



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**A PESSOA EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
ABORDAGEM TERAPÊUTICA DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

Andreia Liliana Cerqueira Moura

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Andreia Liliana Cerqueira Moura

**A PESSOA EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
ABORDAGEM TERAPÊUTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira

Março de 2017

RESUMO

A sociedade atual, defende o que é belo, esconde o que é feio, acredita que a juventude é eterna e que podemos vencer a morte. Constata-se que falta lugar para a morte, para o luto e para tudo que envolva estados de dependência. Esta recusa da sociedade atual em aceitar a morte, “empurra” a pessoa que está a experienciar a última etapa da vida para o hospital, sendo a sua porta de entrada o serviço de urgência.

O serviço de urgência assente numa perspetiva curativa, cuja missão consiste na prestação de cuidados de saúde dirigidos a situações de urgência e emergências médicas, confronta-se cada vez mais, com pessoas que se encontram em processos de fim de vida e que exigem dos profissionais de saúde mudanças na sua filosofia de cuidar, exigindo receptividade para a mudança/ inovação das práticas clínicas.

De facto, responder às múltiplas exigências da pessoa em fim de vida e família no serviço de urgência, transcende a lógica e o racionalismo, a solução encontra-se nos cuidados paliativos, cujo objetivo é oferecer cuidados ativos e organizados. Neste sentido, tendo como propósito contribuir para a humanização dos cuidados à Pessoa em fim de vida no serviço de urgência, colocamos a seguinte Questão de Investigação: *Quais as abordagens terapêuticas priorizadas pelos Profissionais de Saúde, perante a Pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência?* com o **Objetivo Geral:** *Conhecer as abordagens terapêuticas priorizadas pelos Profissionais de Saúde, perante a Pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência.*

Metodologia: abordagem qualitativa, estudo exploratório-descritivo, utilizando a entrevista semiestruturada dirigida a enfermeiros e médicos a desenvolver funções num serviço de urgência de um hospital da região Norte de Portugal, para a recolha de dados. Utilizamos a análise de conteúdo segundo Bardin (2011), como procedimento para a análise dos dados. Os procedimentos ético-moral foram respeitados.

Principais Resultados: verificamos que os participantes do estudo conceptualizam os cuidados paliativos, como cuidados que tem o objetivo de promover a qualidade de vida, o conforto, a relação, o controlo sintomático, a dignidade e o alívio do sofrimento. Imperando no serviço de urgência modelos de cuidados essencialmente biomédicos centrados na cura e ritmos de trabalho acelerados, constatou-se que a maioria dos participantes considera ser possível prestar cuidados paliativos no serviço de urgência, se existir uma aposta na formação, na sensibilização dos profissionais de saúde, maiores rácios humanos, melhores condições arquitetónicas e mais recursos materiais. Entendem

como cuidados prioritários para a pessoa em fim de vida no serviço de urgência o alívio sintomático; medidas de conforto; companhia; comunicação com a família, privacidade e responder às necessidades efetivas daquela pessoa.

Verificamos ainda, que existe uma variabilidade de motivos que conduz à adoção de estratégias terapêuticas de âmbito curativo, nomeadamente: a dificuldade em assumir e lidar com o processo de morrer e o défice de formação em cuidados paliativos.

Preservar a dignidade da pessoa impõe abordagens que envolvam a dimensão não só biológica, como social, cultural, emocional, espiritual, bem como, a existência de espaços que permitam a privacidade e a existência de um trabalho em equipa de parceria.

Conclusão: A filosofia e o modelo de organização do serviço de urgência, dificultam cuidar da multidimensionalidade da pessoa em fim de vida. Contudo os profissionais de saúde consideram que é necessário existir mudanças na forma de cuidar e que é possível prestar cuidados paliativos num serviço de urgência desde que se aposte na formação em cuidados paliativos e que o enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica seja o assessor dos outros profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Pessoa em fim de vida, cuidar, profissionais de saúde, serviço de urgência.

ABSTRACT

Our society defends what is beautiful, hides what is ugly, believes youth is eternal and that we can beat death. Therefore, there is little room for death, for grieving and for everything that relates to dependency states. This refusal by our current society to accept death “pushes” people experiencing their last stage of life to the hospital, with the emergency department being their point of entry.

The emergency service, based on a healing perspective, the mission of which consists in providing healthcare during emergency situations and medical emergencies, is increasingly confronted with people who are in end-of-life processes and who require healthcare professionals to change their philosophy of care, but they are not always prepared for this change/innovation in their clinical practices.

In fact, answering to the multiple demands of people at the end of life and relatives in the emergency department transcends logic and rationalism and the solution may be found in palliative care, the objective of which is to provide active and organised care. In this sense, with the purpose of contributing for the humanisation of the care provided to the Person at the end of life in the emergency department, the following Research Question was asked: *Which therapeutic approaches are prioritised by Healthcare Professionals dealing with the Person at the end of life in an emergency context?* This had the **General Goal** of *Becoming Familiar with the therapeutic approaches prioritised by Healthcare Professionals dealing with the Person at the end of life in an emergency context.*

Methodology: qualitative approach, exploratory-descriptive study, using a semi-structured interview directed to nurses and physicians working in the emergency department of a hospital in the northern region of Portugal, for the collection of data. Content analysis according to Bardin (2011) was used as a procedure for data analysis. Ethical-moral procedures have been respected.

Main Results: it was observed that participants in this study conceptualise palliative care as having the objective of *promoting quality of life, comfort, relationships, control of symptoms, dignity and relief of suffering.* With essentially biomedical care models focused on healing and accelerated work rhythms, one found that the majority of participants considered it possible to provide palliative care in the emergency department, if there is a focus on training, awareness raising among health professionals, higher human capital ratios, better architectural conditions and more material resources. They understand as priority care to the person at the end of life in the emergency department symptomatic

relief, comfort measures, company, communication with the family, privacy and answer to that person's effective needs.

It was also verified that there are multiple reasons behind the adoption of healing therapeutic, particularly the difficulty in assuming and dealing with the process of dying and lack of training in palliative care.

Preserving the person's dignity calls for approaches that encompass not only the biological dimension, but also social, cultural, emotional, and spiritual aspects, as well as the existence of spaces that allowed for privacy and the existence of a partnership team work.

Conclusion: The philosophy and its organisation model hinder the provision of care for the multidimensional aspect of the person at the end of life. Healthcare professionals, nevertheless, consider it necessary to enforce changes in the way of caring and that it is possible to provide palliative care in an emergency department provided that there is a focus on training in palliative care and that the nurse specialising in Clinical Surgical Nursing is the advisor of other health professionals.

Keywords: People at the end of life, care, healthcare professionals, emergency department.

AGRADECIMENTOS

Por mais longa e sinuosa que seja a caminhada, o mais importante é dar o primeiro passo.

A realização desta dissertação só foi possível graças à disponibilidade de um conjunto de pessoas, às quais quero deixar um profundo reconhecimento e agradecimento por me acompanharem nesta caminhada, a todos um grande bem hajam.

O meu sincero agradecimento à minha orientadora de dissertação, **Senhora Professora Doutora Manuela Cerqueira**, obrigada por tudo...pelo entusiasmo, motivação, dedicação, paciência e tempo dispensado. Pessoa admirável, inculcando aos seus alunos a tranquilidade, amabilidade e simpatia que a caracterizam. Muito Obrigada por TUDO.

Agradeço a todos os médicos e enfermeiros que prontamente se voluntariaram a dar o seu contributo para que este estudo fosse concretizável, fornecendo testemunhos valiosos, com o objetivo de contribuir para a humanização dos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.

A todos os Profissionais de Saúde do Serviço de Urgência o meu obrigado, não podendo deixar de mencionar a Enfermeira Chefe, Enfermeira Teresa Cruz, pelo incentivo, disponibilidade, tendo sempre uma palavra de apreço e preocupação.

Ao Centro Hospitalar do Porto pela disponibilidade para a realização do estudo.

Aos meus amigos, obrigada, pelas palavras calorosas de incentivo e motivação.

Aos **Meus Pais**, não tenho palavras para conseguir exprimir o meu agradecimento, obrigado pelo carinho, disponibilidade, presença contínua e preocupação. Acima de tudo obrigada pelo amor que me transmitem.

A Todos o Meu Muito Obrigado!!!

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor mas lutamos para que o melhor fosse feito... Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas graças a Deus não somos o que éramos.”

Martin Luther King

ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

EAPC – European Association for Palliative Care

LCP – Liverpool Care Pathway for the Dying Patient

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

SU – Serviço de Urgência

SU's – Serviços de Urgência

VOL. - Volume

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

ABREVIATURAS E SIGLAS

SUMÁRIO

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

ÍNDICE DE TABELAS

INTRODUÇÃO.....	21
CAPÍTULO I - REFERÊNCIAS TEÓRICOS	25
1. OS CUIDADOS PALIATIVOS E O SEU IMPACTO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	27
1.1. Filosofia e Princípios dos Cuidados Paliativos	28
1.2. Dimensões Relevantes dos Cuidados Paliativos.....	32
1.3. Protocolos Hospitalares e sua utilidade na Pessoa em fim de vida	36
2. A PESSOA EM FIM DE VIDA.....	39
2.1. O Processo de Fim de Vida em Contexto Hospitalar.....	44
2.2. A Enfermagem de Urgência e o Fim de Vida	50
3. PROBLEMAS ÉTICOS PRESENTES NO CUIDAR EM FIM DE VIDA	57
CAPÍTULO II - DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA.....	65
1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO	67
2. METODOLOGIA DO ESTUDO	71
2.1. Tipo de Estudo.....	72
2.2. Contexto do Estudo.....	72
2.3. Participantes do Estudo	75
2.4. Estratégia e Instrumento de Recolha de Dados	77

2.5. Considerações Éticas	80
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	83
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	85
1.1. Significado de Pessoa em Fim de Vida na perspetiva dos Enfermeiros e Médicos do SU	91
1.2. Significado de CP na perspetiva dos Profissionais de Saúde de um SU.....	95
1.3. Opinião dos Enfermeiros e Médicos acerca da possibilidade de prestar CP à Pessoa em fim de vida no SU	98
1.4. Motivos que levam as Pessoas em fim de vida a recorrer ao SU.....	102
1.5. Intervenções prioritárias à Pessoa em fim de vida na opinião dos Enfermeiros e Médicos do SU.....	107
1.6. Dificuldades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em fim de vida no SU.....	110
1.7. Necessidades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em Fim de Vida no SU	114
1.8. Razões que levam os enfermeiros e os médicos a adotarem estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo	117
1.9. Sugestões dos Enfermeiros e Médicos para potenciar um fim de vida com dignidade no SU.....	123
1.10. Opinião dos enfermeiros e médicos acerca do processo de morrer com dignidade no SU	129
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	133
1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	135
1.1. Perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) acerca dos cuidados priorizados à pessoa em fim de vida no SU.....	135
1.2. Dificuldades e Necessidades sentidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na abordagem da pessoa em fim de vida no SU	142
1.3. Perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) acerca do que consideram relevante existir no SU, de forma a oferecer cuidados que dignifiquem a pessoa em fim de vida.....	146
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	151

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
ANEXOS.....	167
ANEXO I - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO	169
ANEXO II – DECLARAÇÃO CONSENTIMENTO INFORMADO	175
APÊNDICES.....	181
APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	183
APÊNDICE II – EXEMPLAR DE UMA ENTREVISTA	187
APÊNDICE III – GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	195

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 - Significado de Pessoa em Fim de Vida na perspetiva dos Enfermeiros e Médicos do SU.	92
Diagrama 2 - Significado de CP na perspetiva dos Profissionais de Saúde de um SU.	96
Diagrama 3 - Opinião dos Enfermeiros e Médicos acerca da possibilidade de prestar CP à Pessoa em fim de vida no SU.	99
Diagrama 4 - Motivos que levam as Pessoas em fim de vida a recorrer ao SU.	103
Diagrama 5 - Intervenções prioritárias à Pessoa em fim de vida na opinião dos Enfermeiros e Médicos do SU.	107
Diagrama 6 - Dificuldades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em fim de vida no SU.	111
Diagrama 7 - Necessidades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em fim de vida no SU.	115
Diagrama 8 - Razões que levam os enfermeiros e os médicos a adotarem estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo.	117
Diagrama 9 - Sugestões dos Enfermeiros e Médicos para potenciar um fim de vida com dignidade no SU.	123
Diagrama 10 - Opinião dos enfermeiros e médicos acerca do processo de morrer com dignidade no SU.	129

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Triagem de Manchester.	74
Tabela 2 - Caracterização do perfil dos profissionais de saúde – Médicos e Enfermeiros.	76
Tabela 3 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias que emergiram das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde, relativas à pessoa em fim de vida no SU.	85

INTRODUÇÃO

O modo como a morte é encarada a nível individual e social, para além de representar algo de misterioso, tem ao longo dos tempos diferido entre as diversas culturas. Até à primeira guerra mundial, a morte era considerada um acontecimento social que envolvia a comunidade. Nos dias de hoje, a morte já não tem o mesmo carácter social, procurando-se que ela passe despercebida. O medo da morte e a sua negação é efetivamente uma realidade atual, para a qual a ciência, as religiões e doutrinas filosóficas procuram encontrar respostas, na tentativa de suavizar a angústia, acalmar a ansiedade e compensar a dor.

Apesar do poder racional que foi confiado à nossa espécie, o facto de sabermos que o nosso fim chegará um dia, é algo que procuramos expurgar do nosso pensamento. O aumento da expectativa de vida, a evolução social e científica, tem colocado a morte como algo a “abater”. Assim, o hospital é considerado por Moita Flores (1994) como um “*centro reprodutor da vida*”, passando na sociedade contemporânea a ser o lugar para a morte.

Cada vez mais, os profissionais de saúde se deparam com a necessidade de cuidar de pessoas em processo de morrer, com pluropatologias e com doenças irreversíveis, para o qual se sentem pouco preparados, ficando o processo de morrer a acontecer de forma impessoal, mecanizada e assético. Áries (2010) referia que o doente fica privado dos seus direitos e particularmente do direito de conhecer a sua morte, de a preparar e organizar.

Tornar o processo de fim de vida digno é imprescindível, conforme defende Cicely Saunders, pioneira na defesa dos cuidados centrados no doente e família, e fundadora na década de 60 do primeiro *Hospice*, um local especializado onde os doentes poderiam acabar os seus dias de modo mais humano, contribuindo de modo significativo para o desenvolvimento dos cuidados paliativos (CP). É fundamental que os profissionais de saúde prestem cuidados ativos, integrais e focados na multidimensionalidade da pessoa (APCP (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos), 2006).

O fundamento essencial do agir em Saúde é o respeito pela pessoa e pela sua dignidade, considerando-a única na sua relação. No processo de acompanhamento, o profissional de saúde exerce a sua autonomia, toma decisões livres, baseadas no seu sentido ético-deontológico, com o objetivo de proteger e defender as pessoas, respeitando a sua vida e a sua morte se for o caso (Deodato, 2010). Nesta nobre função de cuidar, cabe ao enfermeiro, refletir, questionar e agir de acordo com a sua «leges-artis». Assim,

independentemente do local onde se encontra o doente em fim de vida, é dever dos profissionais de saúde, respeitar, proporcionando-lhe um fim de vida digno.

Enfatizamos, que cuidar de doentes sem perspectiva de cura é também função dos serviços de urgência (SU's), devendo o enfermeiro ser o elemento de ligação na equipa interdisciplinar, porque é o profissional mais próximo do doente e família. Segundo, Sapeta (2011, p.24) “...é a enfermeira a que permanece mais tempo, demonstra maior proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes em fim de vida...”.

Na realidade, verificamos que os profissionais de saúde se deparam com exigências institucionais modeladas por normas, com valores orientados para a cura e com ritmos de trabalho excessivos que não promovem modelos de cuidados centrados na pessoa em fim de vida. Cuidar num serviço de urgência (SU) de um hospital de agudos, do doente em fim de vida, é difícil, porque o modelo de cuidado instituído centra-se no modelo biomédico, sendo deste modo, a dimensão biológica é o foco dos cuidados. Cerqueira (2010, p.30) refere que, “ o hospital é um mundo hostil, os ambientes hospitalares são desconhecidos, despersonalizados e como tal, são percebidos como ameaçadores.”

Surge assim, o apelo à enfermagem, na medida em que, se tem vindo a assumir com um cariz diferenciado e complexo, exigindo aos enfermeiros que estejam dotados de competências mais específicas e complexas para responder á multidimensionalidade da pessoa doente e em fim de vida.

Assim, o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica será aquele que poderá ajudar na mudança/ inovação dos contextos, uma vez que de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009) o doente crítico é o alvo de intervenção dos enfermeiros de Enfermagem Médico-cirúrgica, sendo esta especialidade, dirigida à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passíveis de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

Consciencializados desta realidade, onde a vida e a morte se cruzam, onde a capacidade de artificialização da vida e de prolongar o sofrimento é uma consequência inerente ao nosso cuidar, surge o interesse da nossa pesquisa: **A Pessoa em Fim de Vida no Serviço de Urgência: Abordagem dos Profissionais de Saúde.**

Tendo por base estes pressupostos enunciamos a Questão de Investigação: **Quais as abordagens terapêuticas priorizadas pelos Profissionais de Saúde, perante a Pessoa em Fim de Vida no Serviço de Urgência?** com o Objetivo Geral: **Conhecer as abordagens terapêuticas priorizadas pelos Profissionais de Saúde, perante a**

Pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência, tendo como propósito contribuir para a humanização dos cuidados à Pessoa em fim de vida no SU.

Perante esta realidade, propomo-nos a esclarecer as seguintes Questões Orientadoras, que vão ao encontro do objetivo anteriormente exposto:

- Qual a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), acerca dos cuidados prioritizados à pessoa em fim de vida no SU?
- Quais as necessidades e as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na abordagem da pessoa em fim de vida no SU?
- Qual a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), acerca do que consideram relevante existir no SU, de forma a oferecer cuidados que dignifiquem a Pessoa em fim de vida?

Neste sentido colocamos como Objetivos Específicos:

- Analisar a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) acerca dos cuidados prioritizados à pessoa em fim de vida no SU;
- Identificar as necessidades e as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na abordagem da pessoa em fim de vida no SU;
- Analisar a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), acerca do que consideram relevante existir no SU, de forma a oferecer cuidados que dignifiquem a Pessoa em fim de vida.

O presente estudo assenta no paradigma qualitativo, recorrendo ao estudo exploratório descritivo, é dirigido a profissionais de saúde que exercem funções no SU de um Hospital da zona Norte do país.

Foi desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica, e será apresentado em quatro capítulos, que pensamos ser o modo de concretizar um documento de fácil acesso, compreensão e utilidade científica.

O primeiro capítulo refere-se aos **referenciais teóricos** do estudo, onde é contextualizada a Pessoa em fim de vida em contexto de SU, abordados temas como: **CP e o seu impacto nas organizações de saúde, filosofia e princípios dos CP, dimensões relevantes do CP, protocolos hospitalares e a sua utilidade na pessoa em fim de vida, a pessoa em fim de vida, o processo de fim de vida em contexto hospitalar, a enfermagem de urgência e o fim de vida**, e por último os **problemas éticos no cuidar em fim de vida**.

Nos três últimos capítulos, apresentamos a **investigação empírica**, onde expomos a **problemática e os objetivos do estudo**, a **metodologia adotada**, a **caracterização do contexto do estudo**, os **participantes**, a **apresentação e discussão dos resultados**.

Por último, apresentamos **as conclusões e implicações do estudo**.

CAPÍTULO I - REFERÊNCIAS TEÓRICOS

1. OS CUIDADOS PALIATIVOS E O SEU IMPACTO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A Medicina atravessou modificações significativas ao longo do Século XX, os avanços na prática médica, têm originado melhorias significativas na saúde, tornando cada vez mais raros os casos de morte natural. Se, por um lado, esses avanços têm proporcionado uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, principalmente nas sociedades desenvolvidas (que as conduzem a uma progressiva diminuição da mortalidade), por outro, essa sobrevida maior decorre muitas vezes do prolongamento desnecessário e de tratamentos injustificáveis, adotando medidas como a obstinação terapêutica (Melo, Caponero, 2009).

Esse prolongamento exagerado no tempo de vida da pessoa e conseqüentemente o aumento das doenças crônicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, tem tido grande impacto nas organizações de saúde de forma crescente, forçando à sua (re)estruturação para a adoção de novas formas de cuidar. Deste modo, os CP ganham uma importância crescente, na medida em que, estes são cuidados ativos e totais dirigidos à pessoa sem perspectiva de cura e família.

O vocábulo paliativo provém de *pallium*, palavra latina, que significa manto, capa, que forneceu uma importante imagem para os CP: um manto protetor e acolhedor, que abrigaria o que está subjacente, nesse caso, os sintomas relativos à progressão da doença (Melo, Caponero, 2009). Assim, a sua missão consiste em ajudar a pessoa a viver até ao fim da sua vida, de uma forma ativa, valorizando as suas necessidades.

Santos [et al] (2014), salienta, que perante a filosofia dos CP, a assistência à pessoa que se encontra a experienciar a última etapa da vida, visa a compreensão das suas necessidades, considerando a integralidade da pessoa humana, uma vez que tal cuidado procura ir além da doença e da cura. Sendo os CP, oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, vem alterar efetivamente a intencionalidade das intervenções dos profissionais de saúde, que deixam exclusivamente de se centrar na cura, para ajudar a pessoa a encontrar um sentido de vida. Chama a atenção Jakobsson [et al] (2006), que os CP estão cada vez mais estruturados, mais ativos e mais vivos dentro do sistema de cuidados de saúde.

Torna-se importante referir, que os CP tiveram a sua origem no movimento moderno *hospice*, proposto por *Cicely Mary Stode Saunders* (enfermeira, assistente social e médica) e seus colaboradores na década de sessenta do século XX, na qual fundaram o

Hospital *Saint Christopher's Hospice*, em Londres, que incluiu cuidados médicos na prestação de cuidados aos doentes incuráveis. Desta forma, foram responsáveis pela difusão dessa nova filosofia do cuidar no mundo, que tem por base dois elementos efetivos, o controlo efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos em fase avançada das doenças e os cuidados que abrangem a dimensão psicológica, social e espiritual do doente e família (Santos, 2011). Este movimento estendeu-se ao Canada, Estados Unidos e no último quartelão do século XX à restante Europa (Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006). Atualmente, existe em praticamente todo o mundo, embora com estádios de desenvolvimento diferentes.

Desta forma, vale apenas salientar a filosofia e os princípios dos CP de forma a se entender esta nova abordagem terapêutica, que se direciona para a qualidade de vida da pessoa em fim de vida.

1.1. Filosofia e Princípios dos Cuidados Paliativos

Os CP constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar. Assim, têm como princípios básicos: afirmar a vida, aceitar a morte como um processo natural, não adiar nem prolongar a vida para além do necessário, alívio da dor e de outros sintomas; suporte à pessoa para que possa viver o mais ativamente possível os dias que lhe resta, ajuda e acompanhamento no processo de luto (Silva, Hortale, 2006).

É importante referir, que os CP defendem de uma abordagem interdisciplinar para proporcionar uma assistência harmónica e convergente à pessoa sem possibilidade de cura e sua família (Andrade [et al.], 2012). Esse tipo de abordagem, integral e humanizada, só é plausível quando os profissionais de saúde aplicam uma comunicação efetiva.

O plano estratégico para o desenvolvimento dos CP - biénio 2017/2018, e de acordo com a lei de Bases dos cuidados paliativos (2012), define CP como:

“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 no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (p.7).

Desta forma, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), os CP são cuidados holísticos com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos doentes com problemas associados a doenças potencialmente fatais e a sua família, recorrendo a prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos diversos problemas, sejam eles físicos, psicológicos, sociais ou espirituais. Os CP são cuidados intensivos de conforto.

De acordo com a APCP (2006), os cuidados paliativos definem-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e às suas famílias. São cuidados de saúde ativos e rigorosos que combinam ciência e humanismo.

