelo que podem ser introduzidos de forma estruturada em fases mais precoces da doença, mesmo quando são aplicadas outras intervenções com objetivo curativo, assumindo importância à medida que as necessidades do doente assim o justifiquem. Este modelo de intervenção flexível, sem exclusividade, conduz a uma prestação de cuidados com continuidade e partilhada.

“Os cuidados começam quando se reconhece a diferença. Reservo o nome “prestador de cuidados” às pessoas que estão desejosas de escutar os doentes e de responder às suas experiências individuais. Os cuidados nada tem a ver com categorias. Quando o prestador de cuidados transmite ao doente que se preocupa com a sua singularidade, está a conferir significado à vida dessa pessoa” (Frank, 2001)

Quando questionados acerca da importância que as intervenções paliativas potencialmente poderão ter no contexto de um Serviço de Urgência na sua maioria referem que as ações paliativas tem importância neste serviço, justificando-se pela escassez/inexistência dos recursos do SNS, incapacidade dos familiares/cuidadores, por existir uma avaliação clínica dos utentes sendo assim uma forma de iniciar cuidados paliativos e pelo elevado número de utentes com doença crónica, incurável e progressiva a recorrer a este serviço. Apenas três dos entrevistados referem que não consideram importante, por questões de orgânica, funcionalidade e formação, por os utentes acabarem por ter um acompanhamento ineficaz e pelo caráter das intervenções não serem de urgência nem de emergência. No que respeita aos registos podemos sintetizar que existe um subaproveitamento das potencialidades do sistema de registos instituído, uma vez que a maior parte das admissões apresentavam-se apenas com a avaliação inicial sem registo por parte do enfermeiro que enceta possíveis intervenções de enfermagem ou ações paliativas, ficando-se apenas pela validação de atitudes relacionadas com a ação médica, sendo visível o não preenchimento dos campos de aplicação designados para os registos de enfermagem. Fazendo assim alusão a um estudo que decorreu em quatro hospitais universitários na Escócia, onde se procurou descrever os cuidados de enfermagem prestados a doentes com prognósticos de dias. A qualidade dos cuidados prestados variava consoante o médico e os enfermeiros encarregues do doente. As razões adiantadas pelos autores para os cuidados deficientes foram a falta de formação, uso de táticas para evitar os doentes moribundos, excesso de trabalho, ambiente inapropriado na enfermagem, problemas técnicos, etc. Este estudo tornou claro que não havia apenas sintomas descontrolados mas, também, cuidados de enfermagem deficientes e atenção

mínima a estes doentes. Os cuidados de saúde não são fruto de mera intuição, por muito que tenham de arte, nem tão só de um mero saber técnico e científico que despreza tudo o que excede o prático, o imediato. Se este desprezo existir, só poderá ser fruto da ignorância de algo estritamente necessário a qualquer profissão na área da saúde: o reconhecimento da totalidade da pessoa humana a quem os cuidados se dirigem. A esse respeito Cidália Frias refere que *“de facto podemos especializar-nos, mas as pessoas que nos procuram, quer estejam em situação de doença ou não, nunca nos chegam com o corpo separado do espirito”*. Para Sancho et al (in Sapeta e Lopes, 2006) os avanços tecnológicos e das ciências médicas têm procurado prolongar a vida e adiar o processo de morte, proporcionando ao moribundo dias de sofrimento, devido a terapêuticas inúteis e ao desajuste terapêutico. Clark, Clarke e Ross (in Sapeta e Lopes, 2006) defendem que os cuidados paliativos vieram encorajar e responsabilizar todos na necessidade de garantir dignidade até ao fim. Num estudo sobre a satisfação e motivação dos enfermeiros relativo aos cuidados de saúde primários, resultados que podem ser transportados para os nossos, Mártires (2007) *“salienta que a importância e o significado que os enfermeiros atribuem às suas intervenções, à responsabilidade que assume na realização das suas atividades, nomeadamente, quando os cuidados prestados afectam a vida e o bem-estar das pessoas”*.

A enfermagem tem vindo a ser desafiada no sentido de demonstrar a efetividade dos seus cuidados e da qualidade dos mesmos em prol da população a quem presta cuidados. No que é de referir ao objetivo que centra o presente estudo, nomeadamente, a identificação intervenções paliativas realizadas pelos enfermeiros num serviço de urgência, aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva, através da triangulação dos dados obtidos, podemos identificar que as ações paliativas que são prestadas com mais evidência aos utentes neste contexto são o controlo sintomático (dor) e realização de medidas de conforto. Sendo que referem nas entrevistas que realizam apoio à família mais uma vez executando com rigor não se evidência nas notas de enfermagem, esse apoio.

Quando questionados sobre o que *“na sua opinião que poderia melhorar na sua prestação de cuidados aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva no Serviço de Urgência?”* podemos constatar que houve uma maior diversidade de respostas para a melhoria destes serviços em particular, tais como: formação e estágios na área, criação de equipas profissionais adequadas a esta problemática, integração de enfermeiros

formados em cuidados paliativos funcionando como elo, existência de protocolos adequados à realidade vivenciada, adequação de estruturas físicas para a recepção destes utentes, aumento de serviços de retaguarda para dar respostas a estes utentes, referência logo na admissão no Serviço de Urgência e melhoria na articulação do Serviço de Urgência com outras unidades que envolvam cuidados paliativos.

7. *Perspetivas Futuras*

No culminar deste trabalho de investigação posso afirmar que foi possível fazer uma extração de ensinamentos para a promoção de ações paliativas nomeadamente ao nível das estratégias para a mudança das organizações.

Citando Confúcio *“você não pode mudar o vento, mas pode ajustar as velas do barco para chegar onde quer”*, parto deste princípio realizando uma analogia em que não podemos mudar a nossa realidade, mas podemos *“ajustar as velas”* para progredir e modificar a nossa prática em prol do bem dos utentes a quem dirigimos a prestação dos nossos cuidados. As ações paliativas podem servir para reforçar a consciência dos profissionais de saúde para a necessidade de uma alteração das suas atitudes e práticas em relação aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva que acabam por recorrer aos Serviços de Urgência. Podendo induzir, sobretudo nos decisores políticos, a ideia de que não é necessário investir na criação de estruturas próprias para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, uma vez que já são realizadas ações paliativas em contextos diferenciados. Ideia errónea, não é só necessário investir na criação de estruturas próprias como dotar toda a rede do sistema nacional de saúde para que de futuro os doentes com doença crónica, incurável e progressiva, não sejam vistos como *“falsas urgências”* e possam usufruir de uma rede estruturada de cuidados paliativos, sem que haja necessidade de recorrer aos serviços que se encontram destinados para situações agudas, uma vez que as respostas do SNS são morosas. Citando Chochinov (2007) quando refere que *“noção de cuidados que preservam a dignidade, inicialmente emergentes dos cuidados paliativos, aplica-se realmente em todas as especialidades clínicas. Independentemente da idade ou do diagnóstico clínico, valores centrais como a bondade, o respeito e a preservação da dignidade são indispensáveis. A simples mnemónica “A, B, C”, respeitante a airway, breathing and circulation (vi aérea, respiração, circulação) que resume o fundamental dos cuidados críticos, é também utilizada com forma de simplificar o núcleo base dos cuidados que preservam dignidade (A- Attitude, B- Behaviour, C- Compassion, D- Dialogue). Desta forma simples, para o profissional, ter em mente qual a importância de cuidar do doente ao invés de cuidar apenas dos efeitos da doença”*.

Todos os serviços que cuidam de doentes com doença crónica, incurável e progressiva têm a responsabilidade de proporcionar cuidados paliativos adequados, que

são da responsabilidade de todos os elementos da equipa de saúde, e devem assentar numa boa comunicação e na resposta efetiva às necessidades dos doentes, famílias e profissionais, de acordo com a atual conjuntura é inexorável a urgência de implementar alternativas para prestar os cuidados de acordo com as necessidades demonstradas pelos utentes que acorrem a serviços específicos, como é o caso, dos Serviços de Urgência a nível nacional.

8. Conclusões

“É um tempo de investimento na melhoria da qualidade dos cuidados que os enfermeiros devem oferecer aos cidadãos, porque lhes permitirá, estando melhor consigo próprios, assumir melhor a sua responsabilidade profissional.”

Maria Augusta Sousa

Todos temos dentro de nós um eterno desconhecido envolvido em múltiplas camadas anteriores, que emanam a autenticidade da nossa personalidade e por vezes ofuscam a coerência da vida. Ao longo da nossa existência, trilhamos caminhos e nesse ideário, a educação/formação assume parte integrante dos nossos projetos. Neste sentido, a produção académica não surge do nada, ela constrói-se em determinados contextos e a partir dos caminhos traçados pelos seus idealizadores.

Os resultados obtidos através da triangulação dos dados permitiu identificar as intervenções/ações paliativas realizadas pelos enfermeiros, aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva, num serviço de urgência. A praticabilidade destas ações em ambientes de carácter curativo e intensivista, como é o contexto de urgência, constitui uma realidade, embora muitas vezes seja considerada como assistencialista ao invés de atitude paliativa. Identificou-se que o controlo sintomático respeitante à dor, medidas de conforto e a menção de apoio à família são referidas pelos enfermeiros, embora que em termos de registos isso não se verifique.