Ao longo da prática médica é fundamental *“nunca esquecer que a pessoa é o verdadeiro centro de atenção e que cuidar implica sempre interrogamo-nos se o que é cientificamente possível é eticamente correto”* (Pacheco, 2004, p.17). O cuidar assume assim, uma posição de realce em detrimento do tratar. Assenta, em princípios científicos rigorosos, com base nas necessidades dos doentes/ famílias para uma sólida humanização dos cuidados. Assim os CP, são cuidados de saúde especializados dirigidos para pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, qualquer que seja a sua idade, diagnóstico ou estadio da doença, prestados de forma multidimensional e sistemática por uma equipa multidisciplinar, cuja tomada de decisões é baseada na ética clínica (APCP, 2006).

De acordo com a OMS (2002), os CP:

- Promovem o alívio da dor e de outros sintomas disruptivos;
- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural;
- Integram os aspetos psicológicos e espirituais do doente no cuidar;
- Ajudam o doente a viver tão ativamente quanto possível até à morte;
- Ajudam a família a lidar com a doença e acompanham-na no luto;
- Trabalham em equipa para atender às necessidades dos doentes e suas famílias, incluindo seguimento no luto;
- Promovem a qualidade de vida e podem influir positivamente o curso da doença;

- Podem intervir precocemente no curso da doença, em simultâneo com tratamentos que têm por objetivo prolongar a vida, como por exemplo a quimioterapia ou a radioterapia e quando necessário recorrem a exames para melhor compreender e tratar os problemas do doente.

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP - biénio 2017/2018, salienta que os CP, são reconhecidos internacionalmente que, quando aplicados precocemente, trazem benefícios para os doentes e suas famílias, diminuindo os sintomas vividos por estes doentes e a sobrecarga dos familiares. Para além disso, os CP diminuem os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade terapêutica, o recurso aos SU's e aos cuidados intensivos e, conseqüentemente, diminuem os custos em saúde.

Assim, a EAPC (European Association for Paliative Care) defende que se deve considerar pelo menos dois níveis de cuidados: A abordagem paliativa e os CP especializados.

Abordagem Paliativa é utilizada nos serviços onde ocasionalmente são tratados doentes com necessidades paliativas e é definida no plano estratégico para o desenvolvimento dos CP - biénio 2017/2018, como sendo uma abordagem a que todos os profissionais de saúde durante a sua formação deviam ter acesso, desta forma engloba e:

“Integra métodos e procedimentos usados em CP (medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas, estratégias de comunicação...), no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP. Deve estar presente em todo o sistema de saúde, pelo que todos os profissionais de saúde devem terminar o curso com formação básica em CP, sendo capazes de identificar e tratar precocemente os doentes com necessidades de foro paliativo e encaminhar os casos complexos para outro nível de diferenciação (p.8)”.

Também de acordo com o plano estratégico para o desenvolvimento dos CP - biénio 2017/2018, os CP especializados são prestados por equipas multidisciplinares próprias, com competências especializadas, focadas na otimização da qualidade de vida dos doentes, são cuidados:

“Prestados por recursos especializados de CP, nos quais os profissionais exercem as seguintes funções: acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação; articulação com as Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos CP. Estes profissionais devem ter formação avançada em CP (pós-graduação e/ou mestrado), com estágio em Unidades/Equipas devidamente certificadas para o efeito” (p.8).

No entanto, em alguns países este modelo de dois níveis foi subdividido em três ou mesmo quatro níveis, acrescentando os CP generalistas e os centros de excelência aos já mencionados.

O PNCP 2004-2010 (Plano Nacional de Cuidados Paliativos), da Direção Geral de Saúde (DGS), identifica os CP como uma área prioritária de intervenção, referindo diversos princípios da sua prática que refletem a sua essência e que devem ser tidos em consideração na prática do cuidar:

- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural;
- Encaram a doença como causa de sofrimento a minorar;
- Consideram que o doente vale por quem e que vale até ao fim;
- Reconhecem e aceitam em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- Consideram que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- Consideram que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- Assentam na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipam nem atrasam a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- Abordam de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual;
- São baseados no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- Centram-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- Só são prestados quando o doente e a família os aceitam;
- Respeitam o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- São baseados na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Assim, também o plano estratégico para o desenvolvimento dos CP- biénio 2017/2018 descreve segundo a EAPC as competências centrais que os profissionais de saúde envolvidos nos CP devem adquirir:

- Aplicar os princípios gerais dos CP em qualquer contexto de cuidados onde o doente e a família se encontrem e onde a atuação está muito para além de investigações de diagnóstico e cura, pois o doente existe para ser considerado, cuidado e tratado de forma global;
- Promover o conforto físico ao longo da trajetória de doença, aliviando o sofrimento (dor e outros sintomas) com medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Responder às necessidades psicológicas, sociais e espirituais do doente e família, adequando os cuidados instituídos consoante as necessidades individuais e tendo em conta os desejos e valores de cada doente e família;
- Responder às necessidades dos familiares e/ou cuidadores informais do doente relacionadas com os objetivos de cuidados a curto, médio e longo prazos;
- Responder aos desafios clínicos e processos de tomada de decisão ética em CP;
- Exercer uma coordenação/liderança de cuidados de cariz compreensivo e interdisciplinar em qualquer contexto onde sejam prestados CP;
- Desenvolver competências de comunicação e de relação interpessoais;
- Promover a autoconsciência e o desenvolvimento profissional contínuos, com reflexão sobre a própria atitude em relação à doença, morte e luto.

Em concordância com os aspetos anteriores, Neto (2010) menciona quatro áreas fundamentais para a aplicação de CP, nomeadamente: o controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio a família e trabalho em equipa. Estas quatro áreas são de igual importância e servem como instrumentos básicos para a aplicação dos CP, acrescentando ainda, as mudanças organizativas para que seja possível um trabalho interdisciplinar e uma adaptação flexível às necessidades dos doentes.

1.2. Dimensões Relevantes dos Cuidados Paliativos

Como temos vindo a referir, os cuidados paliativos são oferecidos com base nas necessidades da pessoa em fim de vida e família. Neste sentido, para atingir este objetivo, é fundamental que os profissionais de saúde atendam aos “componentes essenciais dos CP: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio a família; o apoio durante o luto; e a interdisciplinaridade” (PNCP, 2004 - 2010).

No que se refere, à gestão dos sintomas, é importante entender que os sintomas podem variar de acordo com a origem da doença, sendo que os sintomas respiratórios e o delírio assumem na agonia maior relevância em detrimento da dor. Nos últimos três dias de vida a confusão (55%), respiração ruidosa/ estertor (45%), agitação (43%), dor (26%), dispneia (25%), náuseas e vômitos (14%), são os sintomas mais evidentes (Neto, 2010).

Os sintomas são complexos e carecem de uma avaliação rigorosa e tão objetiva quanto possível (Barbosa e Neto, 2006). Se o que se pretende através do controlo sintomático é um maior nível de conforto, é fundamental que este esteja monitorizado pelo que a avaliação regular de sintomas é valiosa na definição de metas terapêuticas e na avaliação da resposta a intervenções específicas.

Segundo Neto (2010), os procedimentos clínicos na medicina paliativa são os mesmos da prática clínica em geral, no entanto, o objetivo são o bem-estar e o conforto do doente. O controlo de sintomas consiste em saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem no decorrer da doença e que tem repercussões diretas no bem-estar do doente, sendo um dos objetivos básicos dos CP.

Em CP estão incluídos os tratamentos não curativos na base de proporcionar conforto, devem ser práticos e pouco agressivos. Após a implementação de um plano terapêutico é fundamental a monitorização e o ajuste da medicação, pela ocorrência de efeitos secundários indesejáveis, como pela progressão da doença com a possível exacerbação dos sintomas ou o surgimento de novos que devem ser controlados precoce e rapidamente. Segundo Veiga [et al.] (2009), as principais intervenções terapêuticas estão relacionadas com a administração de terapêutica, os enfermeiros segundo este autor referem o alívio de sintomas como uma das intervenções que tem mais razão de ser no SU.

A via preferencial de administração de fármacos, em CP, é a via oral, pelo que, se funcional, deve manter-se. Contudo, a incapacidade de deglutição da maioria dos doentes agónicos conduz à seleção de uma via alternativa. A via de eleição nestes doentes é a via subcutânea (Marques [et al.], 2005). A sua biodisponibilidade é sobreponível à da via endovenosa, com índice de absorção semelhante ao da via intramuscular.

De acordo com vários estudos, entre 60 a 80% dos doentes mantêm o reflexo da deglutição até ao final, pelo que a via oral continuará a ser de primeira escolha. Existem algumas experiências com a administração de opióides por via rectal mas não existe ainda evidência científica (Barbosa e Neto, 2006).

A via subcutânea permite a administração de fármacos, ou a hidratação através da hipodermoclise. A hipodermoclise demonstrou ser um método subcutâneo cómodo de

administração de soros ou fármacos nos doentes agónicos. Em Portugal, apresenta ainda utilização escassa em CP (Marques [et al.], 2005).

Na fase de Agonia não deverão iniciados dispositivos transdérmicos, pois, apesar de confortáveis, devido à sua absorção errática e início de ação lento são pouco apropriados para o controlo da exacerbação dos sintomas (Lopes, 2014).

Para minimizar o risco de interações com os fármacos utilizados na agonia, é importante proceder-se à descontinuação de terapêutica desnecessária, nomeadamente a insulina, antidiabéticos orais, diuréticos, antiarrítmicos, heparina, antibióticos, antidepressivos, laxantes, broncodilatadores, entre outros (Lepine & Pazos, 2007).

Devem suprimir-se quaisquer medidas que provoquem desconforto, como exames complementares de diagnóstico, acessos invasivos, monitorização dos sinais vitais, e outros procedimentos desnecessários como as mobilizações excessivas (Ellershaw e Wilkinson, 2003).

Tendo em conta o carácter complexo desta situação clínica é necessária uma abordagem interdisciplinar, associando profissionais com formação e treinos diferenciados. Todos estes profissionais necessitam de formação específica e de uma constante atualização de conhecimentos (APCP, 2006).

Neste sentido, os profissionais de saúde desempenham um papel preponderante no processo de cuidar, quer assegurando um controlo de sintomas adequado, quer preparando o doente e a família para este momento. É na equipa que a família procura orientação sobre o que está a acontecer e sobre o que deve esperar. É importante que a equipa seja flexível para se conseguir adaptar à grande diversidade de necessidades expressas por cada doente e sua família (Neto, 2010).

Como já referimos, a comunicação efetiva é uma das dimensões e modalidades básicas dos CP, é um processo essencial nas relações humanas, por se estabelecer como um meio de suma relevância nas relações de trabalho dos profissionais da área da saúde e também envolver os pacientes e os seus familiares, indispensável para uma correta adequação às necessidades da pessoa e família. Querido [et al.] (2006, p. 377) refere que “a comunicação é um dos pilares em CP, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal”. Também, para Moritz, (2007) a comunicação é imprescindível para que se possa obter uma assistência pautada na humanização. Também Hudson [et al.] (2008), defende que a comunicação efetiva entre a pessoa doente, a família e os profissionais de saúde, é uma parte integrante da otimização dos CP.

A família assume um papel preponderante, nesta fase da vida da Pessoa, durante todo o processo de doença e após estabelecida uma fase terminal em que o prognóstico é muito reservado e rapidamente a morte se aproxima, gerando-se o processo de luto interior.

A presença de doença no seio familiar, abala a harmonia familiar. A família confronta-se com um turbilhão de emoções e sentimentos que se relacionam, com o diagnóstico, com o prognóstico e com os cuidados que terá de fornecer. Efetivamente, para os familiares e nomeadamente para o cuidador enfrentar a fase final de vida de alguém que se ama, ter conhecimento do diagnóstico da doença, e a certeza que a morte irá surgir tem um impacto muito doloroso na família, agravado pelos medos e sentimentos que vão experienciando ao longo de todo o processo de doença (Pacheco, 2014).

O conceito de família apresenta-se com contornos pouco precisos, em que o critério de parentesco atinge vários graus e em cada cultura se estabelece um ponto de clivagem entre os que lhe pertencem e os que não pertencem (Silva, 2006). Também ao nível da Enfermagem e segundo a CIPE Versão 2.0 (2011, p.115) a família é um *“Grupo: unidade social ou um todo coletivo, composta por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”*

Assim, a família deve estar envolvida na prestação dos cuidados, tendo muitas vezes até de ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o período de luto. A família tem um papel fundamental no apoio aos doentes terminais, uma vez que é efetivamente significativa para estes, e sofre também o impacto desta doença (Neto, 2010).

Desta forma hoje em dia, a Enfermagem convida as famílias a voltar a participar no cuidado de saúde e reconhece a família como objeto da sua intervenção. Cuidar da família é uma das suas funções principais possibilitando tratar das necessidades de saúde da unidade familiar e de cada um dos seus membros individualmente.

O processo de morte ou perda constitui uma situação de carácter único que pode desencadear reações e problemas reais ou potenciais em qualquer dinâmica familiar. Assim, a CIPE Versão 2.0 (2011, p. 61) define como luto familiar:

“Processo de Luto: Experienciado pela família após a perda de um ente querido ou de algum bem material ou imaterial, com manifestação de sofrimento acompanhado por sintomas físicos e emocionais em mais do que um membro da família, ambiente

familiar de luto e sofrimento, tristeza partilhada e desorganização temporária das rotinas familiares.”

Para Vaz e Campos (2003), a morte constitui um acontecimento de vida, indutor de elevados níveis de stresse. Os membros da família partilham do medo da morte do doente, da dor e receiam não saber lidar com a situação. É assim, que se altera o equilíbrio da família como unidade sistémica.

Também Cerqueira (2005) refere que, quando a família é confrontada com a doença de um dos seus familiares, todos os elementos que a constituem vão sofrer de ansiedade e stresse, preocupando-se com a gravidade da doença, o sofrimento e com a possibilidade de morte. Assim, a equipa de saúde deve entender que é de extrema importância que se avalie as necessidades efetivas daquela família que está a vivenciar a última etapa da vida do seu ente querido, ou seja tem que considerar o doente e família como uma unidade de cuidados.

Conforme chama a atenção Santiesteban (2002), olhar para a família como alguém que precisa de atenção, facilita a comunicação, a partilha de informação, assim como, identificar aspetos que a família necessita para conseguir prestar cuidados, diminui o grau de dependência em relação à equipa de saúde, permite fixar objetivos realistas e elaborar um plano de cuidados contextualizado, evita as crises de claudicação familiar, facilita a resolução de conflitos e dilemas éticos relacionados com a doença; facilita o reconhecimento da responsabilidade de cada membro.

Considerando o luto uma situação de crise, uma condição stressora que vai exigir esforço de confronto, uma resposta da família para enfrentar este problema ameaçador pode exigir a adoção de mecanismos de *coping* (Pereira, 2008). Os Profissionais de saúde, para levar as pessoas a ultrapassar de forma positiva a transição que estão a viver, deve desenvolver intervenções terapêuticas baseadas nos mecanismos de coping, para que esta transição seja vivenciada o mais saudável possível.

1.3. Protocolos Hospitalares e sua utilidade na Pessoa em fim de vida

Os protocolos são uma ferramenta que pode servir de apoio na tomada de decisões sobre os cuidados na fase de agonia. O *Liverpool Care Pathway for the Dying Patient* (LCP) é um documento multiprofissional que incorpora evidências da prática baseada na evidência e orientações adequadas relacionadas com o cuidado a doentes agónicos. O

LCP surge com o objetivo de uniformizar os cuidados na fase de agonia, independentemente do local onde o doente vive os seus últimos dias de vida (Ellersahw, Wilkinson 2003).

Segundo o LCP, o diagnóstico de agonia é feito na presença de pelo menos duas das seguintes situações: doente alectuado, doente incapaz de deglutir comprimidos, doente apenas capaz de ingerir pequenas porções de água, doente em estado comatoso.

O LCP não é um tratamento mas sim um modelo de cuidados com guias orientadoras relativamente a aspetos chave no cuidado ao doente em fim de vida, nomeadamente: controlo de sintomas, medidas de conforto, prescrição de terapêutica em dose de resgate para prevenir sintomas específicos, suspensão de intervenções inúteis, apoio psicológico e espiritual e cuidado à família. Facilita ainda a documentação dos resultados obtidos e promove a prática reflexiva.

As características que definem o LCP incluem cinco elementos chave:

- Declaração explícita de metas, objetivos e elementos essenciais baseados em evidências (um modelo de boas práticas);
- A comunicação entre os membros da equipa e doente/familiares ou cuidadores é facilitada;
- Coordenação do processo de cuidar através da coordenação das funções e sequenciamento das atividades da equipa multidisciplinar, doente/familiares;
- Controlo da documentação e avaliação das variações e dos resultados;
- Identificação dos recursos necessários.

Os protocolos hospitalares têm por base uma decisão tomada em equipa com o objetivo de estabelecer *guidelines* para um grupo específico de doentes. Têm como principal vantagem facilitar a avaliação dos resultados obtidos no sentido de permitir uma melhoria contínua dos cuidados prestados. Para além desta, existem outras vantagens como a organização do processo de cuidados, a promoção do trabalho em equipa, facilitando a comunicação entre os seus elementos; simplificação dos registos a realizar pela equipa prestadora de cuidados, facilitando a realização de trabalhos de investigação, entre outras vantagens (Ellershaw, Wilkinson 2003).

2. A PESSOA EM FIM DE VIDA

O aumento da incidência das doenças crónicas e a falta de recursos a nível da sociedade, conforme temos vindo a referir, tem levado a que pessoas com doença incurável vivenciem os últimos momentos de vida em contexto hospitalar e em muitos casos, num SU. Desta forma, os profissionais de saúde dos SU's confrontam-se no seu quotidiano cada vez mais com situações de processos de morrer que vão acontecer num espaço de tempo curto. Embora, se procure evitar a todo o custo a morte, muitas vezes afastá-la e escondê-la, o que é certo é que ela faz parte da vida.

Salienta Medeiros e Lustosa (2011), que efetivamente se vive mais tempo do que outrora e que o paradigma da morte se tornou assim, numa realidade distante, na qual raramente se pensa ou se procura ignorar.

São diversos os doentes que, independentemente do seu tempo de sobrevida, têm necessidade de CP. Neste grupo estão incluídos os doentes em fim de vida e os doentes agónicos, aqueles cuja sobrevida estimada é de horas ou dias, determinada com base na sintomatologia e evidência clínica. O doente em fim de vida é aquele que tem uma doença crónica sem possibilidades de cura, com agravamento dos sintomas, e cuja morte se espera que ocorra num curto espaço de tempo (Pacheco, 2014).

O doente agónico segundo Neto (2010), é todo aquele cuja sobrevida se encontra estimada em horas ou dias, sendo este prognóstico efetuado com base na sintomatologia e evidência clínica que o doente apresenta. Os últimos dias ou horas de vida são designados por período de agonia, segundo Silva (2009), os mesmos autores afirmam que nesta fase acontecem alterações clínicas e fisiológicas, com uma deterioração progressiva do estado do doente, podendo surgir novos sintomas ou verificar-se um agravamento dos sintomas existentes.

Castro (2008, p. 21), afirma que *“sempre que o doente chega à fase de fim de vida em que a doença evolui de forma progressiva, insensível ao sofrimento e ao tratamento, o recurso mais correto são os cuidados paliativos”*. Mas neste percurso, a maior e mais delicada dificuldade é reconhecer, com precisão, o momento certo de cessar o tratamento ativo e curativo e optar por um tratamento paliativo de forma exclusiva.

As características dos doentes em fim de vida são descritas por vários autores, mas salientamos a definição referida por Neto (2010), que refere que um doente em fim de vida apresenta uma doença avançada, incurável e evolutiva, com intensos problemas de saúde devido ao sofrimento associado e que em média tem uma sobrevida esperada de

três a seis meses. Deste modo, Castro (2008), define como aquele para o qual se esgotaram as possibilidades de tratamento curativo da sua doença, progredindo a mesma de forma mais ou menos rápida para a morte. A evolução do doente é normalmente progressiva e demorada, podendo passar por variações extremas, com períodos de melhoria dos sintomas, estabilização, ou períodos de exacerbação e progressão da doença. Segundo a mesma autora (p. 16),

“algumas vezes, o doente sente-se tão bem que assume a possibilidade de cura, não querendo acreditar que está doente; outras vezes a sua situação é muito instável apresentando sintomatologia exacerbada, causando estas alterações muita confusão ao doente e à família”.

Já Pacheco (2014, p.52), afirma que o doente se encontra em fim de vida, quando se verificam algum dos seguintes princípios: *“existência de uma doença crónica ou incurável de evolução progressiva, a ineficácia comprovada dos tratamentos, a esperança de vida relativamente curta e a perda da esperança de cura”.*

Os doentes terminais, habitualmente, tem múltiplos sintomas, por vezes intensos e debilitantes pelo que se torna fundamental a avaliação das suas características e frequência, de forma a serem instituídas intervenções adequadas que visem o seu controlo.

Para Emanuel [et al.] (2008), esta fase tem um significado especial para a família e pessoas significativas, dado que é o momento em que existe a consciência de que a morte se aproxima rápida e inevitavelmente, despertando sentimentos de medo, impotência e ambivalência. A fase final de vida é um tempo em que o doente e a família se confrontam com uma série de mudanças, sintomatologia em “desesperante mutação” ou “exasperante constância”, deterioração progressiva de funções, incapacidade física, dependência progressiva, correção constante de múltiplos tratamentos farmacológicos, alteração da situação laboral, social, familiar e espiritual. Pode ser considerado um tempo de rutura total com o antes, nesta fase a família requer particular atenção dos profissionais de saúde.

Passar os últimos dias em casa permite que o doente se sinta mais protegido, porque está num ambiente familiar, permitindo também que mantenha autonomia e autocontrolo sobre a sua situação. Grande parte das situações de agonia podem ser acompanhadas no domicílio, desde que com o apoio de equipas de saúde multidisciplinares treinadas nesse sentido. No entanto, existem situações que impedem que tal aconteça, sendo estes doentes transportados ao hospital (Barbosa e Neto, 2006). São elas:

- Presença de sintomas de difícil controlo (como dor, dispneia, agitação);
- Fadiga ou claudicação dos cuidadores;
- Pedido expresso do doente ou familiares, depois de devidamente ponderado com a equipa terapêutica;
- Inexistência ou inaptidão evidente dos cuidadores para prestar cuidados.

É muitas vezes necessário, na fase agónica, rever os objetivos terapêuticos e redefini-los, sendo muitas vezes necessário simplificar os cuidados, de forma a não sobrecarregar o doente, e adequar as vias de administração dos fármacos. Mantendo sempre os princípios gerais do controlo de sintomas (Twycross, 2003).

Desta forma Gonçalves (2011) refere que num doente na fase de agonia o controlo de sintomas não pode ser descurado. E que, se a dor está controlada apenas pode ser necessário ajustar os fármacos às condições do doente, nomeadamente a via de administração. Nesta fase o doente poderá não conseguir expressar-se oralmente, mas apenas pelos sinais de desconforto que demonstra e que devem ser valorizados, sendo importante a administração de doses de resgate nestes casos (Neto, 2010).

Também os sintomas respiratórios são frequentes durante a fase da agonia, nomeadamente a dispneia e a respiração ruidosa. A dispneia é dos sintomas com maior dificuldade de controlo, e deve-se ter sempre em consideração que um doente não pode morrer em asfixia pelo que se a situação for refratária aos opióides deve-se optar pela sedação. Nesta fase o doente pode não conseguir referir dispneia mas apresentar sinais de dificuldade respiratória, tais como taquipneia, adejo nasal ou tiragem respiratória onde se deve intervir de igual forma (Neto, 2010).

Santos (2011), resume-se numa sigla um conjunto de regras simples na abordagem dos doentes em situação terminal, que nos ajudarão a organizar o nosso pensamento sobre as intervenções aos doentes em fim de vida. A sigla forma a palavra inglesa HELP.