Falar sobre cuidados paliativos nos serviços de urgência, será sempre um tema que suscitará dúvidas, incompreensões sobre a sua exequibilidade em serviços estritamente tecnicistas, a sociedade terá ainda de evoluir para que a compreensão de que estes cuidados são inerentes desde que a pessoa nasce até que morre e prolongando-se no luto, terá que ser uma barreira a ser quebrada. Não existe sectorização da pessoa que nos é apresentada quando cuidamos, existe cuidados que podem ser combinados para uma melhor abordagem ao doente com doença crónica, incurável e progressiva nos serviços de urgência a nível nacional.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A., “Suicídio Assistido, Eutanásia e Cuidados Paliativos”, in: Meleiro, A. et al, *Suicídio: Estudos Fundamentais*, São Paulo, Segmento Farma, 2004: 207-215
- Almeida, Chaves e C. Brito (2009), *Humanização dos cuidados de Saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emanuel Lévinos*, Rv. Enf Ref Serie II;
- Alvarenga, Margarida Isabel Cardoso Santos (2008) - *A comunicação na transferência dos doentes dos cuidados curativos para os cuidados paliativos*, Lisboa
- Amaral JMV – *Paliar: das origens ao conceito na actualidade Acta Pediatr Port 2012:43(5):LXXXVII-LXXXVIII*
- ANCP (Associação Nacional de Cuidados Paliativos) (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos – recomendações*.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006). *Cuidados Paliativos: O que são?* Acedido a 22 de Novembro, 2010 em <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP)(2006). *Doentes terminais: mais dignidade no adeus. Organização dos serviços em Cuidados Paliativos.* www.apcp.com.pt.
- Barbosa, A. (2002). *Pensar o morrer nos cuidados de saúde. Análise Social*. 38 (166), pp. 35-49.
- Barbosa, A. e Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*, Lisboa: FML – Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Bardin, L. *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70; 2006 (Obra original publicada em 1977)
- Barroso, R. – *Condições para o desenvolvimento de acções paliativas em unidades de internamento de agudos*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. Tese de mestrado.
- Beckstrand, Renea *et al* (2006). *Providing a “Good Death”: critical care nurses’ suggestions for improving end-of-life care. Amer J Crit Care, 15*, pp. 38-45.

- Bermejo, J. C. (2008a). *Estou de Luto* (G. S. C. Ribeiro, Trad.) São Paulo: Paulinas (Obra original em espanhol publicada em 2005).
- Boff, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- Capelas, M. L. (2008). *Organização de Serviços: Estimativa de Necessidades para Portugal*. Dor, pp. 40-44.
- Capelas, Manuel Luís Vila – *Cuidados Paliativos: uma proposta para Portugal = Palliative care: a proposal for Portugal*. *Cadernos de Saúde*. Lisboa. ISSN 1647-0559. 2:1 (2009)
- Capelas, Manuel Luís, 2014, *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*, Universidade Católica portuguesa Editores;
- Capelas, ML (2010). *Equipas de cuidados paliativos domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal*. *Cadernos de Saúde*, vol.3 (2). Instituto de Ciências da Saúde: Universidade Católica Portuguesa, pp. 21-26.
- Capelas, ML; Neto, IG. (2006). *Organização de serviços*. In: Barbosa A, Neto IG. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Carvalho, P. R. A.; Azevedo, N. S. G. *Quando quem morre é a criança*. In Santos, F. S. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009
- Cf. Benner, Patricia; Wrubel, Judith - *The primacy of caring stress and coping in health and illness*, Menlo Park-Addison: Wesley Publishing Company, 1989, p.49.
- Charrier J, Ritter B. *El Plan de Cuidados Estandarizado. Un Soporte del Diagnóstico Enfermero. Elaboración y Puesta en Práctica*. 1ª ed. Masson Elsevier, 2005
- Chochinov HM. (2007). *Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care*. *BMJ*, 335, pp. 184–7.
- Clark, D. (2002). *Between hope and acceptance: the medicalisation of dying*. *BMJ*, Vol. 324, pp.905-907.
- Collière, M. F. – *Promover a vida*. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

- Corrêa, I. R., Caixeta, L. R., & Barros, T. B. (20 de 2 de 2009)
- Davis, A. et al – Documentation of care outcomes in an academic nursing clinic: an assessment. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Austin, 2000, 497-502.
- Dgs, Direção Geral de Saúde (2004) Circular Normativa nº13 de 2 de julho, Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde.
- Dias, A. et al – Registos de enfermagem. *Servir*. Lisboa, 2001, 267-271
- Dias, Ana Sofia (2012) - Referenciação para unidades de internamento de cuidados paliativos portuguesas: quando? Quem? E porque? – Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de mestre em cuidados paliativos. Lisboa
- Farias (2007), *Escritos de Direito de Família*. Rio de Janeiro: Lumen Juris
- Ferraz, I. – Manifestação das intervenções de cuidar independentes e interdependentes em enfermagem. *Servir*. Lisboa, 1995, 240-250
- Fischberg, et al 2004 – *Palliative care : Core Skills and clinical competences*, New York
- Fliss et al (2014), “How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population estimates” [research-article]
- Fortin, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed. Loures: Lusociência, 1999.
- Frank, A. (2001), *At the will of the body: reflections on illness*, Boston, Houghton Mifflin.
- Freitas, Elizabete. [et al.] – *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ªedição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.
- Frias, Cidália - A espiritualidade: uma dimensão a valorizar no cuidar da pessoa em fim de vida. *Servir*, Lisboa, 49 (6), Novembro-Dezembro, 2001, p.263.
- Hansen, L. *et al.* (2009). Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. *A J Crit Care*, 18, pp. 263-271.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2003a). *Projecções de população residente em Portugal 2000-2050*. Lisboa: INE.

- Instituto Nacional de Estatística. (2003b). Estatística da saúde 2001. Lisboa: INE.
- King, N. (2004). Using templates in the thematic analysis of text. In Cassel, C. & Symon, G.(eds), *Essential guide to qualitative methods in organizational research* (pp. 257-270).London: Sage
- Kubler-ross, Elisabeth (1997). *Sobre a morte e o morrer*. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes Ed.
- Leal, Teresa – *A CIPE e a Visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência, 2006.
- Magalhães, JC. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa. Edições coisas de ler.
- Marques, A. *et al* (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Revista Patient Care* (versão portuguesa).
- Martins, Mónica, Agnés, Patricia; Sapeta, Paula – *Fim de Vida no Serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados*. Castelo Branco: IPCB. ESALD, 2012
- Mártires, Maria Alice (2007). A satisfação e a motivação dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários. *Pensar Enfermagem*, 11(2), 45-53
- Mccloskey, Joanne; Bulechek, Gloria - *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3º Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1089 p. ISBN 84-7307-819-7.
- Mesquita, Ana Sofia Lamego – *O Psicólogo em cuidados paliativos: intervenção em fim de vida*, [Mestrado em cuidados paliativos da Faculdade de Medicina do Porto], Porto, 2012
- Mills M, Davies HTO, Macrae WA: *Care of dying patients in hospital*: BMJ 309,583-586 1994
- Ministério da Saúde. (31 de 3 de 2010). Programa Nacional de Cuidados Paliativos:http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Governo/Ministerios/MS/ProgramaseDossiers/Pages/20100331_MS_Prog_PN_Cuidados_Paliativos.aspx
- Neto, I. (2005). *Cuidados Paliativos*, Cidade Solidária, Janeiro de 2005, pp. 36-47.
- Neto, I. G., Aitken, H.-H., & Paldrön, T. *A dignidade e o sentido da vida, uma reflexão sobre a nossa existência*. Cascais: Pergaminho; 2004
- Neto, IG. *et al* (2004). *A Dignidade e o Sentido da Vida: Uma Reflexão sobre a Nossa Existência*. 1ª ed. Cascais: *Editora Pergaminho*, ISBN: 972-711-645-0.

- Nunes R, Rego G, Duarte I (coord). Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2; 2009
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, pp. 41-50.
- Oliveira, Ana Margarida et al; A abordagem do doente em fase paliativa no Hospital de Santa Maria: Visão do Enfermeiro. Lisboa; 2011
- Oliveira, P. e Simões, S. (2000). A morte no hospital : um desafio para a enfermagem... *Enfermagem Oncológica*, 14, 35 – 38.
- Pacheco, S. (2004). Cuidar a Pessoa em Fase Terminal – perspectiva ética. 2ª Edição. Loures: Lusociência
- Papa João Paulo II., “O ser humano não perde a sua dignidade com a doença”, disponível em <http://www.zenit.org> e acedida em 18 Dez. 2005
- Passos, Maria Inês; Vieira, Margarida. - Um olhar sobre o fim de vida – relatório de estágio. Universidade Católica Portuguesa, Porto. 2013
- Pereira, Isabel.- Regresso a casa: estrutura da ação de enfermagem. Universidade Católica Editora, Lisboa, 2013
- Pereira, M. C. – Importância dos registos de enfermagem. Lisboa, 1991.
- Pereira, S. (2010). Cuidados paliativos: confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.
- Perrenoud, P, 1999. Formar professores em contextos sociais em mudança. *Prática Reflexiva e participação crítica*.
- Pires, A.M.L. (2001). Cuidar em Fim-de-Vida: Aspectos Éticos. Em: *Cadernos de Bioética*. Coimbra: Edição do Centro de Estudos Bioéticos; 25, pp. 85-94.
- Potter, Patrícia; Perry, Anne - Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos. 5º Ed. Lusociência, 2006. 1106 p. ISBN 9728930240.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). (4 de Setembro de 1996)
- Ribeiro, Sara – relatório de estágio da Universidade Católica Portuguesa – Cuidar Holístico nos processos de saúde/doença ao longo do ciclo vital, 2010
- Rodrigues, A. (2006). Consentimento Informado na Prática dos Cuidados de Enfermagem. *Nursing*, nº213.

- Sapeta, P (2002). Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº 7, fevereiro, pp. 24-35.
- Sapeta, P. (1996). A família face ao doente terminal hospitalizado: o caso particular do HAL. Universidade de Évora. (Dissertação de mestrado não publicada).
- Sapeta, P. (2011). Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro-doente. Loures: Lusociência. ISBN:978-972-8930-69-1.
- Sapeta, P. Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. *Referência*. II série:4, pp. 35-60.
- Sapeta, Paula et al – Fim de vida no Serviço de Urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados. Outubro, 2012
- Sapeta, Paula; Lopes, Manuel – Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro – doente In Revista Referência. Lisboa: Universidade de Lisboa. II série, n.º4 (2006) p. 36-60.
- Silva, Abel - Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde e Escola Superior de Enfermagem de São João, 2006. 398 p. ISBN 978-972-8485-76-4.
- Silva, Reinaldo Pereira e. Introdução ao biodireito: Investigações políticojurídicas sobre o estatuto da concepção humana. São Paulo: LTr, 2002.
- Sorensen, & Luckmann. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta. Teixeira, Ana Carolina Brochado. Família, guarda e autoridade parental. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.
- Sykes N, Saunders C. The management of terminal malignant disease. 3. London: Edward Arnold; 1993.
- The Support principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill patients, 1995
- World Health Organization. National cancer control programs: policies and management guidelines. 2ª ed. Genebra: WHO; 2002

APÊNDICES

APÊNDICE I



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

No âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, da Universidade Católica Portuguesa, pretendo realizar um estudo sobre as *“Intervenções Paliativas realizadas pelos Enfermeiros num Serviço de Urgência aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva”*.