H – Representa a formação **H**umanística necessária aos enfermeiros, aos técnicos e aos médicos que tratam destes doentes: uma formação multicultural, científica, espiritual e religiosa que permita uma comunicação fácil e verdadeira com os doentes e com os que os rodeiam, qualquer que seja o seu modo de vida e a sua maneira de viver.

E – Da palavra **E**star. Estar com os doentes, estar presente na situação real, tendo os conhecimentos e tomando as atitudes corretas, dominando a tecnologia e os instrumentos adequados, tendo as equipas preparadas e entre si participativas e comunicantes. Estar também como pessoa com os doentes, acompanhando os seus semelhantes e compreendendo as situações mais difíceis e o sofrimento que lhes é inerente.

L – Da palavra **L**igação. Ligação que significa relação com verdade, humanidade, serenidade, sabendo aproveitar as oportunidades para poder transmitir as notícias e as informações de acordo com a situação e com a cultura dos doentes, tendo o benefício do doente como o principal objetivo, sabendo pedir a ajuda necessária a outras equipas e a outros técnicos quando as circunstâncias o exigirem.

P – Formação em cuidados **P**aliativos, que devem ser incluídos nos currículos da pré e da pós-graduação. Para muitos doentes o objetivo fundamental da intervenção da equipa terapêutica é aliviar o sofrimento e acompanhar as famílias. A formação em cuidados paliativos é absolutamente fundamental no exercício da Medicina e da Enfermagem, em todos os níveis de cuidados de saúde.

De acordo com a Australian National sub – acute and non – acute Patient Classification, citada por Neto (2006), podem ser descritas quatro fases paliativas, em função do estágio da doença, correspondendo a diferentes níveis de complexidade de intervenções:

- Aguda – fase de desenvolvimento inesperado de um problema ou aumento significativo na gravidade dos problemas já existentes;
- Em deterioração – fase em que ocorre um desenvolvimento gradual de problemas, sem que haja uma necessidade de uma alteração súbita, são doentes que não estão ainda na fase seguinte;
- Terminal – diz respeito à fase em que a morte está iminente, numa previsão de horas ou dias (agonia), e não se prevêem intervenções agudas;
- Estável – fase em que se incluem-se os doentes que não estão em nenhuma das fases anteriores.

Um doente em agonia apresenta, geralmente, um conjunto de alterações fisiológicas que ajudam a prever e a limitar sob o ponto de vista temporal esta fase. São exemplo:

- Deterioração evidente e progressiva do estado físico, acompanhada de oscilação do nível de consciência, alguma desorientação e dificuldades na comunicação. Este agravamento pode atingir o coma e habitualmente o doente passa a maior parte ou a totalidade do dia acamado;
- Dificuldade progressiva na ingestão e deglutição, com origem na debilidade crescente ou nas alterações do estado de consciência; desinteresse pelos alimentos (sólidos e líquidos);
- Falência de múltiplos órgãos (por exemplo, traduzida na diminuição da diurese, retenção urinária, aparecimento de edemas periféricos e farfalheira),

acompanhada por vezes da falência do controlo dos esfíncteres e de alterações da temperatura corporal e da coloração da pele (livores e cianose);

- Sintomas físicos variáveis de acordo com a patologia de base (...)
- Sintomas psico-emocionais como angústia, agitação, crises de medo ou pânico, pesadelos, manifestados de acordo com a gravidade do estado do doente;
- Evidência e/ou percepção emocional, verbalizada ou não, da realidade da proximidade da morte (Neto, 2010).

Gonçalves (2011) acrescenta ainda às alterações fisiológicas, a astenia profunda e a sonolência.

Sendo a doença incurável e progressiva, à medida que vai avançando, pode alternar períodos de estabilidade com outros de descompensação; geralmente caminha de forma inevitável para uma deterioração irreversível, para a incapacidade funcional e para a dependência geralmente total, originando necessidades específicas que podem ser vitais.

As necessidades de ordem física relacionam-se com a presença da patologia específica e, de modo geral, manifestam-se com maior intensidade à medida que a doença progride e com a falência dos mecanismos de defesa. Estando habitualmente presente, é necessário e imperioso o alívio da dor. São frequentes problemas adicionais relacionados com a higiene, a nutrição e a mobilização (Pacheco, 2014).

No que diz respeito às necessidades espirituais, Pacheco (2014) acrescenta que são frequentes as dúvidas relacionadas com o sentido da vida e da morte, pelo que, é comum as pessoas encontrarem na religião força para enfrentar a morte, como última etapa da vida. O mesmo autor refere que, as necessidades de ordem psicológica e social, geralmente, se evidenciam em consequência da progressiva tomada de consciência da irreversibilidade da doença e da proximidade da morte. As dores, a perda de autonomia, originam uma maior vulnerabilidade emocional, pelo que a pessoa tem necessidade de expressar as suas emoções e preocupações, de ser ouvida e compreendida, daí a extrema importância do apoio afetivo por parte dos que o rodeiam – família, amigos e equipa de saúde.

Segundo Moreira (2001) qualquer doente terminal, além das emoções psicológicas que experiênciam, passa por uma sucessão de respostas emocionais únicas. Cada pessoa é um ser único, irrepetível e a forma como enfrenta a proximidade da morte é também uma experiência singular, porém, dependente de uma multiplicidade de fatores: estado físico e emocional, idade, valores, expectativas de vida, suporte familiar/social e mesmo da relação com a equipa de saúde.

2.1. O Processo de Fim de Vida em Contexto Hospitalar

A morte fez sempre parte da existência de um ser vivo, contudo, este só conhece a vida, sendo a morte para ele um mistério. Mas, em cada existência individual a morte é a única certeza absoluta do domínio da vida. Assim, a reflexão sobre a morte é uma reflexão sobre a vida, não sendo possível analisar o sentido da vida sem se deparar com o sentido da morte. Podemos mesmo afirmar, que o homem não compreendeu que a primeira questão a colocar não seria a morte, mas a sua atitude para com a morte (Kovács, 2002).

É certo que o tema da morte tem acompanhado o Homem ao longo da sua existência, sendo um dos assuntos mais analisados e discutidos ao longo da história, mas onde ainda, escasseiam respostas concretas e definitivas para a sua explicação. Torna-se importante ainda reforçar, que embora seja um fenómeno natural, a morte “ (...) *é sempre um acontecimento que perturba a vida das pessoas, na medida em que, representa o desconhecido, lembra a nossa finitude, e além disso, confronta-nos com o que temos de mais certo na vida*” Pacheco (2006, p.31). Assim, o que se verifica é que a pessoa tem vindo a demonstrar receio por aquilo que não consegue dominar, e neste sentido, a morte embora seja uma realidade incontestável, o que é certo é que gera uma panóplia de sentimentos e emoções que levam a pessoa a “fugir” dela (Sequeira-Batista e Schramm, 2004).

Para Silva (2006, p. 24) a morte é “*um facto incontornável que atinge todos os seres vivos. É também evidente que nascemos diferentes e morremos de forma diferente*”. Não obstante a mortalidade ter uma base biológica, ela também tem uma base social, espiritual e cultural. Do ponto de vista biológico, pode dizer-se que a morte é um processo complexo e gradual, cujo momento exato é difícil de determinar. Clinicamente, a vida finda com a paragem cardiorrespiratória irreversível e quando já não existe atividade eletroencefalográfica, sinal que as células cessaram a sua atividade (Capelas e Neto, 2006).

Segundo a CIPE Versão 2.0 (2011, p. 62) morrer é o “*Processo corporal com as características específicas: Interrupção da vida, diminuição gradual ou súbita das funções corporais que conduz ao fim dos processos corporais de manutenção da vida*” e morrer com dignidade é:

“Processo de Morrer com as características específicas: Verbalização de alívio da dor, expressão de controlo de sintomas, participação nas decisões sobre os cuidados e tratamentos, verbalização de conforto físico, verbalização de satisfação espiritual e revisão das experiências de vida.”

Salienta-se que a morte comporta, como qualquer facto da vida humana, uma dimensão psicossocial e espiritual (Combinato e Queiroz, 2006). Ela *“não vem de fora, mas processa-se dentro da vida, com a perda progressiva da força vital. Morremos um pouco a cada minuto e um dia este processo chegará ao fim”* (Boff, 2002, p. 152).

Cientificamente é impossível trazer de novo à vida um organismo morto, a determinação do momento exato da morte também, tem sido alvo de várias discussões no meio científico. Mas, hoje com o uso da ressuscitação cardiopulmonar, da desfibrilhação, podemos em certas alturas “combater” a morte. Uma intervenção precoce e eficaz perante um doente em estado crítico, pode ser vital, prevenindo-lhe a morte (Conselho Português de Ressuscitação, 2006). Neste sentido, hoje classifica-se a morte como: morte clínica; morte cerebral, paragem cardíaca irreversível.

No decorrer da segunda metade do século XIX inicia-se a mudança do local de morte, ou seja, a morte que até então decorria no lar, passa a decorrer no hospital. Assim, na sociedade atual é cada vez mais frequente a ocorrência da morte no hospital, mesmo quando esta já é de certa forma esperada, como é o caso das pessoas com doenças terminais. Segundo Teixeira (2006), esta transposição do local da morte que outrora ocorria essencialmente em casa, no seio da família e da comunidade da pessoa, tem vindo a aumentar até aos nossos dias. *“Morre-se no hospital, símbolo da extraterritorialidade da morte”* (Medeiros e Lustosa, 2011, p. 205).

Também Oliveira (2006) refere que é frequente morrer-se no hospital, porque na realidade atual já não se morre no carinho, tranquilidade e aconchego do lar. Salienta, Medeiros e Lustosa (2011), que as pessoas morriam em casa com a participação de toda a comunidade o que as possibilitava vivenciar a morte de perto, traduzir o medo em palavras e reconhecer a sua semelhança com o outro. Com o passar dos tempos, a ciência e a tecnologia em franca expansão, a possibilidade de os doentes ficarem aos cuidados da sua família, passou a ser escassa. Ocorrendo a morte em instituições de saúde, como refere Massa (2010, p.4), *“55% das mortes ocorrem no hospital”*, criando-se a institucionalização da morte.

É importante ainda referir, que o ambiente hospitalar representa para o doente, perda da sua identidade e autonomia, além de favorecer sentimentos de solidão e abandono. O homem morre sozinho, longe de seus familiares, na solidão de um leito hospitalar (Souza [et al.], 2005). Esta realidade, tem “obrigado” as organizações de saúde a se reestruturarem para adotarem novos modelos de cuidados e como tal a disponibilizarem mais recursos para conseguirem dar resposta efetivas e com mais qualidade à pessoa em fim de vida.

O que é certo, é que os profissionais de saúde de um hospital de agudos, e sobretudo aqueles que exercem funções num SU, estão orientados para o “combate” da morte. Barbosa (2003) alerta para a mudança de atitude das sociedades perante a morte e o morrer, que conduziram na atualidade à medicalização e à mercantilização do morrer, onde o hospital se torna mais uma “oficina de tratamentos” do que um local de acolhimento. Acrescenta ainda, 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 de alheio, silencioso e solitário.

Esta recusa da morte, leva a que os profissionais de saúde olhem para o fim de vida como algo reversível, aplicando medidas que promovam a cura, investindo em tratamentos ineficazes e infrutíferos, que só acrescentam sofrimento. Tal como refere Menezes (2004, p. 33), *“com o desenvolvimento de recursos destinados à manutenção e ao prolongamento da vida, a medicina produziu uma morte em hospital, medicamente monitorizada e controlada, inconsciente, silenciosa e escondida”*. Deste modo, num ambiente onde o objetivo maior é a cura ou a prevenção da doença, cuidar de forma multidimensional e para a não cura é difícil.

O modelo biomédico muito enraizado nos SU's leva os profissionais de saúde a tomar atitudes que *“elegem o curar como prioridade, esquecendo o verdadeiro valor do cuidar, persistindo na prossecução de tratamentos visando a cura mesmo quando não existe qualquer esperança de obter a melhoria do estado do doente”* (Pacheco, 2014, p. 67).

Acompanhar uma pessoa com doença incurável, que se encontra vulnerável é para os profissionais de saúde e nomeadamente para os enfermeiros que desempenham funções em unidades de urgência, que são multidisciplinares e multiprofissionais em que sobretudo os cuidados são dirigidos para situações de urgência e emergência, um desafio, na medida em que estes profissionais necessitam de possuir habilidades e competências para prestar cuidados ativos, multidimensionais, onde o doente e família sejam considerados como uma unidade de cuidados.

Segundo a APCP (2006), nem todos os doentes que procuram os SU's 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, ou seja, a pessoa doente que recorre ao SU passa a ter outras necessidades, que passam essencialmente pelo controlo de sintomas, cuidados de conforto, melhor apoio social, e apoio contínuo à família/cuidadores.

Assim, a pessoa deve deixar de ser focada apenas como um mecanismo que falha e passar a ser entendida no seu todo, portadora de doença crónica e na maioria das vezes terminal.

Massa (2010), afirma que cerca de 10% dos episódios de urgência são de doentes que necessitam de CP. No entanto, os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, muitas vezes não estão preparados para lidar com este tipo de doente e a maioria dos SU's não possuem suporte de CP, levando conseqüentemente a um número inapropriado de intervenções, consideradas fúteis.

Corroborando com esta afirmação, e a nossa experiência profissional num SU, onde nos deparamos no nosso quotidiano com falta de consensos dentro da equipa de saúde no que se refere aos limites de intervenção, a orientação destes serviços para a cura determinam uma postura/atitude predominantemente intervencionista dos profissionais, num esforço de prolongar a vida à custa do sofrimento da pessoa doente e família uma morte destituída de dignidade (Pacheco, 2014).

Defendemos que é necessário que os profissionais de saúde se tornem pessoas ativas na ajuda do processo de morrer. Afirma, Rossa (2013) que convém, compreender a pessoa como o todo integrado que ela é. A sua saúde, o seu ciclo vital e também a sua morte têm que ser encaradas não apenas como fenómenos biológicos, mas como eventos que afetam ou envolvem a unicidade integral que constitui a pessoa.

Do ponto de vista da consideração do homem na sua unicidade integral, é, pois, inaceitável considerar a morte como um problema exclusivamente biológico, uma vez que na pessoa não é possível separar o biológico do humano. Assim, quando alguém morre há que considerar sempre a morte biológica, objetiva e científica observável, e uma outra vertente subjetiva, uma vez que a morte é experimentada apenas pela pessoa que morre. Esta complexidade da morte é bem evidenciada por M. Patrão Neves (1996) quando, referindo-se à dimensão da morte humana face à objetividade da morte biológica afirma,

“O que nos importa sublinhar é que a morte aparece sempre ao homem sob dois aspetos distintos: numa dimensão objetiva, como fenómeno natural, biológico e, por isso, inevitável e idêntico para todos os seres; numa dimensão subjetiva, como evento que se dá no homem, que é da ordem existencial ou vivida e, por isso, tornado humano e diferentemente experienciado por cada homem”.

Enfatizamos, que cuidar de doentes sem perspectiva de cura é também função dos SU's, devendo o enfermeiro ser o elemento de ligação na equipa interdisciplinar, porque é o profissional mais próximo do doente e família. Segundo Sapeta (2011, p.24), "...é a

enfermeira a que permanece mais tempo, demonstra maior proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes em fim de vida...”.

Afirma Marie de Hennezel (2006, p.24) no seu livro “Morrer de olhos abertos” que,

“morrer com dignidade é difícil (...), quando se é prisioneiro de uma conspiração do silêncio, quando aqueles que nos são mais próximos assistem angustiados, impotentes e mudos ao nosso lento desaparecimento. Por mais lúcidos que sejamos, esta demissão dos que nos rodeiam pode dificultar no nosso morrer”.

Também se torna necessário sublinhar, que a pessoa que enfrenta o fim de vida manifesta uma série de reações psicológicas como salienta Elisabeth Kubler-Ross, médica psiquiatra, no decorrer das suas investigações sobre a morte e o doente em fim de vida, identificou cinco etapas para o processo de morrer que correspondem a um padrão específico de reações psicológicas que o doente tende a vivenciar à medida que a morte se aproxima:

- 1ª Etapa: negação e isolamento - A negação é para Kübler-Ross (1998) uma defesa temporária, normalmente experienciada por quase todos os doentes, ou nos primeiros estágios da doença, ou numa fase posterior à sua constatação. A negação funciona como defesa perante a possibilidade da morte, mais ou menos próxima. O doente não quer acreditar no que está a acontecer (Macedo, 2004).
- 2ª Etapa: raiva - Nesta etapa verificam-se sentimentos de raiva e cólera. Há um questionamento intrínseco: *“porquê eu?”*. É uma fase difícil para a família podendo caracterizar-se por um sentimento de hostilidade dirigido ao cuidador e profissional de saúde em que o doente verbaliza críticas agressivas (Macedo, 2004). Segundo Kübler-Ross (1998), é necessário aprender a ouvir os utentes e até, às vezes, a suportar, alguma raiva irracional, sabendo que o alívio proveniente do facto de tê-la exteriorizado contribuirá para aceitar as horas finais.
- 3ª Etapa: negociação - Nesta etapa há um abandono das reações de raiva e adoção da estratégia de negociar mais tempo de vida, prometendo, a entidades divinas mudanças de comportamento, podendo também manifestar acordos com a morte caso fique curado. Quase sempre deseja um prolongamento da vida ou alguns dias sem dor ou males físicos. A equipa de saúde deverá estar atenta porque o doente poderá estar a martirizar-se numa tentativa de remissão de erros que pensa ter cometido no *passado* (Kübler-Ross, 1998).

- 4ª Etapa: depressão - Quando não se pode mais negar a doença. A Pessoa toma consciência do fim da vida. Surge uma sensação de perda, está perto de perder tudo e todos de quem gosta. Deixar que exteriorize os seus sentimentos, fará com que aceite mais facilmente a situação (Kübler-Ross, 1998).
- 5ª Etapa: aceitação - na qual o doente compreende que não há nada a fazer a não ser entregar-se. Um doente que tenha tido tempo e ajuda para a superação, atingirá um estágio em que não sentirá depressão nem raiva quanto ao seu destino. Mas não se pode confundir aceitação com felicidade (Kübler-Ross, 1998).

Esta fase representa o culminar de todas as reações emocionais do doente (Macedo, 2004). É também altura em que a família carece de ajuda, compreensão e apoio. O doente aceita a inevitabilidade da morte, porém há doentes que lutam até ao fim, tornando impossível atingir a aceitação (Kübler-Ross, 1998).

Os Profissionais de saúde devem conhecer as diferentes etapas do processo de morrer e tornar-se sensíveis às distintas manifestações de cada etapa e saber avaliar em que etapa se situa o doente no processo de adaptação à morte. Só assim será possível apoiar tanto o doente como a sua família (Macedo, 2004).

Por seu lado, a morte pode ser sinónima de fracasso profissional para quem trabalha na área da saúde. Mesmo sabendo que é a única certeza absoluta da existência humana, a morte é angustiante e de difícil aceitação, expressando-se pela dificuldade de lidar com o limite da vida. Tal como defende Twycross (2003), apesar de a morte ser um fenómeno natural, recusamos como sendo pessoal e inevitável, sendo comum as pessoas morrerem isoladas, encerradas nos hospitais, longe dos seus. Adiamos, assim, o confronto em lidarmos com a nossa própria morte. *“Essa coragem de força esconde uma fragilidade interna, a finitude e a vulnerabilidade”* (Medeiros e Lustosa, 2011, p. 204).

A morte é, portanto, semelhante em todas as pessoas e humanamente muito diferente de pessoa para pessoa. Deste modo, a morte da pessoa deve ser vista como uma morte, única, concreta, singular, subjetiva e humana, e que portanto, não deve ser apenas tratada, mas acolhida e cuidada no verdadeiro sentido da palavra (Rossa, 2013).

Em síntese, as intervenções dos profissionais de saúde devem ser centradas numa perspetiva mais humanista, devem procurar integrar as dimensões da filosofia dos CP na prática dos cuidados do SU. Devendo os profissionais de saúde de um hospital de agudos, e sobretudo aqueles que exercem funções num SU, procurarem ir ao encontro das necessidades efetivas da pessoa em fim de vida, deixando de se centrar apenas nas intervenções curativas, mas promovendo cuidados humanos que preservem a dignidade da pessoa.

2.2. A Enfermagem de Urgência e o Fim de Vida

A abordagem da fase final da vida, tem sido encarada no SU, como algo estranho e perturbador, com a qual é difícil lidar. O SU está apetrechado com elevada tecnologia, para tratar a doença e evitar a morte. Com efeito é necessário tornar a morte como algo intransmissível, única e digna. Para isso, os enfermeiros do SU, e não só, terão que deixar de se centrar exclusivamente no tratar mas também no cuidar.

Clarificando o conceito de cuidar, Collière (1989, p.25) define-o como uma função social: *“(...) os cuidados são a garantia directa da continuidade da vida do grupo, da espécie (...) a prática dos cuidados corresponde ao reconhecimento e ao prolongamento de uma função social”*. Assim, quando temos um doente sem curabilidade no SU *“(...) procedimentos obrigatórios no doente curável podem perder toda a sua justificação (...) uma vez que se traduzem principalmente no prolongamento do sofrimento do doente”* (Pacheco, 2002, p.65). O sofrimento presente no fim de vida deve-nos levar a equacionar o que pretendemos? Qualidade ou quantidade de vida? Com efeito, a complexidade de cuidados que envolve o fim de vida, apela para cuidados humanos que assegurem a qualidade de vida, e a dignidade da pessoa.

De acordo com Pacheco (2014), os direitos expressos na Carta dos Direitos do Doente Terminal, são:

- Ser cuidado como pessoa até ao fim da vida: toda a pessoa possui um valor e uma dignidade intrínseca, que não se perde no fim de vida;
- Expressar os seus sentimentos e emoções decorrentes da proximidade da morte;
- Manter e expressar a sua fé, numa perspectiva de liberdade religiosa;
- Ser cuidado por profissionais competentes e sensíveis para compreender as suas necessidades e ajudar a enfrentar os momentos difíceis que antecedem a morte;
- Não sofrer indevidamente;
- Receber respostas adequadas e honestas às perguntas;
- Participar nas decisões que dizem respeito aos seus cuidados;
- Manter a sua hierarquia de valores e de não ser discriminado;
- Ter o conforto e a companhia dos seus familiares e amigos ao longo de todo o processo da doença e no momento da morte;
- Morrer em paz e com dignidade.

Independentemente do local onde se encontra o doente em fim de vida, é dever dos profissionais de saúde e nomeadamente os enfermeiros, respeitar todos os direitos da pessoa em fim de vida, proporcionando-lhe um fim de vida digno.

A OE de acordo com o Estatuto do nosso Código Deontológico (2009) exige-nos que as nossas intervenções se direcionem para dar resposta a necessidades presentes nesta fase da vida, de forma aliviar a dor, o sofrimento, entre outros sintomas, promovendo o máximo de autonomia e de qualidade de vida. Assim, destacamos:

- ponto 1 do artigo 78 refere que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”* (p. 59);
- alínea c) do artigo 79 refere o dever do enfermeiro de *“proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”* (p. 77);
- as alíneas b) e c) do artigo 82 (p. 97) referem o dever de *“respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”* e *“participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida”*
- as alíneas a), b) e c) do artigo 87, referem que relativamente ao processo de morte e ao morrer, compete ao enfermeiro: *“(…) acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assumindo o dever de:*
 - a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida;*
 - b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas significativas;*
 - c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.* (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.125).

Nesta linha de pensamento, e sublinhando o direito a uma morte digna, a comunicação assume um papel de realce, e a interação profissional é fundamental para uma tomada de decisão adequada. A decisão unilateral ocorre muitas vezes no SU e orienta-se para a obstinação terapêutica. Salientava Santos (1996, p.358), que

“Quando houver dúvidas numa situação particular, como é frequente nos serviços de urgência (...) todos os esforços devem ser feitos no sentido da manutenção das funções vitais (...). Porém, o intensivismo nos doentes reconhecidamente em situação terminal constitui um erro grosseiro”.