Solicito, neste sentido, a sua colaboração no preenchimento do questionário. Deverá assinalar com um “X” apenas aquela que corresponde à sua resposta. Responda a todas as questões sem identificar as folhas, pois as respostas são anónimas e confidenciais.

Os resultados deste servirão apenas as finalidades do mesmo.

Poderá desistir em qualquer momento do estudo.

Grata pela sua colaboração.

1. **Idade:** _____
2. **Género:** Masculino Feminino
3. **Tempo de exercício profissional:** _____ anos
4. **Tempo de exercício profissional em Serviço de Urgência:** _____ anos
5. **Qual o serviço em que esteve antes de exercer funções no Serviço de Urgência?**
 - 5.1. Serviço de Medicina
 - 5.2. Serviço de Cirurgia e especialidades Cirúrgicas
 - 5.3. Hospital de dia
 - 5.4. Centro de Saúde
 - 5.5. Lares da Terceira Idade

5.6. Unidades de Cuidados Continuados

5.7. Nenhum dos acima citados Qual? _____

6. Categoria profissional:

6.1. Enfermeiro generalista

6.2. Enfermeiro graduado

6.3. Enfermeiro Especialista Área de Especialidade: _____

7. Tem formação em cuidados paliativos (excluindo formação durante a licenciatura):

7.1. Sim Não (se sim, deve responder à questão 7.2)

7.2. Nível de formação em Cuidados Paliativos:

7.2.1. Workshops, palestra ou formações em serviço sobre cuidados paliativos

7.2.2. Curso Básico de Cuidados Paliativos

7.2.3. Pós-graduação em cuidados paliativos

7.2.4. Mestrado em cuidados paliativos



GUIÃO DE ENTREVISTA

1. Durante o exercício das funções no Serviço de Urgência, que intervenções/ações são praticadas aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva? Quais poderão ser consideradas paliativas?

2. O que é para si ação/intervenção paliativa?

3. Considera que as intervenções/ações paliativas têm importância no seio do Serviço de urgência? Justifique porquê.

4. Na sua prática no serviço de urgência, realiza ações/intervenções paliativas? Se sim, identifique. Se não por favor indique a justificação.

5. Recorde uma situação vivenciada por si no exercício das suas funções no Serviço de Urgência onde tenha desenvolvido ações/intervenções paliativas aos utentes com doença crónica, progressiva e incurável, descreva a sua atuação.

6. Na sua opinião que poderia melhorar na sua prestação de cuidados aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva no Serviço de Urgência?

APÊNDICE II

Utente	Idade	Data de entrada no SU.	Tempo de Permanência	Patologia	Queixa (nota da triagem)	Registos de Enfermagem	Observações Adicionais
1	66 anos	19/09/2015	10h00m	Insuficiência cardíaca, descompensada com derrame pleural.	Doente referenciado pela SUB X para Medicina Interna/Cirurgia por dor epigástrica e dispneia. Doente refere sensação de mal estar tipo aperto que dificulta a respiração com “falta de ar” e desconforto na área epigástrica. Nega náuseas. O que incomoda mais é a dificuldade respiratória. Mal estar há dois dias mas com agravamento às 20h com sensação de aperto e dispneia.	Só o da Triagem.	
2	67 anos	24/09/2015	7h12m		Dor abdominal	- Triagem Turno da Tarde – “doente deu entrada na SDT por dor abdominal. Calma consciente e orientada. Euneica a ar ambiente. Foi puncionado acesso venoso periférico. Fez medicação prescrita. Fica com soro em curso. Tem colostomia não funcionando até ao momento, refere melhoria das queixas	•

						abdominais. Urinou na arrastadeira. Foi assistida nos posicionamentos.”	
3	67 anos	29/09/2015	10h00m	Epilepsia parcial continua. Com epilepsia intratável	Doente entra em SE por episódio de tremor do MSD	Nota da triagem - Turno da tarde – dirige o olhar e comunica apesar do tremor. Colheu sangue para análises, fez diazepam 5mg ev com benefício. Por indicação da medicina assa a SDT.	•
3	67 anos	01/10/2015	3h00m	Epilepsia parcial continua. Com epilepsia intratável	Convulsão?	Nota da Triagem	•
4	83 anos	18/09/2015	5h49m	Asma brônquica Insuficiência Cardíaca DRC agudizada DM2 desconpensado	Doente com asma/DPOC com oxigenoterapia em casa vem referenciada para medicina interna por dispneia, tosse, febre.	Tem apenas nota de triagem sem registo de seguimentos ou atitudes realizadas.	•
5	60 anos	24/09/2015	3h28m	Demência	2ª informação da filha utente com antecedentes pessoais de alzheimer que refere dor moderada na região lombar desde há 3 dias.	Tem apenas nota de triagem, sem registo de seguimentos durante o turno ou atitudes realizadas.	•
5	60 anos	25/09/2015	3h25m	Demência	Doente recorre ao SU por vômitos e diarreia. Segundo	Tem apenas nota de triagem, sem registo de seguimentos durante o	

					a acompanhante a doente apresenta dor moderada na região abdominal. A acompanhante refere que a doente recorreu ontem ao SU e hoje encontra-se francamente piorada.	turno ou atitudes realizadas.	
6	90 anos	04/10/2015	6h00m	Historia pessoal de neoplasia maligna da bexiga.	Doente transferido da SUB de X para o SU Geral (sem especificação da especialidade) por quadro de dispneia com trabalho respiratório aumentado, sem especificação de data de inicio.	Nota de Triagem Turno da Noite – doente vindo da SUB de X por agravamento da situação clinica. Doente oncológico, prostrado, pouco reactivo e emagrecido. Trazia veia canalizada que mantém e fica com O2 por SN.	Médico responsável pelo utente prescreve medidas de conforto.
7	59 anos	24/09/2015	4h25m	Doença Hepática Cronica	Segundo acompanhante utente DHC que vem com história de vômitos com sangue desde ontem.	Tem apenas nota de triagem, sem registo de seguimentos durante o turno ou atitudes realizadas.	
8	48 anos	30/09/2015	1 dia	Esclerose múltipla	A referir ter ap de esclerose múltipla. Hoje recorreu ao SU por falta de forças, mal estar, desconforto abdominal desde ontem com agravamento hj.	Tem apenas nota de triagem, sem registo de seguimentos durante o turno ou atitudes realizadas.	
9	90 anos	3/10/2015	5h27m	Trombose venosa profunda DPOC ligeira AVC	Utente assistida pela VMER, por indisposição súbita, com lipotimia hj. Nega dor.	Tem apenas nota de triagem, sem registo de seguimentos durante o turno ou atitudes realizadas.	

				Cardiopatia Isquémica			
9	90 anos	3/10/2015	3h26m	Trombose venosa profunda DPOC ligeira AVC Cardiopatia Isquémica	Doente que teve alta há pouco e regressa com por vários episódios de vômitos.	Tem apenas nota de triagem, sem registo de seguimentos durante o turno ou atitudes realizadas.	
9	90 anos	4/10/2015	08h36m	Trombose venosa profunda DPOC ligeira AVC Cardiopatia Isquémica	Doente residente em lar, assistida no local pela VMER, trazida por indisposição súbita, com atonia generalizada há cerca de 1 hora. Sem queixas de dor.	Nota da triagem Turno da noite: Feita colheita de sangue para hemograma.	
9	90 anos	08/10/2015	19h17m	Trombose venosa profunda DPOC ligeira AVC Cardiopatia Isquémica	Referenciada pelo SU por mau estar, vômitos, lipotimia e apresentar valores de anemia.	Nota da triagem - turno da tarde (8/10/15 – 22h57)- doente que deu entrada em SE após aparente lipotimia, pálida, pele seca e pouco reactiva à entrada. Recuperou espontaneamente a consciência. Discurso com períodos de desorientação que a nora confirma serem habituais. Canalizado acesso venoso no	

						<p>membro superior esquerdo. Hemodinamicamente estável. Aguardava 1ª UCE – Neste momento em curso.</p> <p>- turno da noite(05h42m) - doente confusa e desorientada. Fez uma UCE sem intercorrências. Posicionada.</p> <p>- turno da manhã – doente vigil e desorientada. Realizada higiene básica no leito. CVP permeável, tendo iniciado às 10h15 1ª UCE de 2 que irá realizar. Após terminar 1ª UCE contactar o serviço de sangue. Imobilizada por sucessivas tentativas de sair da maca e arrancar CVP. SNG sem saída de conteúdo. Sem vômitos. Sem perda de consciência. Parâmetros vitais estáveis. Aguarda EDA. Sem queixas álgicas.</p>	
10	90 anos	24/09/2015	14h37m	AIT DEMENCIA SENIL	Utente acompanhada pela VMER em convulsão.	<p>Nota de Triagem</p> <p><u>Turno da Tarde</u> – doente acompanhada pela VMER por convulsão. À chegada ao serviço doente em convulsão já tinha feito 1f de diazepam no</p>	

					<p>transporte. No serviço até esta altura doente sempre com períodos de convulsão fez 20mg de diazepam com pouco benefício e iniciou bólus de valproato 1200mg em 10m seguido de perfusão 900mg a correr a 4,5ml/h. Doente voltou a convulsivar fez 5cc a diluição de midazolam (5mg) com benefício. Valores tensionais estáveis sat O2 com mascara de alto debito +- 90%. Doente sem convulsivar há +- 10m, valores tensionais estáveis. Com SAT o2 93 a 95% com mascara de alto debito. Vai fazer tac ce acompanhada. Doente sem convulsivar valores de SAT O2 100% com mascara de alto debito, mantém estado comatoso tem guedel que tolera. Valores de TA estáveis mantém perfusão de valproato em curso a 4,ml/h.</p> <p><u>Turno da Noite:</u> doente comatosa, com tubo nasofaríngeo que tolera e o2 por mascara de alto débito a 20% com o2 a 3l/m. Mantém AVP com soroterapia perfusão prescrita de</p>	
--	--	--	--	--	---	--

						<p>valproato de sódio a 3cc/min. Doente reage a estímulos dolorosos, mantém desvio conjugado do olhar à direita e aparentemente com diminuição da força e mobilização do hemicorpo à esquerda. Fica SE por decisão médica a aguardar transferência para a medicina de manhã.</p>	
11	71 anos de idade	29 de setembro de 2015	12h54m	<p>Epilepsia Neoplasia do ovário Urostomia obstrutiva IRC</p>	<p>Vem de ULDM com História de prostração/agitação desde quando??? E História de alteração das análises. Na triagem desperta, não refere qualquer queixa.</p>	<p>Nota da triagem</p> <p><u>Turno da Tarde:</u> doente vigil, calma mas com períodos de desorientação. Eupneica a ar ambiente. Tem nefrostomia à direita funcionante com vestígios de urina concentrada. Foi posicionada. Não apresenta fácies de dor. Aguarda observação médica.</p> <p>Doente iniciou períodos de agitação, foi imobilizada com conhecimento médico e para sua protecção. Fez medicação que aguarda efeito. Teve 1 dejecção de fezes escuras com vestígios de sangue vivo. Informado médico.</p> <p><u>Turno da Noite:</u> doente consciente, com agitação</p>	

						psicomotora. Euneica ao ar ambiente. Mantem necessidade de imobilização dos membros superiores por segurança da doente. Prestados cuidados de higiene e conforto, trocadas as fraldas com fezes em pequena quantidade. Nefrostomia funcionante. Não refere queixas álgicas. Dormita de momento. Urocultura. Iniciou AB.	
12	73 anos	4 de outubro de 2015	15h17m	Traqueobronquite DPOC Pneumonia	Referenciado para a medicina interna por dispneia e febre.	<p>Nota de triagem</p> <p>Turno da Noite: doente residente em lar, referenciado ao SU da Sub de M., por febre. Doente prostrado, não colaborante, sem disneia, febril, trazia paracetamol Ev em curso que já terminou. Está algaliado, urina muito concentrada, muito debilitado, com pele e língua secas. Tem sinais de punções venosas recentes. Com penso no pé esquerdo que está externamente limpo e seco. Fica com SF em Curso. Agora mais acordado pede água que ingeriu, mas com alguma dificuldade.</p> <p>Turno da Manhã: doente</p>	

						<p>prostrado, reactivo a estímulos verbais. Prestados cuidados de higiene e conforto. Eupneico, faz o2 por o.n. a 3l/m. tem soro em curso por cvp. DVF o saco colector contem cerca de 100cc de urina turva alaranjada escura. Posicionado. Cumpriu o plano terapêutico. Aparentemente sem dor. Foi colocada SNG clampada ara hidratação/alimentação por indicação médica. Oferecidos 2 copos de agua.</p>	
13	53 anos	25 de setembro de 2015	11h01m	Convulsão AIT	<p>Segundo informação da médica da vmer utente com historia ter tido uma convulsão na Unidade que cedeu com diazepam rectal administrado. Segundo médica utente apresenta-se confuso, disártrico.</p>	<p>Nota de triagem</p> <p>Turno da tarde: doente calmo, mas apresenta discurso incoerente. Eupneico a ar ambiente. Hemodinamicamente estável. Foi puncionado acesso venoso periférico e colhido sangue urgente. Foi realizar TAC CE. Algaliado com urina concentrada. Foi posicionado em maca.</p> <p>Turno da noite: utente desorientado e apelativo. Bebeu agua de forma fracionada, referia dor à mobilização, administrado paracetamol, mantem acesso</p>	

						venoso periférico com 500cc SF em curso. Mantem-se algaliado com piuria, realizada urocultura e iniciou AB. Foi posicionado e massajado com creme. Teve dejecção em reduzida quantidade, cor pastosa.	
14	84 anos	29 de setembro de 2015	1h56m	Diabetes	Utente já acamado que vem com história de dispneia desde hoje.	<p><u>Nota de triagem</u></p> <p><u>Turno da Tarde:</u> doente deu entrada por dispneia e febre. À entrada prostrado mas reactivo a estímulos. Dispneico com O2 a 3l/m por óculos nasais. Fica a fazer aerossol que aguarda efeito. Puncionado com CVP e fica com soro em curso. Apresenta penso no cotovelo direito que se encontra externamente limpo e seco. Tem fralda, urinou e não evacuou. Foi posicionado e aplicado creme. Cumpru plano teraeutico.</p>	
15	83 anos	3 de outubro	20h05m	Demência	Utente referenciada do SAP de X por recusa alimentar, desorientação, agitação e anúria desde ontem à noite.	<p>Nota de triagem.</p> <p><u>Turno da tarde:</u> doente que transitou do turno anterior por recusa alimentar, desorientação e agitação psicomotora. Retirou AVP que trazia. Repuncionada no antebraço direito, colheu-se</p>	

					<p>sangue para controlo analítico. Fica com CO permeável para veiculo terapêutico. Foi algaliada com foley nr 18. Saco colector com urina de características normais. Colheu-se urina para tipo II. Fez diazepam oral. Dte desorientada no espaço, tempo e pessoa. Não cumpre ordens simples. Agressiva na abordagem nos cuidados de enfermagem, discurso incoerente, doente permanece em cadeira de rodas. No leito desencadeia comportamento de agressividade.</p> <p><u>Turno da noite:</u> doente mantem discurso e comportamento desorganizado. Com três tentativas de levante autónomo da maca pela parte inferior, constituindo um risco potencial à segurança da doente – pelo que imobiliza-se os membros superiores, sinais neuro circulatórios mantidos – informado o médico. Por ausência da medica responsável, informada médica X e procedida a instituição de medidas</p>	
--	--	--	--	--	---	--

						<p>farmacológicas. Após administração de Haldol, a doente acabou por dormir longos períodos. Mantém cvp permeável, obturado. Mantem SV funcionante. Foi posicionada no leito.</p> <p>Turno da manhã: doente sonolenta, dormita desde o início do turno. Prestados cuidados de higiene e conforto. Eupneica a ar ambiente. Tem soro em curso por cvp. DVF, o saco coletor contém cerca de 100cc de urina amarela e límpida. Posicionada. Cumpru o plano terapêutico aparentemente sem dor. Doente com demência renitente quando abordada sobre a alimentação mas que após um incentivo verbal ingeriu um copo de leite e as papas na totalidade e tolerou. Reflexo de deglutição presente. Alimentou-se sem dificuldade.</p>	
16	91 anos	20 de setembro de 2015	06h48m	ICC Bronquite Anemia Crônica	Doente trazido pelos bombeiros por prostração de início súbito. Desde há cerca de uma hora. Ligeiro	Tem apenas nota de triagem, sem registo de seguimentos durante o turno ou atitudes realizadas.	

					desvio da comissura labial (?) com tendência a estar inclinado para o lado direito.		
16	91 anos	30 de setembro de 2015	20h11m	ICC Bronquite Anemia Cronica	Doente referenciado do médico responsável do lar onde reside por agravamento do estado geral e prostração há 3 dias com agravamento hoje.	<p>Nota de triagem</p> <p>Turno da tarde: doente desorientado no espaço e no tempo mas reactivo, foi canalizada novo avp por infiltração do anterior. Foi colhido sangue para tipagem, aguarda 1 unidade de concentrado de eritrócitos. Urinou na fralda. Foi posicionado. Doente hemodinamicamente estável. Apirético, tem em curso 1 unidade de concentrado de eritrócitos que decorre sem intercorrências.</p> <p>Turno da noite: doente prostrado, reactivo ao toque. Pele pálida, com farfalheiro. Colocado com oxigenoterapia a 5l/min por óculos nasais, por se encontrar dispneico e com spo2 de 78%. Terminou UCE que decorreu sem intercorrências. Foram alternados os decúbitos no leito.</p>	

16	91 anos	03 de outubro de 2015	16h27m	ICC Bronquite Anemia Cronica	Utente trazido do lar de X por dispneia, farfalheira e febre desde hoje.	<p><u>Nota de triagem</u></p> <p><u>Turno da Noite:</u> durante o turno, o doente encontrou-se calmo e orientado no tempo e no espaço. Dormiu por longos períodos. Mantém CVP permeável, com soroterapia em curso. Com aporte de O2 por ON a 1,5l/min. Sem necessidade de aspiração de secreções. Foi posicionado no leito e trocada fralda.</p>	
16	91 anos	10 de outubro de 2015	15h07m	ICC Bronquite Anemia Cronica	Doente assistido e acompanhado pela VMER há cerca de 30 minutos por dispneia, no local com SPO2 de 60% ao ar ambiente. Em Triagem vem com oxigenoterapia com máscara de alto débito.	<p><u>Nota de triagem</u></p> <p><u>Turno da tarde:</u> doente acompanhado pela Vmer por dispneia. Emagrecido. Doente prostrado, dispneico à chegada com máscara de alto débito a 15l. passou a óculos nasais a 3l por indicação da DrªX Doente posteriormente menos reactivo, bradipneico com respiração superficial. Mantem acesso venoso periférico com 1000cc de polieletrolítico por indicação da dra ana. Foi trocada fralda com urina e posicionado alternando decúbitos.</p>	