Hennezel (2002, p.18), refere que *“a morte é considerada um processo normal, a sua hora não é acelerada nem retardada, é respeitada”*. Assim, impõe-se, que os profissionais de saúde adotem uma relação humanizada, de forma a proporcionar ao doente e família a expressão de sentimentos, das emoções, dos seus valores culturais e espirituais, entre outros. Sentarmo-nos ao lado do doente, mostrar que não o abandonamos, é tão importante como aliviar os pequenos desconfortos, porque *“se puderes ao menos sentar-te junto deles alguns minutos e permitir-lhes que te digam o que sentem, já os ajudas muito”* (Hennezel, 1997, p. 35).

Desta forma, o enfermeiro tem de estar disponível para ouvir, para estar com o seu doente, segurar a mão, fazer uma carícia, expressar um olhar sereno, poderá ter um valor inestimável, contribuindo para atenuar a insegurança e garantindo uma presença reconfortante. Quando a morte é inevitável há um todo em potencial para ser desenvolvido com a família e as pessoas mais significativas, de modo a minimizar o impacto de uma informação potencialmente dolorosa, pois *“suavizar os momentos de perda e luto é cuidar, é exercer enfermagem”* (Cunha, 2003, p. 38).

No relacionamento terapêutico o enfermeiro deve promover a autoestima do doente com intervenções que enfatizem a promoção de um sentimento de identidade e dignidade. Também a comunicação e o apoio psicológico são importantes. No entanto, não esquecer que os cuidados que satisfazem as necessidades básicas devem continuar a ser prestadas, como a hidratação, eliminação, higiene, posição e conforto, fatores estes que contribuem para a dignidade do ser humano (Timby, 2001).

Desta forma, a atuação dos enfermeiros abrange cuidados e relações que vão desde a interação com cada doente e com os seus familiares até as intervenções com a equipa multidisciplinar sendo transversal desde a entrada até a saída do doente, seja pela alta hospitalar, seja pelo óbito.

As intervenções de enfermagem devem estar direcionadas para, a avaliação sistemática dos sinais e sintomas; as intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo, com a avaliação, monitorização e registo das mesmas; auxiliar a equipa interdisciplinar no estabelecimento de prioridades para cada doente, bem como para a própria equipa e para a instituição; intervir na dinâmica familiar, de forma a ajudar o doente e a família nesta fase de vida (Firmino, 2009).

Fonseca (2012) realizou um estudo com o tema *“Morrer com Dignidade”*, incluiu enfermeiros a trabalhar em equipas de CP e em serviços de internamento hospitalar, tendo como objetivo descrever o que na opinião dos enfermeiros define o conceito de morrer com dignidade. Os resultados do estudo permitem verificar que as características

que definem o morrer com dignidade, são essencialmente definidas por, “alívio da dor”, “conforto físico”, “controlo de sintomas” e “resolver questões pessoais e familiares”. Desta forma, as intervenções que os enfermeiros consideraram mais importantes estão relacionadas com a gestão e controlo de sintomas, a preservação da dignidade e privacidade, o conforto espiritual e o apoio à família.

Assim, a família merece um cuidado especial em todo o processo, desde a comunicação do estado do doente, uma vez que constitui um enorme impacto rompendo o equilíbrio familiar. Em muitas circunstâncias, as necessidades psicológicas dos familiares superem as do doente. A dor psíquica é imensa, manifestando sentimentos de culpa e insegurança, isolamento, episódios de choro e profunda tristeza. O Enfermeiro tem um papel determinante junto da família, nomeadamente no detetar focos de ansiedade, medo, dúvidas e angústia, incentivando a comunicação da família com o próprio doente e com a equipe de saúde. As famílias que conseguem comunicar, partilhar informações e tomadas de decisão junto do profissional de saúde, parecem adaptar-se melhor a toda a situação envolvente, assim como após a morte do parente (Medeiros e Lustosa, 2011).

É indispensável, que os profissionais de saúde tenham conhecimentos sobre o processo de gestão do luto e se apercebam das reais necessidades dos doentes e seus familiares, tendo consciência que o processo de luto é doloroso e dinâmico. O período mais difícil da intervenção do enfermeiro no processo de luto situa-se imediatamente após a perda. É uma fase complexa, difícil para todos e que exige disponibilidade, atenção a nível afetivo e existencial, para que a pessoa aceite a realidade com as respetivas possibilidades e limites (Pereira, 2008).

Pereira (2008) salienta que, a relação de ajuda como uma relação terapêutica é atualmente um dos elementos inquestionáveis do cuidar, sendo imprescindível para a qualidade dos mesmos. A prestação de cuidados globais e humanizados pressupõe o apoio emocional e o fornecimento de informação e constituem-se assim, como pilares fundamentais na construção de uma relação terapêutica eficaz.

Pacheco (2014) refere que, o enfermeiro poderá desenvolver atitudes no sentido de orientar as famílias, tais como:

- Observar e escutar quando um dos membros solicita a sua atenção;
- Permitir que expressem os seus sentimentos; aceitar as respostas individuais;
- Explicar que é normal experimentarem sentimentos e reações caóticas, como por exemplo “desejar a morte do familiar”;
- Proporcionar comodidade e manter a família informada;

- Reforçar pontos fortes da família, por exemplo a capacidade de apoio mútuo;
- Envolver os familiares nos cuidados.

O enfermeiro deve mostrar-se disponível para escutar as preocupações da família, facilitando a comunicação e a interação na resolução de problemas; ao articular os recursos disponíveis pode proporcionar a satisfação de algumas necessidades, fazendo com que a família se sinta ajudada/auxiliada (Casmarrinha, 2008).

A morte é, sem dúvida, o acontecimento mais desgastante do dia-a-dia da vida hospitalar e o enfermeiro é aquele que mais diretamente sofre e sente quando alguém morre, por via da sua prestação próxima e continuada de cuidados de saúde (Ribeiro, 1998).

A morte suscita os mais variados sentimentos como a perda, a dor, a angústia, o medo. O estar com o outro no momento da morte despoleta em nós esses sentimentos e, ao mesmo tempo, exige que exponhamos quem nós somos verdadeiramente.

Sendo o Enfermeiro quem assiste o ser humano diante da possibilidade da morte, geralmente não está preparado para enfrentar a morte nem lidar com os seus próprios sentimentos, principalmente quando o cuidar envolve o ajudar a morrer com dignidade. E o que fazer em situação de morte? O que falar com familiares? Como se sentir?

A vivência de morte é uma experiência recheada de uma ambivalência de significados, pois cada enfermeiro define o seu conceito, vivenciando o processo de morrer de uma forma diferente, aumentando assim a dificuldade de gestão do mesmo, acrescido de um desgaste emocional e pessoal (Cerqueira, 2007).

Quando os enfermeiros se deparam com um doente em estado terminal confrontam-se com os seus próprios sentimentos em relação à morte, surgindo sentimentos de impotência, de agressividade interior, bem como um sentimento de fracasso, ficando *com “medo de investir afetivamente, pelo medo de nos magoarmos, é mais fácil deixar morrer que ajudar a morrer”* (Henriques, 1993, p. 12).

O distanciamento pode constituir um mecanismo de defesa utilizado pelos profissionais de saúde, podendo dever-se à dificuldade de lidar com os sentimentos do doente a respeito da morte ou, até mesmo à nossa inabilidade em lidar com os nossos próprios temores da morte. Pode mesmo dizer-se que há um afastamento do leito, talvez por não se querer um envolvimento com a morte do próximo. De acordo com Townsend (2002, p. 636), *“não é a morte em si que é temida, mas sim o abandono, a dor e a confusão”*.

Assim, os profissionais de saúde criam outras formas de lidar com a tensão do quotidiano que é a morte, mascarando todo este sofrimento com o cumprimento de rotinas. O morrer é assim ignorado, este comportamento denota a impotência diante do inevitável sendo a

fuga é o recurso adotado, evitando o contato humano. Por outro lado, o contacto frequente com a morte pode provocar no profissional sentimentos de generalização, considerando-a sempre igual, independentemente do doente que morre, recusando o seu carácter pessoal e individual.

Segundo Batista (2012), por parte dos enfermeiros tem-se verificado ao longo dos anos angústia e medo ao cuidar da pessoa moribunda ou que morre inesperadamente e, conseqüentemente, dos seus familiares, essencialmente quando se depara perante a necessidade de lhes comunicar o óbito. Assim as vivências decorrentes da morte são geradoras de angústia no enfermeiro, ele foi preparado para cuidar da pessoa para a vida e não para a morte, tendo dificuldade em aceitá-la. Assim, é primordial que este se encontre dotado de competências, para que, perante situações de morte, seja capaz de se ajudar a si, aos seus pares e àqueles que vêm morrer os seus familiares.

Um estudo realizado por Gutierrez e Ciampone (2006), com objetivo de identificar os sentimentos e as percepções dos enfermeiros durante a assistência ao doente/familiares em fim de vida, concluiu a necessidade de realizar encontros sistematizados, entre profissionais de forma a exporem as suas satisfações, angústias, medos e receios durante esse processo que é o fim de vida. Desta forma, a troca de experiências, dificuldades, emoções e sentimentos são fatores determinantes e facilitam o cuidado do doente em fim de vida e respetiva família. Para além disso, considerou que o mesmo pode ser facilitado, desde que a morte seja encarada como um desfecho natural do processo vital.

Sendo cada vez mais a morte hospitalizada, é fulcral que o enfermeiro adquira competências na forma de lidar com o processo de morrer (Cerqueira, 2007). Assim, não devemos esquecer que mesmo num SU é legítimo que possamos promover qualidade à morte, defendendo uma morte sem dor e dignificando a vida. A morte não tem de ser uma passagem agónica. Torna-se, por isso, emergente prepará-la e inculcá-lhe qualidade.

Conclui-se, portanto, que esta aprendizagem ocorre no campo da prática quando o profissional se depara com a perda dos seus doentes, desta forma defendemos que durante a formação profissional os Enfermeiros devem estar devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados, rigorosos e humanizados, mesmo quando a cura já não é possível.

A não cura não deve continuar a ser encarada como uma derrota, mas antes como uma realidade que merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção rigorosa e um investimento adequado.

3. PROBLEMAS ÉTICOS PRESENTES NO CUIDAR EM FIM DE VIDA

A ética é compreendida como uma ciência que está direcionada para a reflexão crítica sobre o comportamento humano, na qual interpreta, problematiza, investiga os valores, os princípios e o comportamento moral, à procura do bem-estar da vida em sociedade. Procura ter como princípio fundamental o respeito ao ser humano, que deve ser considerado como uma pessoa autónoma e participativa. Assim, a formação ética, torna-se um eixo fundamental no cuidar, na medida em que, ajuda a problematizar, promove a reflexão e auxilia na decisão, sempre com fim último de encontrar soluções para cada pessoa, como ser único, com história de vida própria, pertencente a uma cultura e sociedade. Desta forma, torna-se crucial respeitar cada pessoa na sua individualidade, respeitar e ponderar as decisões tendo como base os princípios éticos, de forma a alcançar a excelência de cuidados na acompanhamento da pessoa em fase final de vida.

No que diz respeito aos cuidados de saúde, os profissionais de saúde têm um papel crucial no cuidar da pessoa em fim de vida, tendo assim a necessidade de tomar várias decisões. Estas decisões, em alguns casos, representam dilemas e problemas éticos, e cuja resposta implica uma reflexão orientada pelos princípios fundamentais da Bioética. O agir ético no cuidado à pessoa em fim de vida, exige mais do que o conhecimento da doença, devendo ser considerada a sua individualidade, voltando a nossa atenção para um cuidado holístico e humanizado, de forma a potenciar a qualidade de cuidados na fase final de vida (Souza [et al.], 2005).

A Constituição da República Portuguesa (2005), no Artº. nº 64, salienta que todos os cidadãos têm direito à proteção de saúde e o dever de a proteger e salvaguardar. Assim sendo, cabe inteiramente ao Estado garantir que o Serviço Nacional de Saúde, assegure os princípios éticos, para que haja eficiência, eficácia e qualidade nos cuidados prestados à pessoa em fim de vida. Osswald (2013, p. 35) defende que, “ *a reflexão (...), a troca de opiniões entre os profissionais, a ponderação de riscos e benefícios, vantagens e desvantagens ajudam certamente a encontrar respostas humanas, compassivas e respeitosas dos direitos e dos interesses do doente*”.

Salientamos, que a abordagem do doente em fim de vida exige que se fale de um conjunto de princípios éticos, como a autonomia, a beneficiência, a não maleficiência, a justiça, uma vez que a decisão tomada poderá comprometer o respeito por estes. No entanto, cada princípio ético tem o seu valor moral e não possui um carácter absoluto, ou seja,

podem em situações de conflito um princípio sobrepor-se a outro (Will, 2011).

A ética espelhada no dever profissional serve de *“guia do pensamento humano em matérias delicadas que obrigam a escolhas ponderadas”* (Mota, 2012, p. 22). A capacidade que o ser humano tem, de pensar o seu próprio agir, faz com que o profissional reflita sobre os seus hábitos, valores e comportamentos e assim ponderadamente realize a sua escolha e exerça o seu dever.

O dilema ético surge exatamente quando questionamos: como cuidar do doente em fim de vida? Deve ser mantido no hospital, com o conseqüente isolamento do doente, ou levá-lo para casa onde possa desfrutar dos últimos momentos junto das pessoas queridas?

De acordo com a OE (2001) os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem dizem-nos que a pessoa é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, e o exercício profissional da Enfermagem deve centrar-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas, família ou comunidade.

Para além destes princípios éticos e do nosso ponto de vista, é importante analisar dois conceitos: intimidade e privacidade. Uma vez que, a medicalização da morte conduziu ao afastamento entre o profissional e o doente terminal, a atenção volta-se para o controlo da dor e sintomatologia associada à doença, tida pelos profissionais como principal preocupação do doente. No entanto, esta percepção leva à desvalorização da dimensão existencial da pessoa (Quintana, 2006).

Desta forma, e segundo Ourives (2004, p. 253), zelar pela intimidade não se reduz apenas ao fecho de uma cortina ou de uma porta mas antes alcança uma dimensão muito mais ampla no cuidar, exigindo o *“acolhimento do outro para possibilitar a expressão de emoções, medos, angústias (...), a capacidade de disponibilidade e atenção ao corpo vivido que necessita de ser cuidado”*. A intimidade deve ser estreitamente aliada à confidencialidade da informação sobre o doente e com o direito à reserva na sua pessoa.

Quanto à privacidade, Ourives (2004, p. 254), refere que é uma *“condição de autonomia”*. Ou seja, segundo a autora, a privacidade está protegida se a pessoa conseguir de forma autónoma gerir *“o acesso a si”*.

A questão do isolamento físico, do meu ponto de vista, remete para uma problemática, por um lado, o isolamento físico pode significar serenidade e bem-estar para o doente proporcionando momentos de privacidade com a família.

Por outro lado, este isolamento pode ter efeitos nefastos no doente, caso não seja da sua vontade, ou não se encontre acompanhado pelas pessoas significativas, contribuindo

para a solidão e o abandono do doente por parte da equipa de saúde.

O isolamento físico do doente terminal sem que seja questionada a sua vontade é um comportamento promotor de um fim de vida triste e solitário no qual o doente *“morre sozinho atrás duma cortina numa enfermaria, fechado num quarto solitário ou no meio de incompreensíveis e sofisticados aparelhos, mas de qualquer das formas sozinho”* (Teixeira, 2006, p. 92).

Este isolamento impede ainda que o doente, segundo Teixeira (2006, p.92)

“(...)compartilhe o medo, ou a dúvida, ou a angústia, ou a paz, ou quem sabe a alegria, ou o que quer que se sinta e que tantas vezes urge partilhar. E ainda, tantas vezes sem poder fazer um último pedido, expressar um último desejo, deixar uma mensagem (...)”

Relativamente ao referido, é importante que se dê cumprimento ao artigo 87º do Código Deontológico do Enfermeiro, segundo o qual durante o acompanhamento do doente em fase terminal o enfermeiro tem o dever de *“defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida”* (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p. 125).

O enfermeiro deve ser sensível e especializado, capaz de compreender as necessidades do doente para que ele possa viver os seus últimos dias com dignidade e assumir a sua autodeterminação.

É dever ético, profissional e humano proporcionar um fim de vida digno. O cuidar do doente em fim de vida exige o saber fazer, o saber estar e o saber ser. Mas a solução é simples, basta ser: humano, puro e não mecanicista. Desta forma dá-se um passo importante no cuidar do doente em fim de vida.

Neste sentido, o profissional de saúde fundamenta o seu agir, no conhecimento científico ao mesmo tempo que usa o seu sentido ético. Pondera e decide como intervir em situações que promovam uma vida digna ou uma morte sem sofrimento; promove o bem e respeita a dignidade humana.

Segundo Deodato (2010, p.205), *“Respeitar a dignidade humana é valorizar projetos individuais, é suportar a construção desses projetos no sentido da humanidade da vida (...). É um respeito que se transforma num agir concreto, no exercício de um papel profissional que implica responsabilidade pelo Outro (...)”*.

Esta é, uma evidência da deontologia profissional, neste sentido quer o exercício dos direitos quer o cumprimento dos deveres, têm como fundamento ético a *“salvaguarda da*

dignidade da pessoa humana através do respeito pelos seus direitos em relação do cuidado de enfermagem” (Deodato, 2010, p. 228).

É o respeito pelo ser humano como um todo que constitui a razão para a escolha das intervenções que respondam aos problemas ou dilemas éticos. *“Respeitar a pessoa corresponde a ter em conta a sua dignidade. Promovendo-a e defendendo-a”* (Deodato, 2010, p. 204).

Aliado á dignidade da pessoa humana, surge o respeito pela sua autonomia, pela sua independência, com ausência de imposições, este princípio está presente no respeito pelo doente e família, na proteção da privacidade, no consentimento informado, na aceitação ou recusa de tratamento.

O agir autónomo, segundo Cabral (2003), implica intencionalidade, compreensão e ausência de influências. Cada pessoa é autora da sua própria lei, com direito á sua autodeterminação, ou seja, *“a autonomia está relacionada com a sua auto-determinação em tomar uma decisão acerca de si e da atuação do outro em si”* (França, 2009, p. 41).

“No entanto, apesar da valorização do respeito pela autonomia do doente, não pode esta ser ponderada isoladamente sem atendermos aos restantes princípios, caso contrário correríamos o risco de ocorrer uma anarquia nos cuidados de saúde em que cada doente decidia o que queria que lhe fizessem. Ou seja, a autonomia do doente só tem sentido quando efetuada de forma ponderada e não entrando em conflito com a autonomia do profissional de saúde e as legesartis” (França, 2009, p. 43).

Como profissionais de saúde devemos promover, quanto possível, comportamentos autónomos por parte dos doentes que cuidamos, informando-os convenientemente e assegurando que a informação ministrada foi corretamente compreendida, surgindo daí escolhas livres e esclarecidas que devem ser respeitadas. Compreende-se desta forma, que se for omitida informação ao doente na sua fase final de vida, este não possui todos os elementos para decidir eficazmente, pelo que não faz sentido falar de consentimento informado.

Note-se porém que *“nem todos possuem autonomia, muitos não a têm durante momentos e outros definitivamente”* (França, 2009, p. 42). Consideramos que o princípio da vulnerabilidade presente nos doentes com doença avançada e progressiva afeta o princípio da autonomia, pelo que é fundamental os profissionais estarem sensíveis para este facto.

Uma pessoa na fase final de vida, vive um turbilhão de emoções, sendo que por vezes a pessoa se encontra mais vulnerável e não apresenta durante momentos poder decisório

sobre si. Assim, a equipa de saúde não deve induzir as suas vontades nem influenciar na tomada de decisão, mas esperar pelo consentimento informado, se tal não for possível, pode presumir o consentimento (tendo por base a perspectiva de obter o maior benefício para o doente e o respeito das vontades expressas anteriormente).

Associado á autonomia surge a questão da eutanásia e o argumento fundamental a favor da eutanásia é o direito que a pessoa tem à autodeterminação. O contra-argumento fundamental é o de que a autonomia não se torna extensiva ao direito de suicídio/eutanásia medicamente assistidos (Twycross, 2003).

Assim, se o profissional de saúde recebe o pedido de eutanásia, não o deve aceitar, nem contribuir para tal, pois se o realizasse, estaria a colaborar com a destruição de uma vida humana. Note-se que o valor da vida sobrepõe-se ao princípio da autonomia, sendo que perante um pedido de eutanásia o profissional de saúde *“pode expressar igualmente o seu direito à autodeterminação através da objeção de consciência”* (França, 2009, p. 43).

Consideramos que uma pessoa numa situação de vulnerabilidade decorrente da doença, da dor física e psicológica que esta provoca e principalmente pela perda total dos objetivos de vida, possa num momento de intenso sofrimento preferir a morte. Desta forma, *“os cuidados paliativos devem ser a grande resposta ao pedido de eutanásia”* (Simões 2007, p. 370).

Deodato (2010) defende que, em situações de dilema ético, o enfermeiro fundamenta-se no seu conhecimento científico ao mesmo tempo que usa o seu sentido ético, de forma a ponderar e decidir as intervenções que mantenham a vida digna ou permitam uma morte sem sofrimento se for esse o caso. Promove o bem, muitas vezes este sentido de bem humano, significa a promoção do conforto, do alívio da dor, do acompanhamento ou de uma morte serena quando o fim de vida é inevitável. Não provocar dano, é assim o principal fundamento do agir em enfermagem. Desta forma, *“(...)respeitar a pessoa significa sobretudo respeitar a natural finitude da vida e passar ao cuidado paliativo, quando a morte se aproxima”* (Deodato, 2010, p. 216).

Aliado a tudo isto, França (2009, p.47) defende que o princípio da beneficência *“indica ao profissional de saúde, que deve atuar da melhor forma possível para obter o bem do doente”,* ou seja, *“o princípio da beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar os outros a ganhar, ou a ter o que é para seu benefício”* (Nunes, 2008, p.44).

No entanto, a tomada de decisão baseada exclusivamente neste princípio pode levar ao paternalismo, sendo assim uma atuação limitante da liberdade do outro, sendo invocada com frequência como estando ao serviço dos desejos, do bem e dos melhores interesses das pessoas (Nunes, 2008).

Como complemento surge o princípio da não maleficência, pois não é suficiente fazer só o bem, é preciso que ao fazê-lo se evite causar mal. Este salienta a importância de que nem sempre conseguimos fazer o máximo, no entanto é importante não fazer o mal (França, 2009, p.48).

Tendo em conta estes dois princípios, é importante verificar de que forma estes devem ser aplicados ao contexto dos cuidados em fim de vida. Sendo que, a atuação dos profissionais de saúde deve ser guiada por dois grandes princípios morais: a preservação da vida e o alívio do sofrimento. Estes complementam-se na maioria das vezes, no entanto em determinadas situações podem tornar-se antagónicos, devendo prevalecer um sobre o outro. Existe um momento na evolução da doença em que a morte se torna um desfecho esperado e natural, não devendo, portanto, ser combatida, assim do ponto de vista da moral, deve-se procurar prioritariamente o alívio do sofrimento. No entanto perante um doente curável a aplicação dos princípios da moral deve fundamentar-se na preservação da vida (Piva & Carvalho, 1993).

É éticamente ilegal e deontologicamente reprovável manter ou prolongar tratamentos não indicados num exercício de obstinação terapêutica. Pelas mesmas razões é imprescindível manter desde o início do processo, cuidados de acompanhamento, entendidos como os que estão ajustados e proporcionados à condição clínica, humana e social dessa pessoa única e singular, nomeadamente no que refere ao controlo e alívio de sintomas, comunicação e apoio pela equipa pluridisciplinar na dimensão física, psicológica, espiritual, familiar e social (Carneiro, 2013).