						Turno de Noite: doente prostrado, reactivo ao toque. Eupneico com aporte de oxigenoterapia a 3l/m por óculos nasais. Tem polieletrolítico em curso. Foram alternados os decúbitos no leito.	
17	67 anos	26 de setembro de 2015	02h55m	Doença de alzheimer	Residente em lar, trazida por palidez e prostração à cerca de uma hora. Com antecedências de parkison, alzheimer e avc há 3 anos.	Tem apenas nota de triagem, sem registo de seguimentos durante o turno ou atitudes realizadas.	
17	67 anos	03 de outubro de 2015	24h	Doença de alzheimer	Doente de lar, transportada pelos bombeiros por quadro de mal-estar, astenia e prostração generalizada e sem focalidades desde às 16h. Sem queixas de dor.	<p>Nota de triagem</p> <p>Turno da tarde: doente prostrada e apática, foi canalizada veia colheu sangue para analises e fica com cat. Venoso obturado. Foi feita algaliação para colheita de urina.</p> <p>Turno da noite: durante o turno, a doente dormiu por longos períodos. Foi canalizado novo acesso periférico por ter extraído o anterior. Fica obturado. Feita a colheita de sangue para hemograma e bioquímica. Foi posicionada no leito e trocada fralda.</p>	

						<p>Turno de manha: doente calma e aparentemente desorientada no espaço e no tempo. Prestados cuidados de higiene e conforto. Eupneica a ar ambiente. Tem soro por cvp. Posicionada. Cumpriu plano terapêutico. Não refere dor. Doente algaliada com latex nº 16, drenou cerca de 500 cc de urina amarel, aparentemente sem sedimentos.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

APÊNDICE III

Questionário Sociodemográfico – Tabela de dados

Questionário Sociodemográfico							
	1	2	3	4	5	6	7
E1	54	F	29	27	Medicina	Graduado	Sim. Workshops(7.2.1)
E2	55	F	36	30	Medicina	graduado	Nao
E3	45	F	15	9	Medicina	graduado	Nao
E4	39	F	17	7	Especialidades cirurgicas	Médico-cirurgica	Nao
E5	47	M	22	17	Medicina	Especialista Médico cirurgica	Não
E6	51	F	27	20	Medicina	Medico cirurgica	Nao
E7	29	M	6	3	Unidade de cuidados continuados	Generalista	Nao
E8	31	Fem	8	2	Serviço de Medicina	Generalista	Não
E9	40	Masc	15	5	Cirurgia	Generalista	Nao
E10	43	Masc	13	6	Medicina	Graduado	Não
E11	49	M	25	25	Medicina	Graduado	Nao
E12	31	f	7	5	SUB	Generalista	Nao
E13	32	M	9	4	Medicina	Generalista	Não
E14	54	m	28	27	Medicina	Graduado	Sim. 7.2.1
E15	46	M	23	10	Hospital de x	Graduado	Não

E16	55	M	33	24	Medicina	Graduado	7.2.1.
E17	27	F	5	5	Outro	Generalista	Nao
E18	30	M	7	4	Unidade de cuidados continuados	generalista	7,2,2

Entrevista Semi-estruturada – Grelha de Respostas

Identificação	1	2	3	4	5	6
E1	Anamnese, definição etiologia da patologia, evolução da doença, terapeutica do utente. Encaminhamento para a unidade da dor, apoio ao utentes e familiares. Explicação da evolução da patologia.	Avaliação, controle da dor e acompanhamento da evolução da doença.	Na fase de admissão sim. Posteriormente deve ser encaminhado para unidade adequada, nao descurando as consultas da unidade da dor.	Nao. O serviço de urgencia está virado para actos médicos.	Encaminhamento para unidade de dor.	Criação de equipas de profissionais de saude adequadas a esta problematica
E2	Alivio da dor. Manutenção do conforto e dignidade.	Intervenção que visa melhorar a qualidade de vida de uma pessoa e familia, no sentido de aliviar o prevenir o sofrimento perante uma doença que pode por fim a vida.	Apenas no sentido de continuidade dos cuidados.	Avalia a presença da dor. Manutenção do conforto e dignidade, envolvimento da familia nos cuidados através do ensino.	Uma utente idosa com asma cronica que recorre frequentemente no turno da noite e que era tido em cosideração o conforto da mesma.	Com formação e aumento de conhecimento sobre a tematica.

E3	<p>Avaliação da situação clínica dos utentes, bem como os déficits daí resultantes, nas suas actividades de vida diárias. Planeamento de intervenções/acções para suprimento das necessidades diagnosticadas, implementação dessas mesmas intervenções/acções. Avaliação dos resultados que se verificaram.</p>	<p>Tratam-se de intervenções com a finalidade de apoiar ou substituir os utentes/doentes nas suas actividades de vida, nas quais tem deficit funcional, tendo estes situações/patologias clínicas das quais não se prevê cura definitiva.</p>	<p>Tem importância no seio da urgência, porque é aí que existe normalmente uma avaliação das situações clínicas dos utentes.</p>	<p>Não realizei intervenções desse tipo, que se considere significativas visto que a urgência do hospital em causa tem características próprias estando mais virado para actos médicos.</p>	<p>São inúmeras as situações que poderia descrever.</p>	<p>Serem prestados cuidados cada vez mais humanizados e tendo em conta as características pessoais sem haver um apego tão rígido a protocolos e normas de serviços.</p>
E4	<p>Analgesia, cuidados de higiene e conforto.</p>	<p>Uma intervenção paliativa é uma intervenção que não visa tratar mas sim minimizar o sofrimento e aumentar o conforto/bem estar.</p>	<p>Considero importante porque não existem respostas suficientes no SNS e uma grande parte destes doentes encontrou estes tipos de cuidados no SU, não existindo alternativas</p>	<p>Sim. Utilização de escalas de dor, para aliviar e proceder à administração de analgesia caso seja necessário. Proporção de um ambiente sem ruídos, iluminação, etc. aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da</p>	<p>Anteriormente descritas.</p>	<p>Penso que poderia ser melhoradas a prestação dos cuidados a estes doentes, no SU com a criação de salas específicas que melhorem o bem estar destes utentes, mas não acho que não</p>

				dor. Posicionamento, procura de posição de alívio, aplicação quente/frio, massagem com creme hidratantes. Etc.		existem serviços suficientes de rectaguarda que dem resposta a estas situações e doentes paliativos ficam por vezes varios dias no SU, que neste momento é o serviço com condições menores de se prestarem este tipo de cuidados.
E5	Acções de conforto, higiene de forma a garantir o bem estar do doente e administração de medicação prescrita para o alívio da dor.	Alívio da dor e inntervenções que contribuam para o bem—estar e conforto do doente.	Sim. Porque o SU é a porta de entrada do hospital, e é neste serviço que os doentes permanecem algum tempo até serem transferidos	Administração de terapeutica prescrita e cuidados de higiene e conforto.		Formação na area e posteriorment e estagio em unidades de cuidados paliativos ou em serviços que integrem

			para um serviço mais adequado.			este tipo de cuidados.
E6	Medidas de higiene e conforto e administração de terapêutica prescrita.	Com vista ao conforto e bem estar do doente em estado terminal e sua família, propõe-se atingir uma melhor qualidade de vida ou a melhor possível nesta fase.	Sim. Em qualquer serviço onde estiver um doente em estado terminal. A qualidade de vida deve ser mantida em qualquer contexto.	Sim, respondi no ponto 1. São as minhas práticas no Serviço. Tendo muita atenção à privacidade e à presença de familiares.	O Sr. J sexo masculino, coloquei o doente num local com a privacidade possível de um SU. Permiti a presença da família mesmo durante a noite. Mantive os informados evitei que tivesse dor. administrando atempadamente a terapêutica prescrita. Solicitei a realização da mesma quando necessário. Permiti que tivesse consigo objectos pessoais significativos.	Formação, adequação do espaço, tempo de permanência mínimo no SU. De forma a evitar complicações como úlceras de pressão (não temos equipamentos adequados para permanências prolongadas de doentes acamados)
E7	Em primeiro lugar identificar qual o motivo porque recorreu ao SU: dor? dificuldade respiratória? Ou outro tipo de insuficiência? As acções a desenvolver poderão ser:	São cuidados que tem como objectivo central o bem estar e a qualidade de vida do doente. Promovem uma abordagem global e	O recurso ao SU, por parte do doente oncológico normalmente existe um descontrolo de sintomas. A	A minha experiência vida do SU, no que diz respeito aos cuidados paliativos assentou na		Reorganização física dos serviços, com encaminhamento para local específico, com vista ao

	alívio da dor, apoio psicológico/psiquiátrico.	holística do sofrimento humano. Os cuidados são oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico. Tem a preocupação de abordar as necessidades da família e dos cuidadores, prolongando-se pelo período do luto.	actuação do enfermeiro encontra-se limitada. O local não é o mais indicado (ambiente) e a formação na área poderá não estar assegurada. O modelo organizacional poderá não ser o mais favorável, contudo a preocupação será sempre de proporcionar o conforto através do controlo de sintomas, e o apoio possível aos familiares.	capacidade de avaliar, intervir na medida do possível através de cuidados mínimos de conforto, de reanimação, ensino ao doente e família e encaminhamento adequado após a alta		atendimento por parte da equipa multidisciplinar com formação na área, por forma a assegurar cuidados diferenciados, nomeadamente conforto, apoio social e apoio contínuo à família/cuidadores. Médicos formados em cuidados paliativos no serviço de urgência.
E8	Alívio da dor e da disfagia é o cuidado essencial nos cuidados paliativos. O rigoroso controlo dos sintomas como medida de prevenção para alívio do sofrimento e envolvimento	É uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e nas famílias que vivem o processo de uma	Sendo o objectivo de enfermagem a prestação de todos os cuidados para a promoção de saúde e prevenção da	Sim. Aplicação de medidas de conforto, relação com a equipa multidisciplinar e apoio		A organização do SU deveria ser revista para o tratamento deste tipo de