O respeito por estes princípios éticos no tratamento da pessoa em fim de vida, implica a adoção de um conjunto de medidas que por vezes são polémicas e que suscitam dúvidas. Algumas das medidas mais frequentes são: a não adoção e/ou retirada de medidas de suporte de vida e de tratamento considerado fútil. A suspensão de tratamento de suporte de vida inclui a suspensão de todo e qualquer tratamento que não traz qualquer benefício para a pessoa em fim de vida, ou até aumenta o seu sofrimento. No que diz respeito à ordem de não reanimar, considera-se esta atitude compatível com os valores éticos aqui focados, não prolongando desnecessariamente a vida e evitando o tratamento fútil (Piva & Carvalho, 1993).

Tanto os familiares como os profissionais de saúde, devem ter por objetivo defender os melhores interesses do doente (beneficência), evitar submetê-lo a intervenções cujo sofrimento resultante seja maior que o benefício eventualmente conseguido, ou que determinem um desrespeito à sua dignidade como pessoa (maleficência) (Piva & Carvalho, 1993).

Quando a morte se aproxima, independentemente da sua aceitação ou negação, considerada por uns como uma etapa integrante da vida e por outros como um fracasso da humanidade, o que é, é a vida que terminou, é uma vida única que pertence indiscutivelmente aquela pessoa, um ser único. Desta forma o respeito pela vida humana não pode ser levada a cabo a todo o custo, com recurso a métodos mecanicistas e técnicos, quando sabemos que a vida chegou irreversivelmente ao seu termo. O respeito pela dignidade do ser humano é importante e essencial.

As questões relativas à justiça social são cada vez mais frequentes sendo necessário considerá-las à luz do princípio ético da justiça, tal como nos refere Loch (2002, p 1), “*o conceito de Justiça deve fundamentar-se na premissa que as pessoas têm direito a um mínimo decente de cuidados com a sua saúde*”.

O princípio da justiça refere-se à obrigação ética de dar a cada pessoa o que lhe é devido (Nunes, 2008). Assim, para situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças.

Implica assim, o direito das pessoas terem oportunidade de acesso aos cuidados de saúde de que necessitam de forma equitativa. Está afeta ao conceito de imparcialidade, ou seja, acesso do doente a uma terapêutica e uma adequada distribuição equitativa dos recursos disponíveis. Assim Nunes (2008, p.44), defende *que “(..) As conceções de justiça, em cuidados de saúde, diferem bastante, sendo candente o tema da distribuição de recursos e os critérios a utilizar”*.

Adicionalmente, o princípio de justiça estabelece limites éticos em relação à autonomia do doente, isto é, os seus limites serão determinados pelo respeito à dignidade e liberdade de outrém, o que significa que uma decisão ou ato pessoal, ainda que autónomo, não deve causar prejuízo ou dano a outros ou à Saúde Pública, cabendo exclusivamente ao poder Legislativo, em nome da sociedade, estabelecer os limites legais ao princípio da autonomia do indivíduo.

Este princípio também preconiza que doentes sem possibilidades de cura tenham acesso garantido aos cuidados de saúde, não devendo ser encarados como uma prioridade menor.

CAPÍTULO II - DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

A abordagem da fase final de vida tem sido encarada nos serviços de saúde, como uma prática estranha e perturbadora, na medida em que, quando cuidamos de alguém que enfrenta a última etapa da vida, nós profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, somos evadidos pelo sofrimento do “outro”. Salieta Pessini (2002, p.66) “Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano, torna-se um radar de alta sensibilidade (...)”.

A sociedade considera a cura como o principal objetivo dos serviços de saúde. Num ambiente onde predomina o carácter premente de cura ou a prevenção da doença, torna-se difícil o tratamento e o acompanhamento global dos doentes incuráveis, para além de que a grande maioria destes doentes e familiares não se encontram conscientes nem preparados para vivenciar a transição da vida para a morte.

As transições saúde-doença, segundo Meleis (2007), requerem incorporação de novo conhecimento, alteração de comportamento. A necessidade de adaptação da pessoa à sua nova situação pode tornar-se geradora de stress, situando-a num estado de vulnerabilidade. Neste sentido, Silva (2009) afirma que é um desafio para os enfermeiros entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.

Segundo Martins, Agnés e Sapeta (2012) a enfermagem de urgência é pluridimensional, define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença. O enfermeiro de urgência necessita de ter a capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar quer de forma mais geral, quer de forma mais específica.

Com as mudanças demográficas implícitas na nossa sociedade, impõe-se um novo desafio aos profissionais do SU, deixarem de realizar atos heroicos de “salvamento de vidas” para se passar a intervir de forma mais simples e menos tecnicista, mas também mais humana. A pessoa deve deixar de ser vista apenas como um mecanismo que falha para passar a ser entendida no seu todo, portadora de doença crónica e na maioria das vezes terminal. É evidente que esta tomada de decisão nem sempre é consensual entre os profissionais de saúde, mas como refere Osswald (2014, p.35) “*nem sempre será necessário o consenso; as opiniões não maioritárias têm valor heurístico e não é legítimo desqualificá-las*”.

Na verdade, nem todos os doentes que procuram os SU's necessitam de abordagem curativa ou de intervenção de suporte de vida (APCP, 2006). 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, ou seja, a pessoa doente que recorre ao SU passa a ter outras necessidades, que passam essencialmente pelo controlo de sintomas, cuidados de conforto, melhor apoio social, e apoio contínuo à família/cuidadores. Assim, tendo por base estes pressupostos é fundamental que os profissionais de saúde do SU entendam que o direito á dignidade deve ser inviolável e neste sentido a Pessoa que enfrenta o fim de vida deve estar próxima dos seus entes queridos. Salienda Deodato (2006), que devemos favorecer uma morte que seja tranquila com o menos sofrimento possível e para isso, esta deve estar inserida no seu núcleo familiar ou não estar isolada deste.

Cuidar desses doentes também é função dos profissionais do SU, sendo o enfermeiro o elemento de ligação na equipa interdisciplinar é o profissional mais próximo do doente e família. Pelas características das suas funções o enfermeiro representa o elemento chave na prestação destes cuidados. Segundo Sapeta (2011, p.24), *"...é a enfermeira a que permanece mais tempo, demonstra maior proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes em fim de vida..."*.

Desta forma, torna-se essencial despertar e sensibilizar os profissionais do SU para os cuidados em fim de vida, salientando a sua importância e efetividade, dado o número crescente de doentes terminais que aqui vivenciam os momentos finais.

A pertinência e motivação deste estudo surgiram assim, de uma inquietação e de questões que se revelam com necessidade de serem investigadas, elucidadas e de uma melhor compreensão do fenómeno identificado. O principal objetivo deste estudo, desde o seu início, prendeu-se com o facto de conhecer com maior profundidade a realidade vigente, para posteriormente e após um esclarecimento objetivo e determinado acerca desta inquietação vivida e sentida, podermos intervir e apoiar. Enquanto estudo de investigação na área dos cuidados de enfermagem, este tem como principal objetivo contribuir para a humanização dos cuidados à Pessoa em fim de vida no SU, assim como ampliar os conhecimentos e desenvolver competências relativamente ao tema em análise.

Esta foi uma área de interesse que emergiu decorrente de várias razões e motivos. O primeiro teve a ver com o facto de ser onde desenvolvo a minha atividade profissional e diariamente contactar com doentes em fim de vida, estando ciente da realidade e percecionando por vezes, a falta de disponibilidade e importância que os profissionais atribuem aos doentes em fim de vida, no entanto estes doentes têm de ser assumidos como emergências, quer pelo descontrolo de sintomas, quer pelo estado debilitado que se encontram. Enquanto enfermeira, sinto que é uma lacuna patente no meu local de

trabalho e por isso necessita de ser estudada e aprofundada de forma a aumentar a qualidade dos cuidados prestados à Pessoa em fim de vida.

Por fim, há ainda a referir que para a escolha desta temática teve também relevância o facto de esta ser uma área de interesse pessoal. No entanto e na real identificação da necessidade de desenvolver este estudo neste SU, tive várias conversas informais com outros enfermeiros da equipa e médicos, durante as quais pudemos constatar que para eles esta temática também se apresenta como uma problemática, preocupação e área de insatisfação, que lhes causa desconforto, mal-estar e dificuldades várias. Os profissionais referem que a entrada de uma pessoa em fim de vida é uma situação delicada, difícil e constrangedora de gerir que necessita ser trabalhada para melhorar o bem-estar de toda a equipa, com subsequente melhoria dos cuidados prestados aos doentes e seus familiares.

A união de todos estes factos conduziu à identificação desta área temática como uma dificuldade sentida e claramente identificada, com necessidade de aprofundamento das suas causas, na qual e de acordo com as autoras Fortin, (2009, p.67) “O processo de investigação tem por objetivo corrigir o desvio observado; tirar proveito dos conhecimentos de que dispõe para clarificar a situação que constitui problema e remediá-lo”.

Atendendo ao marco teórico e á pertinência do estudo enunciamos a Questão de Investigação: **Quais as abordagens terapêuticas priorizadas pelos Profissionais de Saúde, perante a Pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência?** Com o Objetivo Geral: **Conhecer as abordagens terapêuticas priorizadas pelos Profissionais de Saúde, perante a Pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência**, tendo como propósito contribuir para a humanização dos cuidados à Pessoa em fim de vida no SU.

É importante salientar, que é através da pergunta de investigação que conseguimos explorar de forma clara e objetiva a temática em estudo. De acordo com Quivy (1998, p. 41), com uma boa pergunta de partida, *“o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação”*. Também, Fortin (2009, p.72) relativamente a este assunto afirma que *“A investigação parte sempre de uma questão. (...) é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe.”* A sua exequibilidade, justificação e operacionalização são essenciais no sucesso do trabalho de investigação, permitindo avanço sobre os conhecimentos de enfermagem.

Uma vez identificada a questão de investigação, surge a necessidade de serem definidas as questões orientadoras e os objetivos específicos do estudo, para que no final consigamos alcançar aquilo a que nos propusemos com a sua consecução.

Assim, colocamos as seguintes Questões Orientadoras:

- Qual a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), acerca dos cuidados prioritizados à Pessoa em fim de vida no SU?
- Quais as necessidades e as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na abordagem da Pessoa em fim de vida no SU?
- Qual a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), acerca do que consideram relevante existir no SU, de forma a oferecer cuidados que dignifiquem a Pessoa em fim de vida?

Face ao objetivo geral e às questões orientadoras, traçam-se os seguintes Objetivos Específicos:

- Analisar a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), acerca dos cuidados prioritizados à Pessoa em fim de vida no SU;
- Identificar as necessidades e as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na abordagem da Pessoa em fim de vida no SU;
- Analisar a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), acerca do que consideram relevante existir SU, de forma a oferecer cuidados que dignifiquem a Pessoa em fim de vida.

2. METODOLOGIA DO ESTUDO

A escolha do paradigma de investigação está intimamente relacionada com o problema de investigação, a natureza e os objetivos do estudo, desta forma optou-se por uma abordagem de cariz qualitativo na medida em que esta metodologia aplicada à saúde é ampla e oferece ao investigador a possibilidade de descobrir “*pensamentos, percepções e sentimentos experimentados pelos informantes*” (Ribeiro, 2010, p.65).

É uma metodologia que envolve proximidade de forma a desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam e experimentam os acontecimentos em estudo. O seu grande objetivo consiste em compreender o significado do fenómeno em estudo, tomando a perspetiva única das pessoas estudadas no contexto onde ocorrem os fenómenos, permitindo considerar a complexidade dos fenómenos em estudo (Ribeiro, 2010).

Etimologicamente a palavra método significa “caminho ou procedimento numa direção”, e apresenta várias características: encontra-se dirigido para um fim, segue uma ordem e uma estrutura e recorre a uma multiplicidade de elementos, sejam eles mentais ou materiais (Ribeiro, 2010).

Fortin (2009) refere-se à metodologia como sendo, um instrumento importante no processo de investigação uma vez que nos permite elaborar o estudo de forma ordenada na tentativa de atingir os objetivos. No entanto, para que o método seja de facto útil e aconselhável, não basta que nos indique um caminho, ou uma maneira de agir, mas a forma mais adequada de atingirmos o fim desejado.

É de facto, no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às suas questões de investigação. As decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo (Fortin, 2009).

Segundo Quivy e Champenhoudt (2013), a metodologia consiste na descrição dos princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação.

Vários autores referem, que a escolha do método de investigação pelo qual o investigador envereda está relacionada, por um lado, com a filosofia e gosto pessoal e por outro, com a natureza da pesquisa (Polit 2004; Fortin, 2009; Quivy e Campenhoudt, 2013).

Quivy e Campenhoudt (2013) referem que o método de pesquisa qualitativo emprega o raciocínio indutivo, não considerando o conhecimento que possuímos acerca da temática

de estudo, assim a conceptualização indutiva produz conceitos empíricos a partir de observações diretas ou de informações reunidas por outros.

Desta forma, com a realização deste estudo pretende-se gerar conhecimento que contribua para um melhor conhecimento sobre a abordagem dos profissionais de saúde perante a Pessoa em fim de vida em contexto de urgência, e que os resultados possam ser um ponto de partida para repensar algumas questões associadas à temática, levando a melhorias na prática dos cuidados.

2.1. Tipo de Estudo

A escolha do método de investigação depende da orientação que o investigador quer dar ao seu estudo e das questões envolvidas no mesmo. Neste sentido, optamos por um estudo de natureza exploratória e com uma componente descritiva, na medida que tentamos explorar o fenómeno pela qual o investigador se interessa com o objetivo de analisar e descrever esse fenómeno na população em estudo. Para além de que os estudos descritivos visam a descrição de fatores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Neste estudo observamos, descrevemos, investigamos a natureza do problema em questão e todos os fatores com os quais se relaciona (Polit, 2004), daí dizemos que se trata de um estudo de natureza exploratória e com uma vertente descritiva.

2.2. Contexto do Estudo

Atendendo aos objetivos do estudo, que devem constituir o principal critério para seleccionar o campo empírico, este estudo realizou-se no SU de um Hospital da Zona Norte do país, sobre o qual vamos realizar uma breve caracterização. A obtenção da declaração autorização para realização do estudo neste hospital encontra-se em anexo (Anexo I).

A opção de realizar o estudo num SU deveu-se ao facto de ser um contexto onde o contacto com o doente em fase final de vida toma contornos intensos, ocorridos pelas

mais diversas circunstâncias, nomeadamente a adoção de medidas como a futilidade terapêutica, a distanásia, a obstinação terapêutica, entre outros.

Num SU prima o desconhecido, cada admissão de um doente, constitui para o profissional de saúde um desafio, porque exige deles tomadas de decisão rápidas e muitas vezes unilaterais. Não é um serviço com planos de cuidados estruturados, organizados, existe uma variabilidade de admissão de doentes, com processos de doença que variam entre doença aguda, crónica e final, pelo que os cuidados dirigem-se para dar resposta às prioridades das necessidades apresentadas pela pessoa doente. Vale ressaltar, que um doente em fim de vida é um doente complexo que exige cuidados complexos.

Pois como refere Sampieri [et al.] (2013, p.385), para a pesquisa ser bem-sucedida, o investigador “ (...) *deve realizar uma imersão completa no ambiente*”. Esta imersão implica um questionar contínuo do que acontece e do que aconteceu, o seu porquê e que significado atribuir ao que se observa; implica também, uma aproximação aos participantes, para assim, ser gerado o ambiente ideal à colheita de dados, que conduzirá por certo, ao sucesso da investigação.

Assim o contexto do estudo insere-se num SU pertencente a um Hospital da Zona Norte do país, com mais de 210 anos, ficando o SU desta unidade hospitalar no pólo de construção mais recente do mesmo.

Este serviço dá resposta às necessidades dos utentes na sua maioria provenientes das freguesias ocidentais da cidade, mas também doentes com residência a sul do Douro até Aveiro, bem como do eixo nordeste de Portugal (Amarante, Vila Real, Chaves e Bragança), quando é necessária a observação por uma determinada especialidade existente no Hospital e ser esta a sua rede de referenciação. Mais recentemente, viu alargada a sua área de referência, a Gondomar e Ramalde.

Existem diferentes níveis de urgência hospitalar, estando esta urgência classificada no nível mais diferenciado (Serviço de Urgência polivalente – SUP), desta forma integra todas as especialidades clínicas, assim como meios auxiliares de diagnóstico. De referir que a urgência de oftalmologia encerra às 20 horas e divide o período noturno com o Hospital de São João (15 dias em cada hospital). A urgência de urologia encerra às 20 horas, passando a existir esta especialidade no Hospital de São João.

Integra também uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, que participa na prestação de cuidados ao doente crítico extra-hospitalar.

A nível de recursos humanos de Enfermagem, o SU possui um quadro orgânico com cerca de cem enfermeiros distribuídos por cinco equipas, neste momento com 18 enfermeiros

por turno, 60 assistentes operacionais (11 por turno) e cerca de 20 administrativos (3 por turno). Para além destes elementos existem 5 equipas médicas que, rotativamente, aqui prestam assistência, todos os dias do ano, nas 24 horas do dia.

Desde Outubro de 2000 que no SU está implementado um sistema de triagem de prioridades – Triagem de Manchester, com o objetivo de hierarquizar o atendimento de forma justa, objetiva e definida por parâmetros clinicamente seguros, que é submetido a auditoria contínua. Poderão ser atribuídas uma de cinco prioridades, representadas por cinco cores:

Tabela 1 - Triagem de Manchester.

Cor	Classificação	Tempo de atendimento
Vermelho	Emergente	Imediato
Laranja	Muito urgente	10 minutos
Amarelo	Urgente	60 minutos
Verde	Pouco urgente	120 minutos
Azul	Não Urgente	240 minutos

Fonte: <http://www.hgsa.min-saude.pt/Emergência/Triagem/>

Após a triagem de prioridades (realizada pelo enfermeiro triador), estabelecem-se circuitos de encaminhamento dos utentes para grandes áreas de influência: área médica, área cirúrgica, ortopedia, clínica geral, cirurgia vascular, urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, neurologia, neurocirurgia, cirurgia maxilo-facial e gastroenterologia.

Existe também uma sala de emergência incorporada no SU, neste momento funcionalmente dependente da unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP), existe uma equipa, organizada e destacada diariamente (um médico, um enfermeiro e um auxiliar da UCIP e mais um enfermeiro do SU) cuja função específica é o atendimento dos doentes críticos provenientes dos internamentos e SU que por qualquer motivo agudizam a sua situação clínica e também doentes críticos provenientes do exterior.

Desde outubro de 2004 este é o primeiro SU de um hospital central, universitário e polivalente em Portugal, que funciona sem registos em papel, apresentando todos os circuitos de informação encerrados na utilização de uma aplicação informática – Alert.

2.3. Participantes do Estudo

A investigação científica inclui uma população ou universo, entendendo-se por população um conjunto de “ (...) *elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo*” (Fortin, 2009, p.41). Também Sampieri [et al.] define população como o “*conjunto de todos os casos que preenchem determinadas especificações*” (2013, p. 193).

Relativamente à escolha dos participantes, Fortin (2009) referem-nos que este é um processo através do qual um grupo de pessoas ou uma parte da população é selecionado, de modo a representar uma população inteira.

Definiu-se como participantes do estudo os Profissionais de Saúde (Médicos e Enfermeiros), que prestam cuidados num SU da Região Norte do país. Sendo critérios de inclusão a experiência profissional superior a 2 anos e ser Médico ou Enfermeiro no SU, sendo que parte dos participantes fossem Médicos e Enfermeiros Especialistas e parte dos participantes fossem Médicos e Enfermeiros com licenciatura.

São eles que diariamente lidam com a Pessoa em fim de vida em contexto de urgência, cuidam e prestam todo o apoio necessário quer a doentes, quer a familiares no processo de fim de vida, onde se incluem as fases de pré, durante e pós morte. No entanto, considerando a impossibilidade de incluir no estudo todos os elementos que constituem a população alvo, terá de se proceder a um processo de amostragem, que consiste na escolha de “*um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra)*”, com o objetivo de caracterizar essa população através dos dados que a amostra nos fornece (Fortin, 2009, p. 310).

Logo, a amostra é “*a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo*” (Fortin, 2009, p. 312). Assim, contamos com dez (10) participantes, cinco são enfermeiros e cinco são médicos. Dos cinco Enfermeiros, três têm a especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica e dois têm a licenciatura em Enfermagem, de igual forma para os médicos três são especialistas de medicina interna e 2 possuem a licenciatura, sendo internos da especialidade de medicina interna.

A seleção dos 10 participantes no estudo realizou-se da seguinte forma: no SU do Hospital em questão existem 5 equipas médicas e 5 equipas de enfermagem, assim, para que existisse representação, selecionou-se aleatoriamente, de acordo com os critérios de inclusão, um elemento de cada equipe médica e um elemento de cada equipe de enfermagem. De seguida na tabela 2 apresentamos o perfil dos participantes do estudo.

Tabela 2 - Caracterização do perfil dos profissionais de saúde – Médicos e Enfermeiros.

Enfermeiro	Médico	Género	Idade (anos)	Tempo de SU (anos)	Formação Académica	Formação em CP
E1	M1	Feminino	33	13	Especialista	Sim
		Masculino	34	7	Especialista	Sim
E2	M2	Feminino	32	8	Licenciatura	Não
		Masculino	30	6	Licenciatura	Sim
E3	M3	Feminino	33	10	Licenciatura	Não
		Feminino	40	16	Especialista	Sim
E4	M4	Feminino	29	4	Especialista	Não
		Feminino	32	7	Especialista	Sim
E5	M5	Feminino	33	10	Especialista	Sim
		Feminino	29	5	Licenciatura	Sim

Da análise da tabela 2, podemos concluir que os 10 participantes do estudo, 5 médicos e 5 enfermeiros se encontram numa faixa etária entre os 29 e os 40 anos. Dos 5 médicos, 3 são do sexo feminino e 2 são do sexo masculino, relativamente aos 5 enfermeiros, todos são do sexo feminino.

Relativamente ao tempo de serviço em SU, podemos concluir que a experiência em SU varia de 4 anos (mínimo) a 16 anos (máximo).

No que concerne à formação académica, dos 5 médicos três são especialistas e dois são médicos internos da especialidade de medicina interna, com a licenciatura. Dos 5 enfermeiros, 3 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e 2 são licenciados.

Relativamente à formação em CP podemos confirmar que todos os médicos possuem formação em CP, enquanto que dos 5 enfermeiros, apenas 2 possuem formação em CP e 3 não tem qualquer formação a este nível.

2.4. Estratégia e Instrumento de Recolha de Dados

Face ao tipo de estudo e aos objetivos delineados, a escolha do instrumento de colheita de dados depende do tipo de investigação, do tipo de fenómeno ou variável, e dos instrumentos disponíveis. O investigador deve questionar-se se o instrumento que ele pensa utilizar para recolher a informação junto dos participantes é o mais conveniente para responder à sua questão de investigação (Fortin, 2009).

Neste sentido, e de acordo com Fortin (2009), a entrevista é o principal método de colheita de informação utilizado no tipo de abordagem de investigação qualitativa. É um processo fundamental de comunicação e de interação humana que tem na sua essência três funções: examina os conceitos e compreende o sentido de determinado fenómeno, tal como o mesmo é entendido pelos participantes no estudo, é o principal instrumento de medida utilizado na investigação qualitativa. Assim, optamos pela entrevista, pois esta *“(...)é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas (...)”* (Fortin, 2009, p.375).

As entrevistas podem variar de acordo com a sua estruturação em: estruturadas, semiestruturadas ou não estruturadas (Sampieri [et al.], 2013).

De acordo com a natureza e finalidade do nosso estudo, optámos pela entrevista semiestruturada, que se encontra entre a entrevista estruturada e não estruturada. Tem na sua base uma combinação de aspetos destas duas, não é tão controlada como a entrevista estruturada, mas a sua estrutura e questões foram previamente pensadas e formuladas de acordo com os objetivos do estudo, pelo que também não é uma entrevista não estruturada.

Segundo Fortin (2009, p.376-377), a entrevista semiestruturada é utilizada em *“ casos em que se deseja obter mais informações particulares sobre um tema (...) quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes.”* Sendo também identificada como *“(...) uma interação verbal animada de forma flexível pelo investigador (...) modo que se assemelha a uma conversa, ou temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo.”*

Também Ribeiro (2010, p. 67) refere, que a entrevista mais ou menos estruturada, *“implica recolha de grande quantidade de dados de pequenas amostras ou de caso único, dados*

esses que posteriormente requerem ser decodificados e organizados para dar sentido à investigação e para apresentar os resultados”.

Através da sua utilização pretendemos compreender o ponto de vista do participante, a expressividade dos seus sentimentos e opiniões acerca das suas vivências relativamente ao fenómeno estudado, com a finalidade de dar resposta aos objetivos traçados, deixando espaço e orientando, para que a pessoa entrevistada se expresse livremente.

De forma a orientar o investigador e facilitar na sequência das questões a ser estudadas elaborou-se o guião da entrevista (Apêndice I), que segundo Quivy e Campenhoudt, (2013, p. 181) “*é o suporte da entrevista. Mesmo quando está muito estruturado, fica nas mãos do entrevistador (...)*”.

Na realização das entrevistas atendemos previamente a alguns aspetos considerados por nós essenciais:

- Obter a autorização do Excelentíssimo Senhor Presidente do Conselho de Administração do Hospital onde se pretende realizar o estudo (Anexo I), para se proceder à colheita de dados, obtendo assim a declaração de autorização do estudo;
- Realizar uma reunião com a Enfermeira Chefe e Diretora do SU, com o intuito de dar a conhecer o tema do estudo em causa e as envolver no estudo;
- Dialogar com os diferentes profissionais de saúde, acerca do âmbito e pertinência do estudo para o serviço com a finalidade de perceber a receptividade e disponibilidade dos mesmos, para colaborarem com a pesquisa.

Perante isto, após todas as autorizações devidamente firmadas procedeu-se ao processo de recolha de dados através da entrevista semiestruturada. O local para a realização das entrevistas foi selecionado pela Enfermeira Chefe do SU em dia e hora combinadas (gabinete do Enfermeiro Coordenador) de forma a evitar interrupções, distrações, como ruídos, telefones, etc. Para que desta forma, o entrevistado e entrevistador pudesse conversar livremente sobre o tema em questão gerando-se um clima de empatia entre ambos. Os profissionais entrevistados, tiveram assim a oportunidade de se expressar livremente acerca dos temas sugeridos. A informação recolhida, foi submetida a análise de conteúdo, segundo Bardin (2011).

As entrevistas realizaram-se a médicos e enfermeiros no período entre 3 de outubro de 2016 e 11 de Novembro de 2016. Em cada entrevista foram apresentados aos entrevistados os objetivos do estudo e a metodologia adotada, assim como a pertinência do estudo. A todos os entrevistados foi também entregue uma declaração de

consentimento informado (Anexo II), que todos leram e assinaram. Foi também pedido autorização para que a entrevista fosse gravada, não havendo inconveniente da parte de nenhum dos entrevistados. Foi desta forma garantida a confidencialidade de toda a informação e a credibilidade do estudo.

Posto isto segue-se a fase de tratamento e análise de dados. Segundo *Bogdan e Biklen* (1994, p. 205), a análise dos dados significa “trabalhar” o material obtido durante a pesquisa e envolve, segundo *“a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta de aspetos importantes do que deve ser apreendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros.”*

Desta forma, a informação obtida foi submetida a análise de conteúdo segundo *Bardin* (2011). Esta análise de conteúdo deve estabelecer a interpretação entre dois pólos: o do rigor da objetividade e da riqueza da subjetividade. Refere ainda, *Bardin* (2011) que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, baseado em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A análise de conteúdo permite tratar de forma metódica as informações obtidas através da técnica de colheita de dados, como é o caso da entrevista semiestruturada. Para *Bogdan e Biklen* (1994, p. 48) *“na busca do conhecimento, os investigadores qualitativos não reduzem as muitas páginas (...) tentam analisar os dados em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto possível, a forma em que estes foram registados ou transcritos.”* Neste contexto, o primeiro passo desta fase foi a transcrição das entrevistas, fundamental no familiarizar com a informação.

Após isto, organizámo-las e ordenámo-las de forma a podermos iniciar a redução de dados, elaborando-se uma tabela de codificação global, que segundo *Bardin* (2011), tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto, transformação esta que vai permitir atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão e que é suscetível de esclarecer sobre as características do texto ou seja, permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Posteriormente às várias áreas temáticas, foram atribuídas categorias e subcategorias e unidades de análise. Durante todo este processo atendemos e respeitamos os princípios ético-moral.

2.5. Considerações Éticas

Os princípios éticos devem estar presentes em todas as atividades inerentes à investigação em enfermagem. Este estudo assentou no respeito pelos direitos e deveres, na preservação da dignidade da pessoa, que conforme defende Araújo (2005), são os princípios basilares de uma investigação.

A investigação em saúde deve desde o primeiro momento, ter em conta algumas considerações éticas, uma vez que envolve pessoas (Fortin, 2009) e reportando-nos para a nossa área do saber, a Enfermagem e mais especificamente na investigação, é imperativo ter uma consciência ética baseada nos quatro princípios morais fundamentais, também designados de “*prima facie*”: a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça.

Neste contexto, e tendo em conta que o estudo em questão envolve seres humanos, emergem daí questões morais e éticas, pelo que salvaguardamos procedimentos, de modo a proteger os direitos dos sujeitos e das organizações. Neste estudo, foi nossa preocupação os aspetos éticos relacionados com os participantes, com o meio onde se realizou o estudo e por fim a com a confidencialidade dos dados.

Importa referir, que aliado a estes quatro princípios éticos e atendendo à natureza da temática deste estudo, ao contexto em que é desenvolvido e aos sujeitos envolvidos, exige que alguns aspetos éticos sejam tidos em consideração:

- Consentimento livre e informado esclarecendo previamente todos os participantes sobre os objetivos do estudo, a sua finalidade e de que forma pretendíamos concretizá-lo;
- Garantia da confidencialidade e sigilo de todas as declarações;
- Esclarecimento sobre o direito de não-aceitação e de desistência a qualquer momento sem qualquer repercussão para os próprios;
- Pedido de autorização para realização do estudo às entidades responsáveis e competentes no local da realização deste estudo.

Desta forma, numa primeira fase foi efetuado um pedido de autorização para a realização do estudo, em impresso próprio facultado pelo hospital às várias entidades (Comissão de Ética para a Saúde, Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação, Direção de Enfermagem e Direção Clínica), envolvidas na aprovação do estudo.

No entanto o estudo apenas foi iniciado após análise das várias entidades e obtenção do parecer favorável pelo Conselho de Administração do Hospital em questão (Anexo I).

Durante a investigação, foi explicado previamente a todos os participantes quais os objetivos e finalidade do estudo e de que forma pretendíamos concretizá-lo. Foi ainda dada oportunidade ao participante de realizar questões para esclarecimento de dúvidas. Depois de devidamente esclarecidos, foi-lhes solicitado o consentimento escrito no qual é garantida a confidencialidade e anonimato dos dados (Anexo II).

Todos os participantes aceitaram participar de forma voluntária e foram informados da possibilidade de poderem desistir a qualquer momento se assim o desejassem.

Fundamentadas as nossas decisões metodológicas e descrito o modo como planeamos e realizámos as várias fases do processo de investigação e os procedimentos inerentes à recolha e análise dos dados, partimos para o capítulo seguinte onde iremos apresentar e analisar os dados obtidos.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Nesta fase do estudo, apresentamos os dados obtidos, através da análise de conteúdo efetuada aos discursos produzidos pelos participantes do estudo. Este procedimento de análise dos dados permitiu identificar um conjunto de áreas temáticas, consequentemente categorias e subcategorias que possibilita a compreensão do processo de fim de vida em contexto de SU de um hospital de agudos.

Da análise de conteúdo dos diferentes discursos, pretendemos construir um corpo de conhecimentos, que expresse a abordagem dos profissionais de saúde face à Pessoa em fim de vida num SU.

Para tal, recorreremos ao uso de texto descritivo, com citação dos enxertos mais representativos das entrevistas e diagramas de síntese, descrevendo assim o fenómeno em estudo.

Após a análise de todas as entrevistas efetuadas, emergiram 10 áreas temáticas, a partir do qual se desenvolveram categorias e subsequentemente subcategorias que de seguida apresentamos na tabela 3.

Tabela 3 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias que emergiram das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde, relativas à pessoa em fim de vida no SU.

Área Temática	Categoria	Subcategoria
1. Significado de Pessoa em Fim de Vida na perspetiva dos Enfermeiros e Médicos do SU	Pessoa com doença crónica e prolongada	
	Pessoa sem perspetiva de cura	
	Pessoa com necessidades de cuidados de conforto	
	Pessoa que necessita de cuidados condignos	
	Pessoa com morte eminente	

1. Significado de Pessoa em Fim de Vida na perspectiva dos Enfermeiros e Médicos do SU	Pessoa que necessita de cuidados prioritários	
	Pessoa com particularidades específicas	
	Pessoa que necessita de atenção dos profissionais de saúde	
	Pessoa que necessita de cuidados multidimensionais	
	Pessoa que experiência sofrimento	
	Pessoa em situação de fragilidade	
Área Temática	Categoria	Subcategoria
2. Significado de CP na perspectiva dos Enfermeiros e Médicos do SU	Cuidados com o intuito de promover a qualidade de vida	
	Cuidados de conforto	
	Cuidados promotores da Relação	
	Cuidados promotores da dignidade	
	Cuidados que promovem o controlo sintomático	
	Cuidados em intenção curativa	
	Cuidados dirigidos à pessoa com doença crónica, evolutiva e/ou terminal	
	Cuidados dirigidos ao alívio do sofrimento	

Área Temática	Categoria	Subcategoria
3. Opinião dos Enfermeiros e Médicos acerca da possibilidade de prestar CP à Pessoa em fim de vida no SU	<u>Sim</u> , é possível prestar cuidados paliativos no serviço de urgência	Maior Formação
		Aposta na sensibilização dos profissionais de saúde
		Favorecimento do controlo de sintomas
		Maior rácio humano
		Melhores condições arquitetónicas
	Mais recursos materiais	
	<u>Não</u> é possível prestar cuidados paliativos no serviço de urgência	Hesitação médica
		Espaço físico inadequado
Área Temática	Categoria	Subcategoria
4. Motivos que levam a pessoa em fim de vida a recorrerem ao SU	Défice de acompanhamento das equipas de saúde no domicílio	
	Impreparação da família	Enfrentar o fim de vida
		Lidar com o descontrolo sintomático
		Lidar com a morte
	Lidar com o sofrimento	
Mito social		

Área Temática	Categoria	Subcategoria
5. Intervenções prioritárias à Pessoa em fim de vida na opinião dos Enfermeiros e Médicos do SU	Alívio sintomático	
	Favorecer medidas de conforto	
	Proporcionar a companhia da família	
	Favorecer ambiente com privacidade	
	Responder às necessidades efetivas	
	Favorecer a presença	
	Disponibilidade	
	Comunicação com a família	
	Favorecimento de uma relação empática	
Área Temática	Categoria	Subcategoria
6. Dificuldades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em fim de vida no SU	Espaço arquitetónico inadequado	
	Indisponibilidade	
	Existência primordialmente do Modelo biomédico	

6. Dificuldades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em fim de vida no SU	Equipa de saúde orientada para a cura	
	Tomada de decisão	
	Informação insuficiente acerca do doente	
Área Temática	Categoria	Subcategoria
7. Necessidades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em Fim de Vida no SU	Adquirir formação em cuidados paliativos	
	Criar espaços de Discussão de casos clínicos	
	Criar espaços promotores da privacidade	
	Melhorar o circuito de informação	
Área Temática	Categoria	Subcategoria
8. Razões que levam os enfermeiros e os médicos a adotarem estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo	Modelo essencialmente biomédico	
	Lidar com o processo de morrer	
	Desconhecimento do significado de agonia	
	Assumir que é um doente em processo de morrer	
	Mecanização dos cuidados	
	Desconhecimento da situação clínica anterior	

8. Razões que levam os enfermeiros e os médicos a adotarem estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo	Inexperiência clínica	
	Influência cultural	
	Sentimentos de culpa	
	A subjetividade da clínica	
	Défice de tempo para a tomada de decisão	
	Formação de base na perspectiva curativa	
	Lidar com as emoções	
Área Temática	Categoria	Subcategoria
9. Sugestões dos Enfermeiros e Médicos para potenciar um fim de vida com dignidade no SU	Espaço físico confortável	
	Formação em cuidados paliativos	
	Apoio de psicólogo e psiquiatria na equipa de saúde	
	Reuniões para discussão de casos clínicos e partilha de emoções e sentimentos	
	Comunicação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares	
	Mais recursos Humanos	
	Valorização dos cuidados de conforto	
	Aceitar a orto-tanásia	
	Dar segurança	

9. Sugestões dos Enfermeiros e Médicos para potenciar um fim de vida com dignidade no SU	Envolver o doente na tomada de decisão	
	Facilitar a despedida	
	Simplificar medidas terapêuticas	
	Identificar necessidades efetivas do doente e família	
	Estabelecer uma relação empática	
Área Temática	Categoria	Subcategoria
10. Opinião dos enfermeiros e médicos acerca do processo de morrer com dignidade no SU	Sim, proporciona um morrer com dignidade	
	Nem sempre proporciona um morrer com dignidade	
	Não proporciona um morrer com dignidade	

1.1. Significado de Pessoa em Fim de Vida na perspetiva dos Enfermeiros e Médicos do SU

Pela análise e tratamento da informação dos discursos dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) relativos a esta area temática, emergiram 11 categorias: pessoa com doença crónica e prolongada; pessoa sem perspetiva de cura; pessoa com necessidades de cuidados de conforto; pessoa que necessita de cuidados condignos; pessoa com morte eminente; pessoa que necessita de cuidados prioritários; pessoa com particularidades específicas; pessoa que necessita de atenção; pessoa que necessita de cuidados multidimensionais, pessoa que experiencia sofrimento; pessoa em situação frágil (diagrama nº1).

Parece poder afirmar-se que definir pessoa em fim de vida é difícil pela multidimensionalidade de aspetos que envolve. Também, França (2000), salienta que definir doente em fim de vida não tem sido fácil, na medida que a própria vida já é por si mesmo terminal e portanto, é um conceito impreciso.

Castro (2008, p.21), que o doente terminal é aquele para o qual se esgotaram as possibilidades de tratamento curativo da sua doença, progredindo a mesma de forma mais ou menos rápida para a morte. Afirma que *“sempre que o doente chega á fase terminal, em que a doença evolui de forma progressiva, insensível ao sofrimento e ao tratamento, o recurso mais correto são os cuidados paliativos”*.

Diagrama 1 - Significado de Pessoa em Fim de Vida na perspetiva dos Enfermeiros e Médicos do SU.



Relativamente ao conceito de Pessoa em fim de vida, na perspetiva dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) do SU, 1 Enfermeiro salienta a **pessoa com doença crónica e prolongada**, como descreve o seu discurso:

(...) pessoa em fim de vida pode ser aquela pessoa que é vítima de doença crónica e prolongada ou de várias doenças crónicas e prolongadas (...) E1

Do mesmo modo, **Pessoa sem perspetiva de cura** é salientada por dois Profissionais de saúde, 1 Médico e 1 Enfermeiro, na definição de Pessoa em fim de vida:

(...) aquela pessoa a quem nós não conseguimos ter qualquer intervenção a nível curativo (...) E1

(...) são os doentes que não temos um tratamento curativo, significa que nossa estratégia não vai promover uma reversibilidade do quadro (...) M1

2 Enfermeiros destacam que, Pessoa em fim de vida é uma **Pessoa com necessidades de cuidados de conforto**, como referem no seu discurso:

(...) pessoa que necessita de cuidado a nível de conforto e de alguma qualidade de vida (...) E1

(...) é alguém em que já nada lhe podemos oferecer nada a não ser o conforto (...)
E3

1 Enfermeiro refere-se ao significado de pessoa em fim de vida como, **pessoa que necessita de cuidados condignos**, como salienta no excerto:

(...) uma pessoa que estando no seu final de vida merece ser tratada com dignidade (...) merece que o seu fim de vida sem dor, junto da sua família (...)
E2

Pessoa com morte iminente é salientado por dois Profissionais, 1 médico e 1 enfermeiro, como conceito de pessoa em fim de vida, referindo:

(...) a pessoa em fim de vida, é uma pessoa que está com uma doença prolongada, que já tem uma série de descompensações a nível sistémico (...) E3

*(...) uma pessoa que está com uma esperança média de vida curta(...)*M5

Relativamente á definição de Pessoa em fim de vida, existe 1 Enfermeiro que refere que é uma **Pessoa que necessita de cuidados prioritários**, como podemos verificar com a citação:

(...) a pessoa em fim de vida, na minha opinião deve ser uma pessoa com alguma prioridade nos cuidados (...) E4

1 Enfermeiro refere que pessoa em fim de vida é uma **Pessoa com particularidades específicas**, referindo:

(...) a pessoa em fim de vida é um doente como qualquer outro mas com algumas particularidades, acarreta todo o historial do doente, todas as vivências, todos os aspetos positivos e negativos (...) E5

Pessoa que necessita de atenção dos profissionais de saúde, foi referido por 2 médicos:

(...) é uma pessoa que pode ou não estar em sofrimento, precisa da nossa atenção (...) M2

(...) a pessoa em fim de vida, eu entendo um bocadinho como um fase muito importante da vida de qualquer um de nós, da mesma forma que o nascimento e depois as outras etapas (...) M4

1 Médico refere-se à pessoa em fim de vida como, **Pessoa que necessita de cuidados multidimensionais**, referindo:

(...) Pessoa em fim de vida é alguém que tem necessidades em termos terapêuticos e em termos de apoios psicológicos especiais, frequentemente há vários sintomas físicos a psico-emocionais que é preciso controlar e ajudar a controlar e é um desafio para os profissionais de saúde cuidarem destes doentes (...) M3

Pessoa que experiência sofrimento é salientado por 1 médico como ponto importante na definição de doente em fim de vida, referindo:

(...) uma etapa associada a grande sofrimento existencial e físico e psicológico (...) M4

Também 1 Médico associa a pessoa em fim de vida, a uma **Pessoa em situação de fragilidade**, salientando que:

(...) é uma pessoa que está numa posição de fragilidade (...) M5

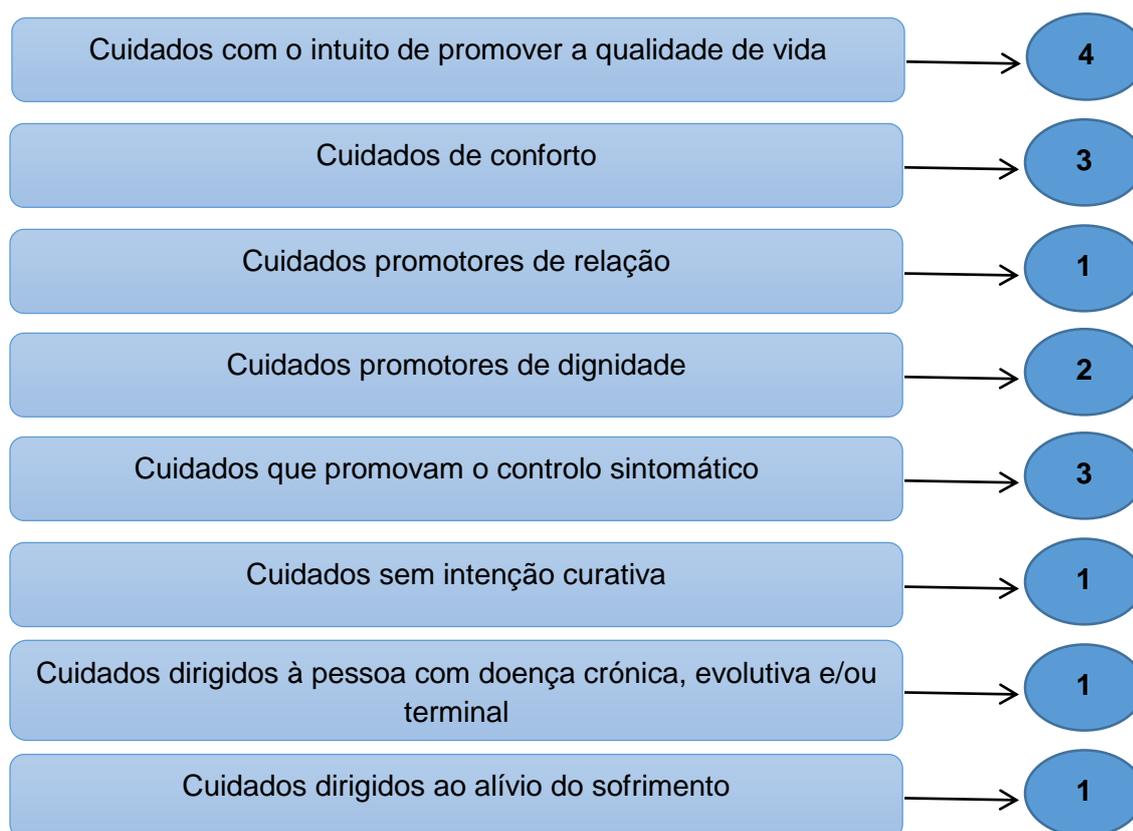
1.2. Significado de CP na perspectiva dos Profissionais de Saúde de um SU

A OMS (2002), define os CP como uma abordagem holística que tem o intuito de melhorar a qualidade de vida dos doentes com problemas associados a doenças potencialmente fatais e a sua família, recorrendo a prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos diversos problemas, sejam eles físicos, psicológico, sociais ou espirituais.

Os CP, providenciam o alívio da dor e de outros sintomas; afirmam a vida e vem a morte como um processo natural; não tem a intenção de apressar nem de adiar a morte; integram os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados aos doentes; oferecem um sistema de suporte para ajudar dos doentes a viverem tão ativamente quanto possível até a morte; utilizam uma abordagem multidisciplinar para atender as necessidades dos doentes e das suas famílias, incluindo o apoio no luto, se indicado; melhoram a qualidade de vida, e podem até influenciar positivamente o curso da doença; e são aplicáveis mais precocemente, em conjunção com outras terapias que são destinados a prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e incluem as investigações necessárias para compreender melhor e gerir complicações (OMS, 2002).

Quando colocada a questão aos participantes do estudo “O que entendem por cuidados paliativos?”, emergiram 8 categorias, conforme demonstra o diagrama nº 2.

Diagrama 2 - Significado de CP na perspectiva dos Profissionais de Saúde de um SU.