	emocional, assenta na relação de ajuda entre enf e utente.	doença incurável ou com um prognóstico limitado. Consiste na prevenção e alívio do sofrimento, identificação de problemas físicos, psicossociais e espirituais. Os cuidados paliativos também englobam o apoio no luto e no trabalho multidisciplinar.	doença, a promoção de uma qualidade de vida com ausência de dor e estabelecimento de uma relação terapêutica com o enfermeiro é essencial no serviço de urgência e nos cuidados de saúde paliativos	preponderante da família.		doentes, sendo que em Urgência o objetivo é a cura e não o apoio/preparação para a morte. O aumento da equipa disciplinar/formação específico/aumento do número de enfermeiros tornariam os cuidados paliativos mais direcionados para o doente e família.
E9	Administração de analgesia e encaminhamento para consulta externa ou internamento.	Alívio do sofrimento e promoção de qualidade de vida a doentes crónicos e incuráveis assim como dar suporte às	Não. Para um bom acompanhamento do doente este tem de ser acompanhado em consulta para a boa assistência e	Apenas administração de analgesia.		Formação, integração de elementos de cuidados paliativos na equipa de SU, referênciação

		suas famílias ou cuidadores	esclarecimento da evolução da doença à família ou ao doente, para um eficaz controlo da dor de acordo com a sua evolução assim como para responder a outras que venham a surgir.			dos doentes logo a partida quando entram no SU. Enfermeiros com formação na área. Sobretudo a criação de consultas de paliativos nos hospitais de agudos ou a nível dos cuidados de saúde primários. Estruturação dos serviços para contemplar este tipo de cuidados e deixar ou diminuir a afluência de doentes paliativos a dirigirem-se
--	--	-----------------------------	--	--	--	--

						ao Serviço de Urgência.
E10	São considerados cuidados paliativos os cuidados a todos os utentes crónicos incuráveis, progressivos que necessitam de cuidados de enfermagem para a manutenção/alívio da sua saúde.	Após o levantamento das actividades de vida alteradas qualquer acção para ajudar a resolver ou fazer face aos problemas de enfermagem. A realização do levante pode ser considerada uma acção paliativa na medida em que o seu objectivo seja o conforto e a dignidade.	Qualquer ajuda de urgência é justificável na actuação do enfermeiro, incluindo as acções aos utentes paliativos que precisam dos nossos cuidados.	Inúmeras a todos os níveis.	Alívio da dor, administração de drogas analgésicas, aspiração de secreções em doentes com patologias respiratórias associadas à sua doença crónica.	Estruturação dos serviços, articulação entre apoio domiciliário, centro de saúde, hospital e lares. Integração de elementos de cuidados paliativos no serviço de urgência.
E11	Assegurar que o doente não tem dor. Administração de terapêutica antialgética.	Controlo da dor. Ajuda Social. Ensino aos familiares.	Sim. O serviço com cuidados permanentes 24h, com médicos e enfermeiros. Esabilizar o doente. Pode ser uma das formas de iniciar	Sim. Administração de terapêutica que não visa a cura mas sim que visa diminuir o sofrimento. Garantir a humanização da existência do	Encaminhamento para a equipa de cuidados paliativos.	Melhor actuação entre o SU e as unidades que envolvem os cuidados paliativos. Mais formação a toda a equipa

			cuidados paliativos.	doente em fim de vida.		multidisciplinar.
E12	Medidas de analgesia para controlo da dor. medidas farmacologicas e nao farmacologicas para controlo de sintomas.	É acção/intervenção paliativa toda a acção que não visando o intuito curativo minimiza sintomas ao doente paliativo.	São importantes, pois perante uma carencia evidente de estruturas que suportem o doente paliativo/familia no domicilio é no SU que estes doentes são encaminhados em situação de crises.	Pratico todas as acções paliativas autonomas possiveis. Quanto a acções interdependentes alerta quem de direito para a sua imoportancia mas a ultima palavra é a do prescriptor.	Sao inumeras as situações: desde posicionamentos recorrentes a doentes com alterações motoras graves e incapacitantes, a medidas de conforto a doentes terminais, possibilidaade de manter um familiar junto do doente.	A estrutura fisica nao está preparada. Facilitar a possibilidade de ter estes doentes resguardados para melhorar a minha prestação neste momento basta a elaboraçao de protocolos de actuação farmacologica , analgesica pois na maioria das vezes a ida ao SU prende-se por não controlo da dor.

E13	Promoção do conforto e analgesia	Promoção de conforto, analgesia e dignidade	Sim. Recorrem ao SU doentes paliativos em grande afluência com queixas algicas.	Alívio da dor. posicionamento anti-álgico e proporcionar ambiente calmo e privacidade com as famílias.		Mais espaço para promover a presença de familiares junto ao doente.
E14	Alívio da dor, presença de familiares junto do doente. O doente deve estar numa unidade mais calma e mais individualizada.	Todas as ações que minimizam o sofrimento do doente (bio-psico-social).	Evidentemente que sim, no entanto penso que desde que a família/cuidador e com a concordância do doente. Há todo um interesse para manter a continuidade no seu habitat natural. Quando há agravamento do seu estado o SU deverá estar preparado para que os cuidados sejam prestados.	Sempre que for necessário. Presença de familiares. Analgésicos, posicionamentos, de acordo com o hábito do doente.	Houve oportunidade de individualizar o espaço do doente e estar num ambiente calmo, com luz adequada, com a presença de dois familiares mais próximos. Aliviar o desconforto e a dor, o doente acabou por falecer calmamente e com a presença de familiares.	Haver um espaço apropriado para este tipo de doentes, e com enfermeiros disponíveis sempre que se justifique e haver uma relação de maior proximidade mais existente e real com a equipa de cuidados paliativos, entre o doente e a equipa multidisciplinar e o SU.

E15	Tratamento da dor, acolhimento e informações aos familiares.	Toda a acção que visa o bem estar do doente.	Intervenções paliativas tem importancia em qualquer serviço, pois o objectivo de qualquer prestação é o bem estar dos doentes que cuidamos.	Sim. Tratamento da dor, posicionamentos dos doentes e informações à família.	Não me recordo de nenhuma situação em particular.	Local específico para este tipo de doentes. Sala de espera para os familiares. Colchões de pressão alternadas.
E16	Higiene e conforto/analgesia	Proporcionar ao doente crónico medidas de conforto e analgesia, sem estar a efectuar medidas invasivas ou submeter o mesmo a exames complementares de diagnóstico.	Sim. População idosa, aumento significativo das doenças crónicas. Incapacidade dos familiares.	Sim. Cuidados de higiene e conforto, analgesia.	Praticamente todos os dias, pelo que atrás foi referido.	Considerando “isto” um serviço de urgência, seria de evitar que estes utentes permanecessem no mesmo durante muito tempo.
E17	Cuidados de higiene, conforto, alimentação, analgesia, avaliação de sinais vitais (dor), referência/encaminhamento para equipa cuidados paliativos.	Possibilitar ao máximo conforto, bem estar e todas as intervenções que o doente e a família necessitam.	Acho que são importantes em todos os serviços, mas o principal seria oferecer todos os cuidados ao doente no seu domicílio e no seio da família e que o	Sim. Para além dos cuidados ao doente já referidos, a articulação da equipa de cuidados paliativos, o encaminhamento	Avaliei o doente para perceber quais as necessidades e prestei os cuidados necessários. Ex. Colocar o doente num local mais sossegado, promover conforto através do	Uma melhor articulação com as equipas que prestam apoio no domicílio, sensibilização de toda a equipa

			SU fosse apenas para quando a situação se agrava ou quando não se resolvesse a situação no domicílio.	ou referência quando o doente chega ao S.U. sem qualquer tipo de apoio a esse nível.	posicionamento, almofadas, cobertor, administrar analgesia, informar que o doente tinha dor, deixar a família mais próxima estar junto do doente se o mesmo desejar. Etc.	multidisciplinar sobre os utentes com doença crónica, incurável e progressiva.
E18	São praticadas várias intervenções sendo a sua maior parte não paliativa mas sim com intuito curativo. Ainda assim pode se incluir: paracenteses evaquadoras, analgesia/sedação, toracentese evacuadora, posicionamento, pensos para controlo do exsudado, dor, alimentação por Sng ou PEG, hipodermoclise.	Penso que o controlo da dor será a intervenção paliativa que mais se realiza quer seja através da analgesia bem como da sedação.	No seio de S.U. penso que não será o local de eleição para as realizar, pois a maior parte dos mesmos não tem carácter urgente ou emergente. Contudo acaba por ser o local onde se realizam as mesmas pela não resposta adequada dos cuidados paliativos na comunidade.	Sim aplica-se á primeira questão.	As acções dos enfermeiros neste tipo de situações para além da participação/realização de técnicas passa muito pela relação de ajuda, orientar a família e doente que vive numa situação de stress e necessita de alguém para escutar os medos e as necessidades.	Sem dúvida aumentar a formação dos profissionais que trabalham no SU, assim como aumentar o número de efectivos que trabalham no SU.

ANEXOS

ANEXO A

segurança social, membros da comunidade educativa e outros profissionais que tenham participação no percurso escolar das crianças e dos jovens.

Artigo 54.º

Successão de regimes

O disposto na presente lei aplica-se apenas às situações constituídas após a sua entrada em vigor.

Artigo 55.º

Norma revogatória

1 — São revogados:

a) O Estatuto do Aluno dos Ensinos Básico e Secundário, aprovado pela Lei n.º 30/2002, de 20 de dezembro, alterado pelas Leis n.ºs 3/2008, de 18 de janeiro, e 39/2012, de 2 de setembro;

b) Os artigos 26.º e 27.º do Decreto-Lei n.º 301/93, de 31 de agosto.

2 — Consideram-se remetidas para disposições homólogas ou equivalentes do presente Estatuto todas as remissões feitas em legislação anterior para o Estatuto do Aluno dos Ensinos Básico e Secundário ora revogado.

Artigo 56.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no início do ano escolar de 2012-2013.