Relativamente ao significado de CP na voz dos Profissionais de saúde, podemos verificar que 4 enfermeiros afirmam que são **cuidados com o intuito de promover a qualidade de vida**, verificando-se nos seus discursos:

(...) para mim cuidados paliativos são fundamentalmente cuidados na qual pretendemos dar algum conforto e qualidade de vida à pessoa (...) portanto será o alívio de sintomas o conforto e a qualidade de vida fundamentalmente (...) E1

(...) Cuidados paliativos é face a inevitabilidade da morte, ao desfecho da morte conseguir prestar aquela pessoa cuidados que lhe tragam qualidade (...) E3

(...) visam promover o fim de vida com qualidade (...) E4

(...) Os cuidados paliativos na minha opinião, são cuidados em que tu acompanhas o doente no sentido de lhe oferecer a melhor qualidade de vida possível, tratas tudo o que é possível tratar mas não se focaliza na obstinação terapêutica (...) E5

Os cuidados de conforto também são referenciados por 3 enfermeiros como sendo, significativos nos CP, salientado:

(...) um doente em cuidados paliativos, para mim é um doente que precisa naquele momento de cuidados de conforto (...) precisa que lhe retiremos a dor, que lhe dêmos espaço para com a família, o ponhamos confortável, e controlar os sintomas, controlo da dor (...) E2

(...) Cuidados paliativos e face á inevitabilidade da morte, ao desfecho da morte, conseguir prestar aquela pessoa cuidados que lhe tragam conforto (...) E3

(...) O que associo aos cuidados paliativos são realmente um conjunto de ações que visam dar algum conforto (...) E4

Relativamente à categoria **cuidados promotores de relação** podemos verificar que foi mencionada por 1 enfermeiro, referindo:

(...) eu acho que promover a relação com a família, é o que o doente precisa mesmo naquele momento, é o estar junto da família (...) E2

Relativamente á categoria **cuidados promotores de dignidade**, 2 enfermeiros referem como sendo definidores de CP, verificando-se nos seus discursos:

Cuidados paliativos é face a inevitabilidade da morte, ao desfecho da morte conseguir prestar aquela pessoa cuidados que lhe tragam dignidade (...) E3

(...) visam promover o fim de vida com dignidade (...) E4

Três profissionais de saúde, 2 médicos e 1 enfermeiro, salientam a importância dos **cuidados que promovem o controlo sintomático**, como relevantes no conceito de CP, explanando da seguinte forma:

(...) quando penso em cuidados paliativos, penso em pessoa em fim de vida e que necessita de algum controlo sintomático (...) E4

(...) Cuidados paliativos são cuidados que devemos prestar aos doentes para tratamento de sintomas, basicamente (...) cuidados paliativos é tratamento de sintomas crónicos que condicionam a morbidade aos doentes (...) M1

(...) Cuidados paliativos envolvem a abordagem do doente como um todo, como sempre, mas o controlo de sinais e sintomas que podem criar algum desconforto

ao doente que podem passar por questões sociais e psicológicos a sintomas físicos e orgânicos com uma base mais objetiva (...) M5

Cuidados sem intenção curativa, também é referenciado por 1 médico como importante na definição de CP, referindo:

(...) o melhor tratamento paliativo, ou seja, devia ser um tratamento, mas não com intenção curativa(...) M2

Relativamente à categoria **cuidados dirigidos à Pessoa com doença crónica, evolutiva e/ou terminal**, foi nomeada por 1 médico, afirmando que os CP:

(...) Visam cuidar das pessoas com doença crónica avançada e progressiva, e assumem um papel ainda mais importante no doente que esta nas últimas hora ou dias de vida (...) M3

Os **cuidados dirigidos ao alívio de sofrimento**, são referidos por 1 médico como fator determinante na definição de CP, e manifestando-o da seguinte forma:

(...) Cuidados paliativos, são cuidados que visam essencialmente o alívio do sofrimento associado à doença ou as doenças que acometam o individuo, que são naturalmente de natureza complexa (...) M4

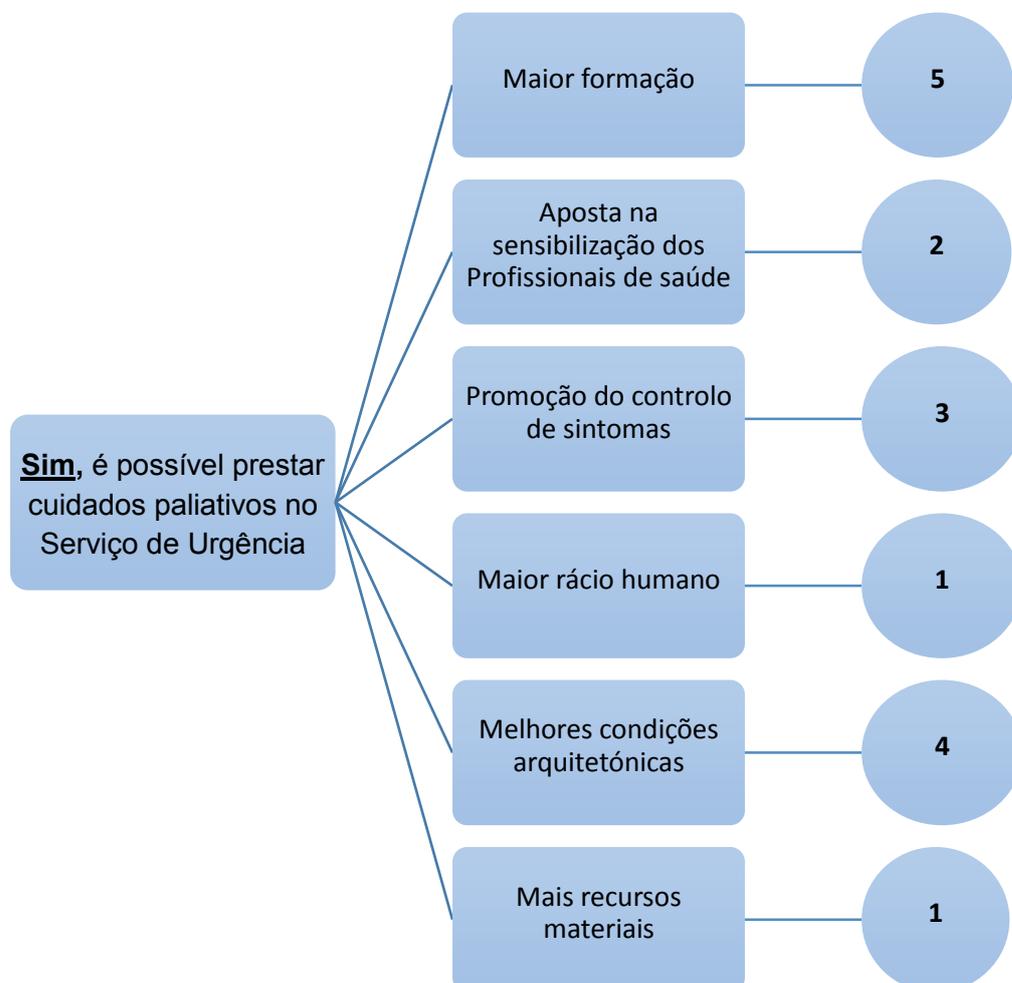
1.3. Opinião dos Enfermeiros e Médicos acerca da possibilidade de prestar CP à Pessoa em fim de vida no SU

Como já referimos, e segundo Martins, Agnés e Sapeta (2012) os cuidados em urgência são pluridimensionais. Os profissionais de saúde que trabalham em urgência necessitam de ter a capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar quer de forma mais geral, quer de forma mais específica. Neste contexto, com as mudanças demográficas implícitas na nossa sociedade, impõe-se um novo desafio aos profissionais dos SU's, deixam-se de realizar atos heroicos de "salvamento de vidas" para se passar a atuar de forma mais simples e menos tecnicista, mas também mais humana. A pessoa deixa de ser vista

apenas como um mecanismo que falha para passar a ser entendida no seu todo, portadora de doença crónica e na maioria das vezes terminal.

Os profissionais de saúde quando questionados acerca da possibilidade de prestar CP no SU, dividem-se em duas categorias: os que **concordam com a possibilidade de prestar CP** em contexto de Urgência e os que **não concordam com a possibilidade de prestar CP** em contexto de Urgência. Os que aceitam a perspetiva paliativa em contexto de Urgência, fundamentam com a aposta na sensibilização dos Profissionais de saúde, maior formação, promoção de controlo de sintomas, se existir maior rácio humano, melhores condições arquitetónicas e mais recursos materiais. Os que referem não ser possível prestar cuidados paliativos em contexto de urgência, salientam a hesitação médica e o espaço físico inapropriado, como mostra o diagrama nº3.

Diagrama 3 - Opinião dos Enfermeiros e Médicos acerca da possibilidade de prestar CP à Pessoa em fim de vida no SU.





No que se refere á possibilidade de prestar CP à Pessoa em fim de vida no SU, cinco Profissionais de saúde, 2 Enfermeiros e 3 Médicos, afirmam que sim mas que tem de existir **maior formação**, como se verifica nos excertos:

(...) Sim considero possível, mas considero que ainda há muito para fazer, na formação das equipas, na formação teórica (...) E1

(...) Acho que sim, se nos dessem muita formação (...) E2

(...) Acho que é possível, acho que é difícil, é preciso ter alguma formação prática (...) M2

(...) Eu acho que sim, acho que é difícil mas é possível. Temos que preparar todos os profissionais médicos e enfermeiros. Tem que haver formação (...) M3

(...) Claro que sim, acho que em termos de cuidados paliativos é uma estratégia complementar a outros tipos de cuidados que ainda vamos distinguindo que são os cuidados de índole curativa. E o SU é mais um momento para tomarmos contacto com estes doentes, podemos dizer que não temos tantas condições para aferir os diferentes, níveis de sofrimento, físico, psicológico e social. Não temos tantas ferramentas ao nosso dispor, mais ainda assim temos algumas e, portanto, é um sítio que não se deve perder essa oportunidade (...) M4

A **aposta na sensibilização dos profissionais de saúde**, é destacada 2 Enfermeiros, como determinantes, para a possibilidade de prestar CP no SU, como se manifestam:

(...) Sim considero possível, mas considero que ainda há muito para fazer (...) mentalização digamos assim dos profissionais (...) E1

(...) Eu considero que sim, mas é preciso sensibilizar o pessoal, quer enfermeiros, auxiliares, médicos, todos (...) E5

Também o **favorecimento do controlo de sintomas** é identificado por 2 Enfermeiros, como importantes para a prestação de CP no SU, referindo:

(...) Eu acho que é possível porque a gente pode tirar a dor, podemos pô-los confortáveis no serviço de urgência (...) E2

(...) considero que sim, cada vez mais na minha prática diária e dou o exemplo das doenças oncológicas e doenças numa fase terminal, a família em casa não está preparada para... e não tem os meios para suprir as suas necessidades e é trazida ao hospital e eu acho que aqui dentro das coisas que temos, conseguimos prestar cuidados paliativos. Aliviar-lhe a dor, tentar-lhe dar conforto respiratório, estou a dar exemplos, às vezes as pessoas chegam aqui com dificuldade respiratória e tentamos amenizar isso, até para a família ficar com uma imagem mais bonita digamos assim, quando a pessoa esta num término, que guardar uma imagem de sofrimento (...) E3

1 Enfermeiro, destaca a existência de **maior rácio humano** para a melhor prestação de CP no SU, afirmando:

(...) acho que sim, se nos dessem um melhor rácio (...) E2

Relativamente às **melhores condições arquitetónicas**, existem quatro profissionais de saúde, 2 Enfermeiros e 2 Médicos, que as nomeiam de forma a facilitar a prestação de CP no SU, referindo:

(...) acho que sim, se nos dessem mais espaço (...) E2

(...) Eu acho que é possível, simplesmente teria de ser privilegiado um espaço mais sossegado e mais privado para estes doentes (...) E3

(...) Eu acho que sim, acho que é difícil mas é possível (...) deveria haver um ambiente físico mais apropriado a estes doentes, que neste momento não há (...) M3

(...) Considero possível desde que se reúnam determinadas condições que considero essenciais, nomeadamente físicas, acho que é o mais importante e a principal lacuna (...) M5

Também **mais recursos materiais** foram apontados por 1 Enfermeiro, como fator importante a considerar para a possibilidade de prestar CP no SU, mencionando:

(...) A nível de material acho que poderia ser melhorado, no sentido de arranjar colchões mais confortáveis para este tipo de utente, nos temos colchões spenco em pouca quantidade e de qualidade baixa e acho que poderia ser um material que se poderia adquirir para dar mais algum conforto a estes doentes (...) E4

Um profissional de saúde, 1 Enfermeiro, referiu que não é possível prestar CP no SU, devido á **hesitação médica** e **espaço físico inapropriado**, como afirma na seguinte afirmação:

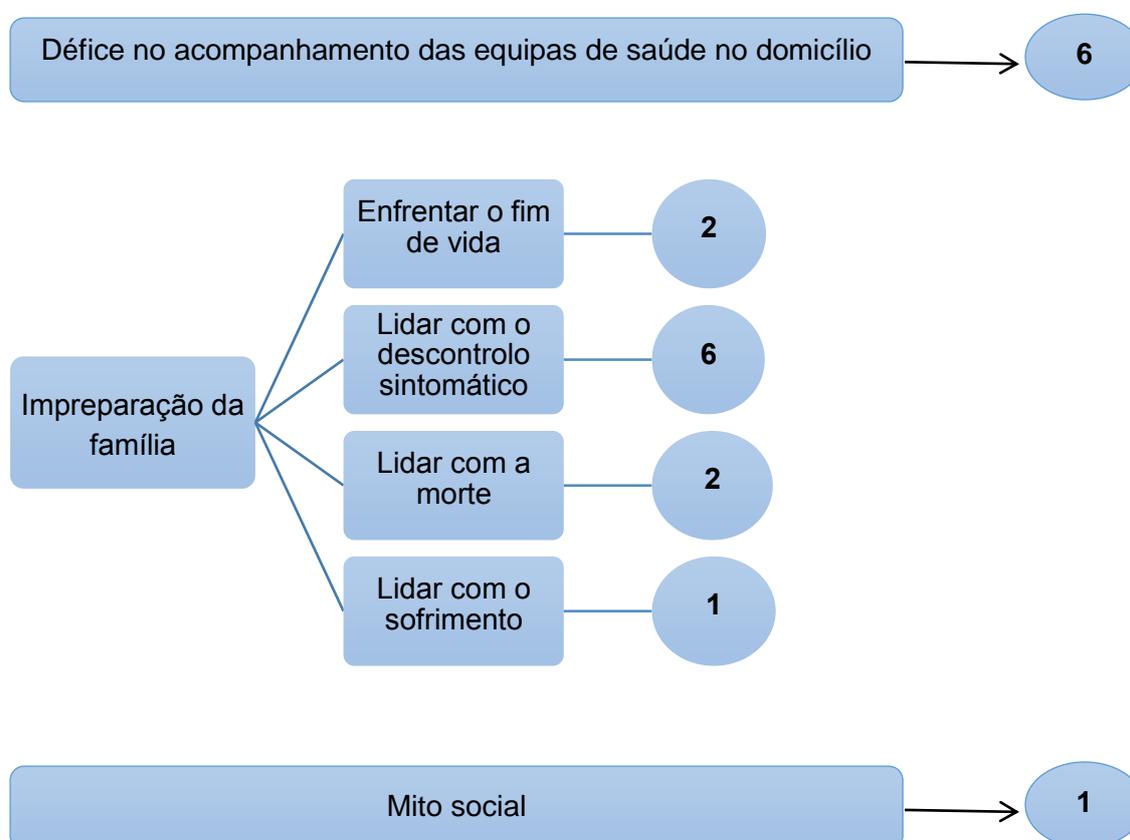
(...) A nível de conhecimentos eu acho que os médicos os têm, mas como não é a sua área de especialidade nem sempre os aplicam, noto que alguns médicos não têm problema nenhum em prescrever morfina, fentanil, outros notos que têm muita dificuldade em prescrever. Quando o utente vem para cá, eu acho que temos as capacidades e devemos prestar esses cuidados, simplesmente a nível físico acho que não é, de forma alguma o local apropriado (...) E4

1.4. Motivos que levam as Pessoas em fim de vida a recorrer ao SU

Massa (2010), afirma que cerca de 10% dos episódios de urgência são de doentes que necessitam de CP , ou seja, doentes que estão em fim de vida ou sem perspetiva de cura. No entanto, os profissionais de saúde envolvidos muitas vezes não estão vocacionados para lidar com este tipo de doente e a maioria dos SU's, não inclui qualquer suporte de CP, levando conseqüentemente a um número inapropriado de intervenções, consideradas fúteis. Segundo a mesma autora, num estágio avançado de doença, origina frequentemente situações agudas, muitas das quais são previsíveis e controláveis fora do ambiente hospitalar. Dispneia, convulsões, hemorragia e exacerbação da dor, são alguns exemplos de situações agudas consideradas emergências paliativas, justificando habitualmente o recurso ao SU. No entanto, o desgaste psicológico, a falta de apoio a nível dos cuidados de saúde, incluindo a enfermagem e a ausência de equipamentos são as justificações mais comuns para as admissões hospitalares (Massa, 2010, p.4).

Neste sentido, quisemos saber junto dos profissionais de saúde do SU, quis os motivos com que se deparam diariamente no seu contexto de trabalho, perante a admissão destes doentes no SU. Da análise de conteúdo efetuada, emergiram três categorias: défice de acompanhamento das equipas de saúde no domicílio; impreparação da família; mito social (diagrama nº 4).

Diagrama 4 - Motivos que levam as Pessoas em fim de vida a recorrer ao SU.



Na voz dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que trabalham num SU, os motivos que levam a pessoa em fim de vida a recorrer ao SU passa pelo **défice no acompanhamento das equipas de saúde no domicílio**, assinalando esta categoria 2 Enfermeiros e 4 Médicos, referindo:

(...) fundamentalmente eu acho que mesmo a pessoa tendo conhecimento que está em fase final de vida, por os mais diversos motivos acho que muitas vezes essas pessoas ou as famílias os trazem à urgência porque por vezes o apoio que têm no domicílio não é suficiente (...) E1

(...) Na sociedade atual, e na experiência que tenho (...) acho que há pouco apoio e suporte fora do hospital (...) não há cuidados domiciliários (...) E3

(...) Acho que tem que haver uma estrutura, tipo uma rede que preste este tipo de cuidados no domicílio, efetivamente, quer hospitalar quer em termos de cuidados de saúde primários (...) M1

(...) por os apoios não serem suficientes, São normalmente as CCI ou outro tipo de suporte que não chega (...) M2

(...) Muitas vezes por não terem em casa o apoio que precisavam, nas últimas horas ou dias de vida geralmente surgem muitos sintomas é uma fase muito dinâmica, que há uma alteração sintomática muito rápida que necessita de especial apoio quer de médico e de enfermagem e que não têm em casa. Os apoios que existem, o apoio de cuidados continuados integrados (UCCI) ainda vão um bocadinho a casa, uma/duas vezes por dia mas não estão o dia todo e realmente é uma fase em que os doentes mudam muito rapidamente e precisam de um apoio persistente (...) M3

(...) Uma resposta inadequada dos centros de saúde, equipas de CCI, da própria família/cuidadores ou mesmo pelas próprias doenças, há sintomas que são de difícil gestão e podem implicar uma equipa mais especializada (...) M4

Também a **impreparação da família**, foi fortemente assinalada pelos Profissionais de saúde como motivo da vinda da pessoa em fim de vida ao SU, e associada a esta categorias, surgem subcategorias referidas pelos enfermeiros e médicos, como a dificuldade de **enfrentar o fim de vida**, manifestada pelos profissionais de saúde, 2 Enfermeiros e 1 médico da seguinte forma:

(...) muitas vezes por incapacidade de lidar com a própria situação e muitas vezes os ultimo momentos de vida por parte da família e do próprio doente lidar com esta situação (..) E1

(...) Na sociedade atual, e na experiência que tenho, as pessoas, o cuidador não estão preparadas para o fim, essencialmente a família (...) E3

(...) é a dificuldade quer dos familiares quer do próprio doente às vezes na aceitação da doença (...) M1

Associada à categoria Impreparação da família, surge a subcategoria **lidar com o descontrolo sintomático**, referido por vários profissionais de saúde, 4 Enfermeiros e 3 Médicos como fator determinante da vinda da pessoa em fim de vida ao SU, afirmando:

(...) o descontrolo de sintomas, lidar com a fase final de vida, lidar, ter dificuldade em perceber se o familiar tem dor, se está desconfortável ou não, porque muitas vezes as pessoas podem achar que os familiares estão com dor ou estão desconfortáveis e não têm ninguém para os esclarecer e os tranquilizarem e lhe digam que não estão com dor e não estão a sofrer. E mesmo aliviar algum tipo de sintomatologia que eventualmente a pessoa possa ter, acho que passa muito por aí, mesmo com a noção de que não haverá muito que a pessoa possa oferecer a nível curativo mas acho que é muito por aí (...) E1

(...) Muitas vezes as famílias/cuidadores trazem a pessoa á urgência porque em casa têm incapacidade, eu compreendo uma pessoa que não tenha formação, que não esteja preparada para isto vê ali um doente com dispneia franca com sinais de dificuldade a fazer ruídos, com sinais de dor, de sofrimento, e o quê que a pessoa tem em casa para oferecer, não tem nada (...) E3

(...) Eu penso que é realmente a falta de controlo sintomático, primeiro dor, segunda dispneia, e terceira alteração do estado de consciência com prostração ou agitação psicomotora, ou seja o descontrolo de sintomas. Nota-se ao mesmo tempo que os familiares revelam uma incapacidade para prestar cuidados a estes utentes no final de vida, não por o descontrolo de sintomas (...) E4

(...) A dispneia, descontrolo de sintomas, o respirar agónico, não pela vontade do doente, mas pela família, que não sabem lidar com isso (...) E5

(...) a dificuldade quer dos familiares quer do próprio doente às vezes na aceitação da doença e na gestão dos sintomas, ou seja instituição de medicação que ajude os doentes a controlar os sintomas de forma a eles não virem ao SU (...) M1

(...) Muitas vezes percebo que haja essa necessidade por um lado, a evolução das doenças nestes doentes muitas vezes ocorre de forma em que deixa de ser facilmente gerável as situações, no âmbito de casa ou na instituição em que o doente se encontra, isto pode ser pela própria complexidade dos sintomas em si (...) M4

(...) Os principais, assim á cabeça penso que são a dor não controlada e a dispneia não controlada, e agora ultimamente tenho visto a ansiedade não controlada e o

medo, o pânico de difícil controlo em casa, o sentir-se desarmado sem apoio médico e com sensação de morte iminente (...) M5

Dentro da mesma categoria, surge a incapacidade de **lidar com a morte** como, ocorrência para a vinda da Pessoa em fim de vida ao SU, 2 Enfermeiros salientam-na como fator determinante, referindo:

(...) Acho que as pessoas não conseguem lidar com a morte e não conseguem ficar com aquele sofrimento, acho que as pessoas pensam...acho que podia ser feito mais qualquer coisa e nós não estamos a conseguir fazer (...) Vamos levar ao hospital e lá...eu acho que é mais fácil para eles aceitarem se morrerem no hospital que morrerem á frente deles sem fazer nada, acho que é por aí. As pessoas já sabem que está em fim de vida mas não conseguem ver morrem em frente deles (...) E2

(...) por medo e receio que faleçam em casa (...) E4

1 Médico, refere que a incapacidade de **lidar com o sofrimento**, por parte da família/cuidadores é um dos motivos para que as pessoas em fim de vida sejam trazidas ao SU, referindo:

(...) os familiares estão desesperados, vêm o sofrimento e não sabem o que fazer e o serviço de urgência é um serviço 24h aberto, 24h acessível e as pessoas trazem (...) M2

O **mito social** surge como uma categoria associada à vinda da Pessoa em fim de vida ao SU, sendo referenciada por 1 Médico, salientado que:

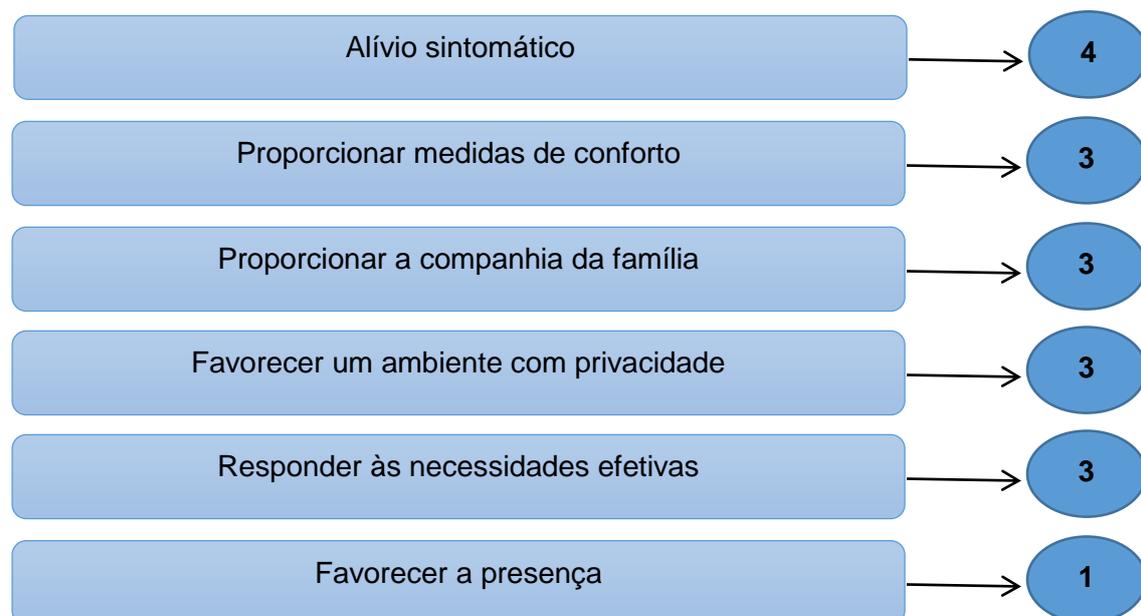
(...)a noção cultural em Portugal paliativos é sinónimo de eutanásia, acho que há muito essa noção, por isso trazer ao serviço de urgência é o melhor e não estão a ser negligentes, ou fizeram tudo pelo seu familiar. Muitas vezes eles dizem, os familiares podiam comentar, os vizinhos podiam comentar, então veem cá muitas vezes para lavar a consciência (...) M2

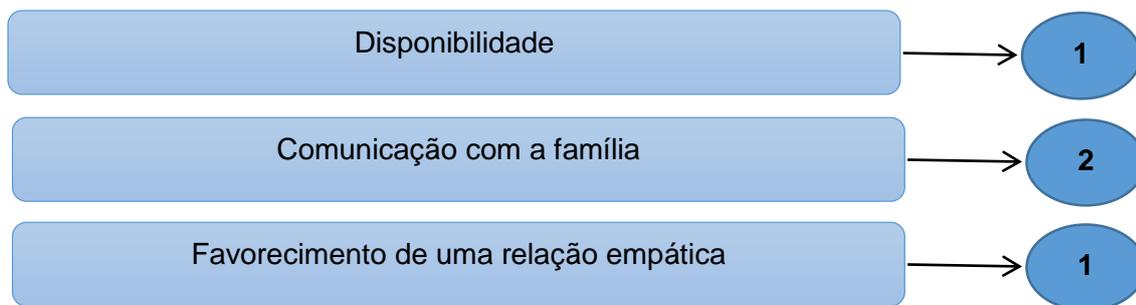
1.5. Intervenções prioritárias à Pessoa em fim de vida na opinião dos Enfermeiros e Médicos do SU

Segundo a APCP (2006), nem todos os doentes que procuram os SU 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, ou seja, a pessoa doente que recorre ao SU passa a ter outras necessidades, que passam essencialmente pelo controlo de sintomas, cuidados de conforto, melhor apoio social, e apoio contínuo à família/cuidadores.