Aprovada em 25 de julho de 2012.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Promulgada em 24 de agosto de 2012.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 28 de agosto de 2012.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

Lei n.º 52/2012

de 5 de setembro

Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

BASE I

Âmbito

A presente lei consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde.

BASE II

Conceitos

Para efeitos da presente lei, entende-se por:

a) «Cuidados paliativos» os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais;

b) «Ações paliativas» as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva;

c) «Continuidade dos cuidados» a sequencialidade, no tempo e nos serviços da RNCP, e fora desta, das intervenções integradas de saúde e de apoio psicossocial e espiritual;

d) «Obstinação diagnóstica e terapêutica» os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido;

e) «Família» a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou, em caso de menores ou pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o doente;

f) «Integração de cuidados» a conjugação das intervenções de saúde e de apoio psicossocial e espiritual, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos;

g) «Multidisciplinaridade» a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais;

h) «Interdisciplinaridade» a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;

i) «Dependência» a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença incurável e ou grave em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária;

j) «Domicílio» a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa que necessita de cuidados paliativos;

k) «Cuidados continuados de saúde» o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social;

l) «Prestadores informais» aqueles que, tendo ou não laços de parentesco com o doente, se responsabilizam e asseguram a prestação de cuidados básicos regulares e não especializados, ditos informais.

CAPÍTULO II

Cuidados paliativos

BASE III

Cuidados paliativos

1 — Os cuidados paliativos centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva.

2 — Os cuidados paliativos devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.

BASE IV

Princípios

Os cuidados paliativos regem-se pelos seguintes princípios:

- a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- h) Continuidade de cuidados ao longo da doença.

CAPÍTULO III

Direitos, deveres e responsabilidades

BASE V

Direitos dos doentes

1 — O doente tem direito a:

- a) Receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas;
- b) Escolher o local de prestação de cuidados paliativos e os profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde;
- c) Fazer-se acompanhar, nos termos da lei;
- d) Ser informado sobre o seu estado clínico, se for essa a sua vontade;
- e) Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos;
- f) Ver garantidas a sua privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais;
- g) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento.

2 — Nenhum cidadão pode ser prejudicado ou discriminado em função da sua situação económica, área de residência ou patologia, nos termos gerais da Lei de Bases da Saúde.

3 — Os menores e maiores sem capacidade de decisão não podem tomar, sozinhos, decisões relativas aos cuidados paliativos.

4 — As crianças, os adolescentes e as pessoas incapacitadas sob tutela têm o direito de expressar a sua vontade e essa vontade deve ser considerada pelo médico.

BASE VI

Direitos das famílias

As famílias ou representantes legais dos doentes têm direito a:

- a) Receber apoio adequado à sua situação e necessidades, incluindo a facilitação do processo do luto;
- b) Participar na escolha do local da prestação de cuidados paliativos e dos profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde;
- c) Receber informação sobre o estado clínico do doente, se for essa a vontade do mesmo;
- d) Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que serão prestados ao doente e à família, nos termos da presente lei;
- e) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento.

BASE VII

Deveres

1 — O doente ou o seu representante legal tem o dever de:

- a) Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de diagnóstico correto e tratamento adequado;
- b) Respeitar os direitos dos outros doentes;
- c) Colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são dadas e livremente aceites;
- d) Respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde com vista à garantia do bem comum;
- e) Utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários.

2 — As famílias têm o dever de colaborar com os serviços de saúde, tendo em conta o melhor interesse do doente e a eficiência dos cuidados prestados.

BASE VIII

Responsabilidade do Estado

1 — Os cuidados paliativos são prestados por serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), podendo, quando a resposta pública se revelar insuficiente, ser também assegurados por entidades do setor social ou privado, certificados nos termos da lei.

2 — Cabe ao Ministério da Saúde, no âmbito dos cuidados paliativos:

- a) Aprovar a política nacional de cuidados paliativos e os planos previstos na presente lei;
- b) Promover, acompanhar, fiscalizar, avaliar e responder pela execução da política nacional de cuidados paliativos;

c) Assegurar a prestação de cuidados paliativos através de uma rede pública em regime de internamento e ambulatório, no âmbito do SNS, reforçando progressivamente o investimento em equipamentos e demais recursos materiais e humanos;

d) Garantir a qualidade da prestação de cuidados paliativos;

e) Contratualizar, no âmbito da RNCP, quando necessário e visando a máxima eficiência, a prestação de cuidados paliativos com entidades do setor social ou privado, assegurando a sua fiscalização e garantindo a efetiva cobertura em todo território nacional;

f) Assegurar a atualização permanente dos profissionais e equipas;

g) Facilitar o apoio psicológico aos cuidadores profissionais, numa lógica de prevenção do esgotamento e de redução dos riscos psicossociais;

h) Facilitar o processo de luto nos doentes e familiares.

3 — O Estado deve promover, enquadrar e incentivar o voluntariado que contribua para as finalidades da presente lei.

CAPÍTULO IV

Rede Nacional de Cuidados Paliativos

BASE IX

Objetivos

1 — Constitui objetivo global da RNCP a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva.

2 — Constituem objetivos específicos da RNCP:

a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de sofrimento, através da prestação de cuidados paliativos;

b) O apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;

c) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados paliativos;

d) O apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados paliativos;

e) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;

f) O acesso atempado e equitativo dos doentes e suas famílias aos cuidados paliativos em todo o território nacional;

g) A manutenção dos doentes no domicílio, desde que seja essa a vontade da pessoa doente, sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados paliativos necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida;

h) A antecipação das necessidades e planeamento das respostas em matéria de cuidados paliativos.

BASE X

Modelo de intervenção

1 — A RNCP é uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes

tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.

2 — A prestação de cuidados paliativos organiza-se mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados eficazes, oportunos e eficientes, visando a satisfação das pessoas numa lógica de otimização dos recursos locais e regionais, de acordo com a Lei de Bases da Saúde.

3 — A intervenção em cuidados paliativos é baseada no plano individual de cuidados paliativos, elaborado e organizado pela equipa interdisciplinar em relação a cada doente.

BASE XI

Coordenação da Rede Nacional Cuidados Paliativos

1 — A coordenação da RNCP processa-se a nível nacional e em articulação operacional com as estruturas regionais e locais.

2 — A coordenação da RNCP a nível nacional é assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, a regulamentar pelo Ministério da Saúde.

3 — A regulamentação referida no número anterior deve respeitar a obrigatoriedade de o presidente da RNCP ser um profissional de saúde com formação específica em cuidados paliativos.

4 — A coordenação da RNCP a nível regional é assegurada no âmbito das Administrações Regionais de Saúde (ARS), em termos a regulamentar pelo Ministério da Saúde.

5 — A regulamentação referida no número anterior deve prever a forma de representação das entidades do setor social ou privado, presentes na RNCP.

6 — A operacionalização a nível local é determinada pelo Ministério da Saúde, sob proposta da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, ouvidas as estruturas regionais.

BASE XII

Competências da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

1 — Compete à Comissão Nacional de Cuidados Paliativos:

a) Coordenar a RNCP;

b) Elaborar e propor para aprovação da tutela os planos estratégicos para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, com periodicidade bianual;

c) Estabelecer metas de progresso anuais;

d) Elaborar relatório anual;

e) Estabelecer critérios de certificação, acreditação e avaliação da qualidade das respostas da RNCP e disponibilizar meios para a concretização das mesmas;

f) Promover a elaboração e permanente atualização de normas técnicas e guias de boas práticas para a prestação de cuidados paliativos;

g) Fazer cumprir os regulamentos de segurança e qualidade nos estabelecimentos da RNCP, em estreita articulação com os organismos competentes;

h) Estabelecer orientações estratégicas e técnicas no domínio da formação contínua e específica dos diversos grupos de profissionais e voluntários a envolver na prestação de cuidados paliativos;

i) Elaborar os termos de referência para a contratualização da prestação de cuidados paliativos no âmbito da RNCP;

j) Propor a celebração de acordos com instituições do setor público, social ou privado, com ou sem fins lucrativos, prestadoras de cuidados paliativos;

k) Responder às reclamações apresentadas pelos utentes da RNCP;

l) Dinamizar a articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados de saúde primários e hospitalares e ainda com os programas e planos nacionais do Ministério da Saúde;

m) Promover a definição e implementação do sistema de informação que suporta a gestão da Rede.

2 — Os planos, metas e relatórios previstos nas alíneas b), c) e d) do número anterior devem conter informação, nomeadamente, sobre as principais patologias, opções terapêuticas, recursos humanos envolvidos e necessários e execução financeira.

BASE XIII

Competências das estruturas regionais de cuidados paliativos

A coordenação da RNCP no plano regional é assegurada nos termos previstos na base XI, atuando em conformidade com princípios orientadores da coordenação nacional, articulando com as unidades e equipas da RNCP e assegurando o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação na Rede na sua área de jurisdição.

BASE XIV

Equipas locais de cuidados paliativos

1 — As equipas de prestação de cuidados paliativos, a nível local, são:

- a) Unidades de cuidados paliativos;
- b) Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos;
- c) Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

2 — Estas equipas multiprofissionais, integrantes e contratualizadas com a RNCP, estão articuladas entre si e com a coordenação regional.

3 — Outras unidades funcionais do SNS podem realizar ações paliativas, de acordo com orientação técnica da RNCP.

BASE XV

Competências das equipas locais de cuidados paliativos

São competências das equipas referidas no artigo anterior, no seu âmbito de referência:

- a) Proceder à admissão ou readmissão dos doentes com necessidade de cuidados paliativos;
- b) Articular com a coordenação regional a afetação de doentes com necessidade de cuidados paliativos entre as várias equipas locais da Rede, de modo a cumprir com os objetivos previstos no n.º 1 da base IX;
- c) Definir e concretizar, em relação a cada doente, um plano individual de cuidados;
- d) Divulgar junto da população a informação sobre cuidados paliativos e acesso à Rede;
- e) Articular com os outros prestadores de cuidados de saúde, na sua área de influência.

BASE XVI

Unidade de cuidados paliativos

1 — A unidade de cuidados paliativos é um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa.

2 — A unidade referida no número anterior presta cuidados, designadamente em regime de internamento, podendo estar integrada num hospital ou noutra instituição de saúde com serviços de internamento.

3 — Estas unidades podem ter diferentes valências assistenciais, de internamento, apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa.

BASE XVII

Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

1 — A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos:

- a) Presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias;
- b) Presta assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação.

2 — A equipa está integrada na unidade de cuidados paliativos, quando esta exista na mesma instituição.

3 — Esta equipa funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento.

BASE XVIII

Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

1 — A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos:

- a) Presta cuidados paliativos específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação;
- b) Presta apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades e equipas da rede nacional de cuidados continuados e integrados;
- c) Assegura formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários.

2 — A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos pode estar integrada numa unidade funcional de cuidados de saúde primários ou na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, dispondo de recursos específicos.

BASE XIX

Coordenação técnica e funcional

A coordenação técnica e funcional das unidades e equipas de cuidados paliativos é assegurada por uma equipa multidisciplinar, que integra, entre outros, médicos e ou enfermeiros com formação avançada e experiência reconhecida em cuidados paliativos.

BASE XX

Admissão na RNCP

1 — A admissão na RNCP é efetuada com base em critérios clínicos, mediante decisão das unidades ou equipas de cuidados paliativos.

2 — A admissão em cada unidade ou equipa da RNCP tem em conta critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica.

3 — A admissão nas unidades e equipas de cuidados paliativos é solicitada pelos próprios serviços da RNCP, pelo médico de família, por outro médico que referencia o doente necessitado de cuidados paliativos, pelas unidades dos cuidados de saúde primários ou da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelos serviços hospitalares ou pelo doente e sua família.

4 — A exaustão dos cuidadores informais pode constituir critério para internamento.

5 — O Ministério da Saúde deve definir para os cuidados paliativos, nos termos da legislação específica, os tempos máximos de resposta garantidos, de forma compatível com a natureza e fase evolutiva da doença.

BASE XXI

Mobilidade na Rede Nacional de Cuidados Paliativos

1 — Ao doente admitido na RNCP é garantida a mobilidade nos vários serviços da Rede, de acordo com critérios de adequação, de continuidade de cuidados e de maior proximidade ao domicílio, nos termos da Lei de Bases da Saúde.

2 — A gestão de oferta disponível deve ser supervisionada pelas estruturas regionais.

BASE XXII

Alta das unidades e equipas

1 — A alta das unidades e equipas de cuidados paliativos, nos casos em que tal se justifique, tem por objetivo promover o bem-estar do doente e sua família, visando o ingresso do doente em equipas mais adequadas às suas necessidades ou o seu regresso ao domicílio.

2 — A preparação da alta deve ser iniciada com antecedência suficiente, de modo a disponibilizar informação clínica e social que torne possível a sequencialidade da prestação de cuidados.

3 — A preparação da alta é obrigatoriamente comunicada, de forma detalhada e humanizada, ao doente, se estiver em condições clínicas para tal, aos seus familiares, às instituições de origem e ao médico assistente.

CAPÍTULO V

Funcionamento da Rede

BASE XXIII

Organização

1 — A caracterização dos serviços que integram a RNCP, designadamente no âmbito da base XIV, é regulamentada pelo Ministério da Saúde.

2 — O Ministério da Saúde, sob proposta da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, aprova a entrada de serviços na Rede.

3 — Os serviços da RNCP podem diferenciar-se para dar resposta específica, nomeadamente na área das doenças neurológicas rapidamente progressivas, da infeção VIH/SIDA e na área pediátrica.

4 — A diferenciação de serviços pode também ocorrer em razão do desenvolvimento de atividades de docência e investigação.

BASE XXIV

Obrigações das entidades prestadoras

1 — O modelo de contratação das entidades previstas no n.º 1 da base VIII é aprovado pelo Ministério da Saúde, sob proposta da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos.

2 — As entidades referidas no número anterior estão obrigadas à prestação de informação, de acordo com o previsto no respetivo contrato, e sujeitas à fiscalização da tutela.

BASE XXV

Garantia de qualidade

1 — Os modelos de promoção e gestão da qualidade são de aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas da RNCP, sendo fixados pelo Ministério da Saúde, sob proposta da Comissão Nacional.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, os indicadores para avaliação da qualidade dos cuidados paliativos devem contemplar o uso de opioides, a avaliação e monitorização da dor e outros sintomas, bem como o nível de formação e experiência profissional dos diferentes elementos que constituem a equipa.

BASE XXVI

Avaliação

As unidades e equipas da RNCP estão sujeitas a um processo de avaliação que integra a autoavaliação anual e a avaliação externa.

BASE XXVII

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos para as unidades e equipas de cuidados paliativos rege-se por padrões de qualidade, baseada na formação específica, de acordo com os níveis de diferenciação recomendados.

2 — A prestação de cuidados nas unidades e equipas de cuidados paliativos é assegurada por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados de qualidade, nos termos das bases IV e V.

3 — A formação, nomeadamente no seu nível avançado, deve incluir uma componente de estágios profissionais.

4 — As ordens profissionais certificam formações especializadas de nível avançado em cuidados paliativos e definem os critérios considerados mínimos para uma formação adequada nesta área.

5 — As equipas multidisciplinares podem ser complementadas por voluntários com formação específica, sendo a sua atividade enquadrada por um profissional de saúde da equipa com a qual colaboram, nos termos da lei geral e normativos a emitir pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos.

BASE XXVIII

Condições de instalação

As condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos são objeto de regulamentação pelo Ministério da Saúde.

BASE XXIX

Dotação orçamental específica

1 — O funcionamento da RNCP nas suas estruturas central, regionais e locais, é objeto de dotação orçamental específica no quadro do orçamento do Ministério da Saúde.

2 — O Ministério da Saúde garante a comparabilidade e a capacidade de escrutínio das dotações orçamentais relativas aos cuidados paliativos.

BASE XXX

Financiamento

1 — O financiamento de prestação de cuidados paliativos, no âmbito da RCNP, é da responsabilidade do Ministério da Saúde e rege-se pelos princípios constitucionais, pela Lei de Bases da Saúde e demais legislação aplicável.

2 — As regras de financiamento de cada serviço são regulamentadas pelo Ministério da Saúde, assegurando o cumprimento do disposto no n.º 1 da base anterior.

BASE XXXI

Fármacos

O funcionamento de unidades e equipas em cuidados paliativos implica o acesso, disponibilização e dispensa dos medicamentos considerados fundamentais pela Organização Mundial de Saúde para o tratamento dos doentes em cuidados paliativos.

BASE XXXII

Obstinação terapêutica

A obstinação terapêutica definida na base II constitui má prática clínica e infração disciplinar, nos termos da legislação geral e deontológica aplicável.

CAPÍTULO VI

Disposições finais e transitórias

BASE XXXIII

Regiões autónomas

Compete aos órgãos de governo das regiões autónomas procederem à regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos cuidados paliativos, nos termos da base VIII da Lei de Bases da Saúde.

BASE XXXIV

Aplicação progressiva

1 — A regulamentação necessária à plena produção de efeitos da presente lei, designadamente no que respeita às

bases XI, XIV, XXIII, XXVII e XXVIII, é elaborada pelo Ministério da Saúde no prazo de 120 dias.

2 — As unidades de cuidados paliativos, as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, criadas no âmbito do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, bem como outros estabelecimentos e serviços idênticos no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor da presente lei, são integradas na RNCP.

3 — As unidades e equipas referidas no número anterior devem adaptar-se ao disposto na presente lei, no prazo de 120 dias após a entrada em vigor da regulamentação a que se refere o n.º 1.

BASE XXXV

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor com o Orçamento do Estado subsequente à sua publicação.

Aprovada em 25 de julho de 2012.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Promulgada em 25 de agosto de 2012.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 28 de agosto de 2012.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

Lei n.º 53/2012

de 5 de setembro

Aprova o regime jurídico da classificação de arvoredo de interesse público (revoga o Decreto-Lei n.º 28 468, de 15 de fevereiro de 1938)

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei aprova o regime jurídico de classificação de arvoredo de interesse público.

Artigo 2.º

Âmbito

1 — A presente lei aplica-se aos povoamentos florestais, bosques ou bosquetes, arboretos, alamedas e jardins de interesse botânico, histórico, paisagístico ou artístico, bem como aos exemplares isolados de espécies vegetais que, pela sua representatividade, raridade, porte, idade, histórico, significado cultural ou enquadramento paisagístico, possam ser considerados de relevante interesse público e se recomende a sua cuidadosa conservação.

2 — O disposto na presente lei não colide com os demais instrumentos legais de proteção dos espaços florestais, de áreas protegidas e classificadas e, bem assim, com todos os regimes jurídicos que lhes são aplicáveis.

ANEXO B

Exmo. Senhor Prof. Doutor Alexandre
Castro Caldas
M.I. Diretor do Instituto de Ciências da
Saúde - Unidade de Ensino de
Enfermagem Universidade Católica
Portuguesa

Estrada Octávio pato
2635-631 Rio de Mouro

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
ICS/0120/2015	2015-05-19	SAI- <i>mm</i> /2015/3729	2015-07-16

ASSUNTO: **PEDIDO PARA REALIZAÇÃO DE COLHEITA DE DADOS
/ENVIO DE RESPOSTA**

Reportando-nos ao assunto em epígrafe, cumpre-nos informar V. Exa., que:

1. O Conselho de Administração deliberou, em reunião no dia 02.07.2015, autorizar a realização de colheita de dados para o projeto de Mestrado: "Intervenções paliativas realizadas pelos enfermeiros num serviço de urgência aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva", no Serviço de Urgência do _____, pela Enfermeira Anaisa Braz Serrano, uma vez que não existe impedimento ético, conforme parecer da Ata de Comissão de Ética, Ponto 1 de 29.06.2015.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração

/VR
2015-07-16

Mod. 37