Os profissionais de saúde, Enfermeiros e Médicos do SU, identificaram como intervenções prioritárias do doente em fim de vida, *o alívio de sintomas, favorecer medidas de conforto, proporcionar a companhia da família, favorecer um ambiente com privacidade, responder às necessidades efetivas do doente/família, favorecer a presença, disponibilidade por parte dos profissionais de saúde, comunicação com a família e o estabelecimento de uma relação empática* (diagrama nº 5).

Diagrama 5 - Intervenções prioritárias à Pessoa em fim de vida na opinião dos Enfermeiros e Médicos do SU.





Relativamente às intervenções prioritárias perante um doente em fim de vida em contexto de urgência, quatro profissionais de saúde, 2 enfermeiros e 2 médicos, salientaram que estas intervenções passam pelo **alívio sintomático**, como mostram os seus discursos:

(...) Fundamentalmente o alívio de sintomas, que possam causar desconforto, o alívio de náuseas, o alívio de vômitos, alívio da dispneia, o alívio da dor (...) E1

(...) acho que o mais prioritário é tirar a dor(...) E2

(...) Controlar os sintomas no doente (...) M2

(...) A questão do controlo sintomático é muito importante porque muitas vezes um doente que não tem o mínimo controlo sobre sintomas (...) M4

Também o **proporcionar medidas de conforto**, foi considerado uma intervenção prioritária por 3 Enfermeiros, perante um doente em fim de vida no SU, referindo:

(...) acho que o mais prioritário é posiciona-lo o mais confortável possível(..) E2

(...) Acima de tudo proporcionar conforto, conforto a todos os níveis, respiratório, conforto na dor (...) E3

(...) O conforto tento proporcionar sempre que possível (...) E4

Proporcionar a companhia da família, é apontado por 3 Enfermeiros, como sendo uma intervenção importante nas situações em que a Pessoa está em fim de vida, como nos salientam os seus discursos:

(...) acho que o mais prioritário deixá-lo estar próximo da família(..) E2

(...) permitir a presença da família e pessoas significativas, um ambiente minimamente tranquilo para que a pessoa possa ter um fim de vida digno, porque é tão importante ajudar a viver, quanto ajudar a morrer e ninguém merece morrer abandonado num corredor, numa sala sem ninguém(...) E3

(...) colocá-lo sempre que possível acompanhado da família ou pessoa significativa(...) E4

Três profissionais de saúde, 2 Enfermeiros e 1 Médico, referem que **favorecer ambiente com privacidade**, é também uma intervenção prioritária perante um doente em fim de vida, referindo:

*(...) Ambiente com privacidade dentro daquilo que nós temos para oferecer (...)
E3*

*(...) Privacidade destes utentes, penso que estes utentes não devem estar no corredor, não devem estar numa zona com barulho, com muita luminosidade (...)
E4*

*(...) Primeiro o ambiente físico, estar num ambiente calmo, agradável onde possa ter a companhia dos seus familiares (...)
M3*

Responder às necessidades efetivas é salientado por 3 Profissionais de saúde, 2 Enfermeiros e 1 Médico, como sendo uma intervenção prioritária à Pessoa em fim de vida em contexto de urgência, afirmando nos seus discursos:

*(...) acho que o fundamental é dar resposta às necessidades que a pessoa identifica, se a pessoa tem sede, o controlo sintomático é muito importante, quando eu identifico por exemplo sinais de dor, as minhas intervenções são no sentido de tentar alertar o médico, saber se é possível dar alguma analgesia e saber qual analgesia que o doente fez ou está a fazer em casa, porque por exemplo se o utente faz morfina (...)
E4*

*(...) perguntares o quê quer aquela pessoa, o quê que ela queria neste momento, se queria um familiar ao pé, se precisa de ajuda para controlar a dor, se queria estar neste meio ou se preferia ir para casa, e tentar perceber o que nós podemos dar-lhe de bom para que aquele momento ser mais pacífico, não voltar as costas, dar a mão (...)
E5*

*(...) As prioritárias é mediante o doente, quais são os sintomas ou aquilo que ele tem e que lhe condiciona maior desconforto. Honestamente é isto, é variável de doente para doente (...)
M1*

1 Enfermeiros refere que **favorecer a presença** é uma intervenção considerada prioritária, no cuidar do doente em fim de vida, salientado este enfermeiros:

(...) Eu acho que para o doente me fim de vida, é o estares lá, e perguntares aquilo que o doente precisa, o estar lá, mas com ouvidos, com e com tudo, não com medo (...) E5

Também a **disponibilidade** é considerada por 1 Enfermeiro como intervenção relevante, perante uma Pessoa em fim de vida, como manifesta no seu discurso:

(...) Ter disponibilidade para o doente e família, estar presente e sobretudo dar-lhe a mão e estar ali. Acho que para mim isso é prioritário (...) E5

Dois Médicos, referem a **comunicação com a família** como intervenção relevante e prioritária no cuidar da Pessoa em fim de vida, manifestando:

(...) Acho que é preciso falar com a família e não só com o doente e eles terem noção de qual é a gravidade que às vezes não percebem e às vezes é na urgência que se explica e se faz um ponto da situação da situação e depois é variável de doente para doente. Quer a dispneia é um problema, a dor é um problema, agitação é um problema (...) M1

(...) falar com a família e com o doente, falar com o doente depende muitas vezes do nível cognitivo, se estiverem com alguma consciência falar com ele (...) M2

O **favorecimento de uma relação empática** foi também referenciada por 1 médico como sendo essencial no cuidar da pessoa em fim de vida, referindo:

(...) importante uma relação empática, passa muito por colocares-te na posição do doente, e teres respeito ao ponto de consegues imaginar o que ele está a sentir e abrires espaço a colocação de perguntas e angústias, que vais tentar responder acho que isso é o principal, uma relação de empatia numa fase inicial (...) M5

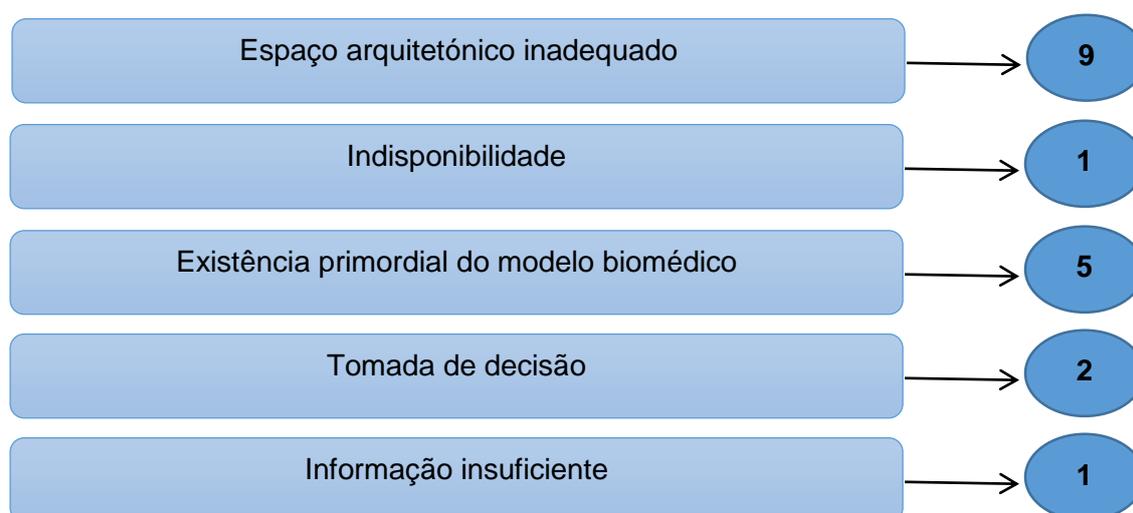
1.6. Dificuldades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em fim de vida no SU

Um estudo realizado por Veiga [et al.] (2009), refere que as principais dificuldades para se cuidar de uma Pessoa em fase final de vida no SU, são a falta de condições físicas e

de recursos humanos, a falta de um espaço físico, calmo, confortável, apropriado para os doentes em fase final de vida, é o problema principal com que se debatem os Profissionais deste serviço.

Relativamente ao nosso estudo, podemos constatar que as principais dificuldades apontadas pelos Enfermeiros e Médico, relativas ao cuidar das Pessoa em fim de vida são: o espaço arquitetónico inadequado, a indisponibilidade, existência primordial do modelo biomédico, tomada de decisão e a informação insuficiente (diagrama nº6).

Diagrama 6 - Dificuldades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em fim de vida no SU.



Relativamente às dificuldades sentidas pelo Profissionais de saúde, Enfermeiros e Médicos do SU no cuidar da Pessoa em fim de vida, verificamos que o **espaço arquitetónico inadequado** foi mencionado por 9 Profissionais de saúde, 4 Enfermeiros e 5 Médicos, como descrevem os seguintes discursos:

(...) No fundo é a nível estrutural, não temos estes doentes tão confortáveis como gostaríamos, a nível das macas, espaço físico, a nível de proporcionar que a família esteja em todos os momentos porque sabemos que o nosso serviço condiciona um bocadinho isso, embora nos tentarmos que isso seja possível, fundamentalmente isso (...) E1

(...) Há muitas dificuldades, o espaço (...) E2

(...) O espaço é um ponto fundamental, temos muito pouco para a quantidade de utentes que temos e temos muito pouco espaço, para termos privacidade sequer para prestar cuidados quanto mais garantir que há ali um cantinho onde estas pessoas possam estar tranquilas, acompanhados dos seus cuidadores/família por forma a estarem minimamente resguardados (...) E3

(...) Primeiro e mais uma vez a falta de privacidade (...) E4

(...) Não temos espaço e privacidade para colocar o doente em fim de vida, às vezes vê-mos o doente em fim de vida com outro doente ao lado com alteração do estado consciência em que está aos gritos e este espaço é essencial, para lhe proporcionar conforto, tranquilidade, bem-estar (...) E5

(...) não há espaço, neste momento, é tudo, é transversal, o espaço não está adequado nem para os doentes normais quanto mais para estes, não há privacidade para o doente família (...) M1

(...) As salas muitas das vezes faz impressão, doentes a morrer na sala laranja no meio do caos, custa um bocado, muitas vezes colocámo-los na OBS e conseguimos ter os familiares, corre-se as cortinas, mas acho que não chega, mas pronto é melhor ali no meio da confusão (...) M2

(...) o local e o ambiente e o sítio onde os doentes ficam que não é o mais adequado(...) M3

(...) as condições físicas, que são realmente não termos grande espaço que privilegie a privacidade, ambiente tranquilo, são fatores que se identificam rapidamente (...) M4

A **indisponibilidade** também foi mencionada por um Profissional de saúde, 1 Enfermeiro como sendo dificultadora para a prestação de cuidados à Pessoa em fim de vida no SU, referindo:

(...) Há muitas dificuldades o tempo (...) a pressão que tens em volta, porque às vezes estás a falar com o familiar daquele doente e sabes que as pessoas te estão a pressionar porque, entrou um laranja ou porque há medicação para fazer não sei á quantas horas no Alert e tu não consegues ter disponibilidade de tempo, estás a falar e estás sempre a fugir para trás para as pessoas não te fazerem mais perguntas (...) E2

Relativamente à **existência do primordial do modelo biomédico**, em contexto de urgência, existem 5 Profissionais de saúde, 2 Enfermeiros e 3 Médicos que identificam esta categoria como dificultadora da cuidados á Pessoa em fim vida, afirmando que:

(...) a dificuldade do modelo biomédico, é aquilo que á pouco falava, é a intenção curativa (..)E3

(...) dificuldade p.ex. na hipodermóclise não é utilizada neste serviço, muitos médicos não prescrevem a via subcutânea, continua a ser a via endovenosa a privilegiada, ou seja o modelo biomédico e muitas vezes estamos a tentar puncionar uma pessoa duas, três, quatro vezes para lhe administrar uma analgesia e para mim isso é uma dificuldade, a hipodermóclise é muito mais prática, muito mais fácil de se conseguir, muito menos dolorosa para a pessoa e toda a medicação que o doente possa necessitar pode ser dada pela via subcutânea, no entanto o modelo convencional biomédico prevalece (...)E4

(...) parte do modelo biomédico, o curar (...) M3

(...) muitas delas não entendem que no contexto de urgência estamos muito vocacionado para rapidamente salvar vidas, sermos agressivos, invasivos, não conhecendo muito bem a situação pensamos que muitas vezes que á benéfico em determinadas medidas que ás vezes se revela que talvez não haja (...) M4

(...) As dificuldades é que o serviço de urgência não está vocacionado para isto, para paliar, ponto número um. Há muitos doentes (...) M1

Também a **tomada de decisão** foi considerada pelos Profissionais de saúde, uma dificuldade perante uma Pessoa em fim de vida que recorre ao SU, como referem 2 Médicos:

(...) Primeiro, os obstáculos que eu encontro para decidir é perceber o que o doente tem, para chegar aos limites da intervenção, ou seja é para fazer um tratamento curativo, ou é para fazer um tratamento paliativo exclusivo, mas isto não é linear, muitas vezes no caso da pneumonia administramos antibiótico e iniciamos morfina, mas o doente já estremado é só paliativo, primeiro temos que tomar a decisão que é só paliativo (...) M2

(...) dificuldade da tomada de decisão em contexto urgente (...) M4

1 Médico refere a **informação insuficiente** como fator dificultador do cuidado à Pessoa em fim de vida em contexto de urgência, referindo:

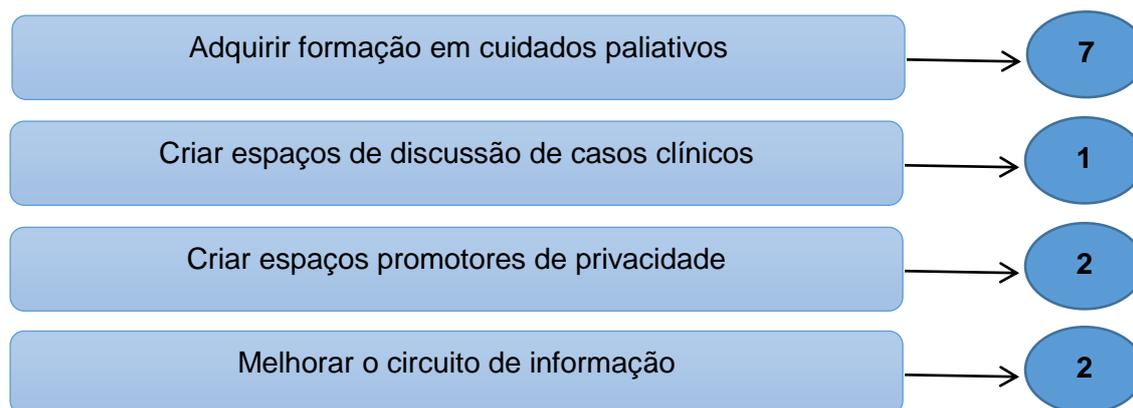
(...) Vemos muitas vezes que em contexto de urgência que o nosso conhecimento sobre o doente é muito pontual, nós não temos um conhecimento como tem uma equipa, um médico assistente (...) M4

1.7. Necessidades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em Fim de Vida no SU

O sentir a necessidade do outro, pode ser um contributo indispensável à mudança; a riqueza de conhecimentos perante um determinado assunto, transparecem a nossa disponibilidade e abertura ao mundo externo, ao mundo dos que precisam dos nossos cuidados. Quando expomos as nossas ideias, elas deixam de ser nossas e passam a ser também dos outros; passam a fazer parte do universo de todos aqueles que partilham ou não da mesma forma de estar e de pensar.

Relativamente às necessidades descritas pelos Profissionais de saúde estas prendem-se sobretudo com a *aquisição de formação em CP, a criação de espaço de discussão de casos clínicos, a criação de espaços promotores de privacidade e com o facto de melhorar o circuito de informação existente na urgência* (diagrama nº 7).

Diagrama 7 - Necessidades dos Enfermeiros e Médicos para cuidar da Pessoa em fim de vida no SU.



Os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que prestam cuidados no SU, referem existir necessidades que carecem de ser colmatadas, para proporcionar um verdadeiro cuidar da Pessoa em fim de vida que recorre ao SU.

Desta forma 7 Profissionais de saúde, 4 Enfermeiros e 3 Médicos salienta a importância de **adquirir formação e cuidados paliativos**, referindo:

(...) formação de profissionais a nível de cuidados paliativos, mentalizar as pessoa e dar formação no sentido de alguma terapêutica para alívio de sintomas e não ter medo de fazer essa terapêutica, acho que a necessidade de formação é fundamental (...) E1

(...) Falta formação aos profissionais, acho que estamos muito centrados no curar, na patologia, na doença e não no doente (...) E3

(...) alguma formação no sentido de homogeneizar os cuidados prestados tanto para médicos e para enfermeiros, no sentido de que os médicos não tenham receio de medicar estes utentes, ou que haja uma pessoa que possa ser contactada no sentido de permitir uma maior adequação da terapêutica no doente em fim de vida (...) E4

(...) é necessário formação da equipa (...) E5

(...) falta a preparação das pessoas ou o á vontade em gerir isto, ou seja a formação (...) Acho que estamos francamente melhor do que o que estávamos á uns tempos atrás, durante meu internato as coisas mudaram muito, estou cá há 7 anos, acho que as coisas mudaram aos poucos é um facto mas mudaram e acho

que estamos melhor, mas longe do ideal. Mas acho que as pessoas estão mais sensibilizadas para este tipo de doente (...) M1

(...) a falta de formação dos outros profissionais, às vezes é difícil. Eu acho que grande parte dos profissionais não sabe identificar a fase dos últimos dias/horas de vida e depois ainda há muito a ideia que não se pode morrer, que morrer é uma falha, um insucesso, é porque fizeste alguma coisa de errada (...) M3

(...) A formação em cuidados paliativos neste momento não é universal, há colegas quer da parte médica quer enfermeiros que têm, mas nem toda a gente tem, mesmo do ponto de vista da competência não está tão assim tão generalizada quanto isso (...) M4

A **criação de espaços para discussão de casos clínicos**, foi uma necessidade indicada por 1 Enfermeiro salientando:

(...) criar um grupo de discussão de algumas situações que temos, do que fazer, o que não fazer, até que ponto devemos ir, acho que isso é muito bom (...) E1

Também a **criação de espaços promotores de privacidade**, foi uma necessidade assinalada por 2 Profissionais de saúde, 1 Enfermeiro e 1 Médico como benéfica para a prestação de cuidados á Pessoa em fim de vida no SU, mencionando que:

(...) As necessidades no contexto de trabalho na prestação de cuidados a estes utentes, primeiro é realmente um espaço privilegiado para estes utentes (...) E4

(...) acho que era importante uma sala para informação do prognóstico e más notícias, às vezes vamos conseguindo arranjar alguns sítios, salas de outras especialidades, mas às vezes não há. E há outra questão quando não conseguimos arranjar um local silencioso, não é o melhor ambiente (...) M2

1 Médico, refere que **melhorar o circuito de informação**, melhora a rapidez e eficácia com que o Profissional de saúde se coloca a par de toda a informação clínica do doente, ajudando assim na eficiência dos cuidados prestados ao doente em fim de vida, referindo:

(...) muitas vezes a família não está cá e temos que ligar, se houvesse um estrutura burocrática melhor, mais eficaz, se calhar se houvesse alguém que fosse chamar os familiares lá fora, se houvesse uma comunicação mais rápida a nível telefónico, registos da nossa parte, organização nossa, estes registos são feitos

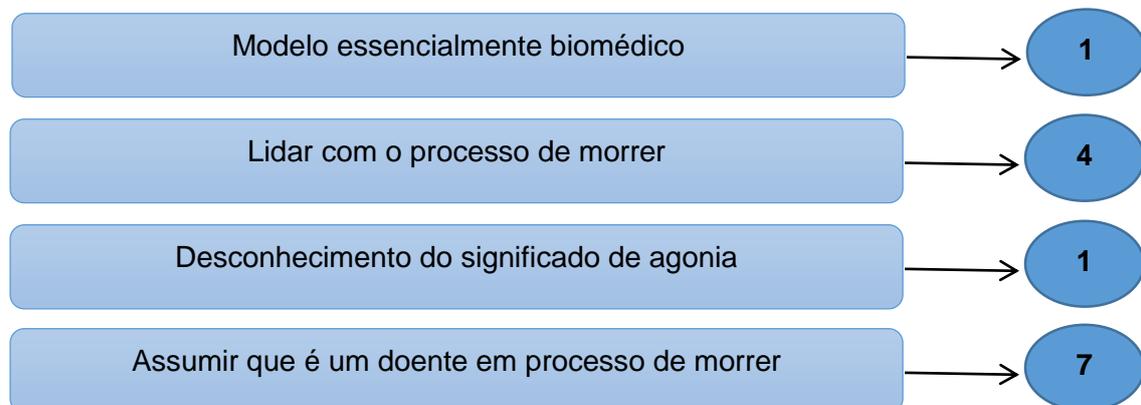
por internos na consulta, mais novos e muitas vezes não está lá escrito que mais cedo ou mais tarde este tipo de doente vai entrar em falência multiorgânica e não é para fazer nada e muitas vezes isto não está claro, há uma descrição mas não há uma interpretação e às vezes é difícil, isto era importante mudar (...) M2

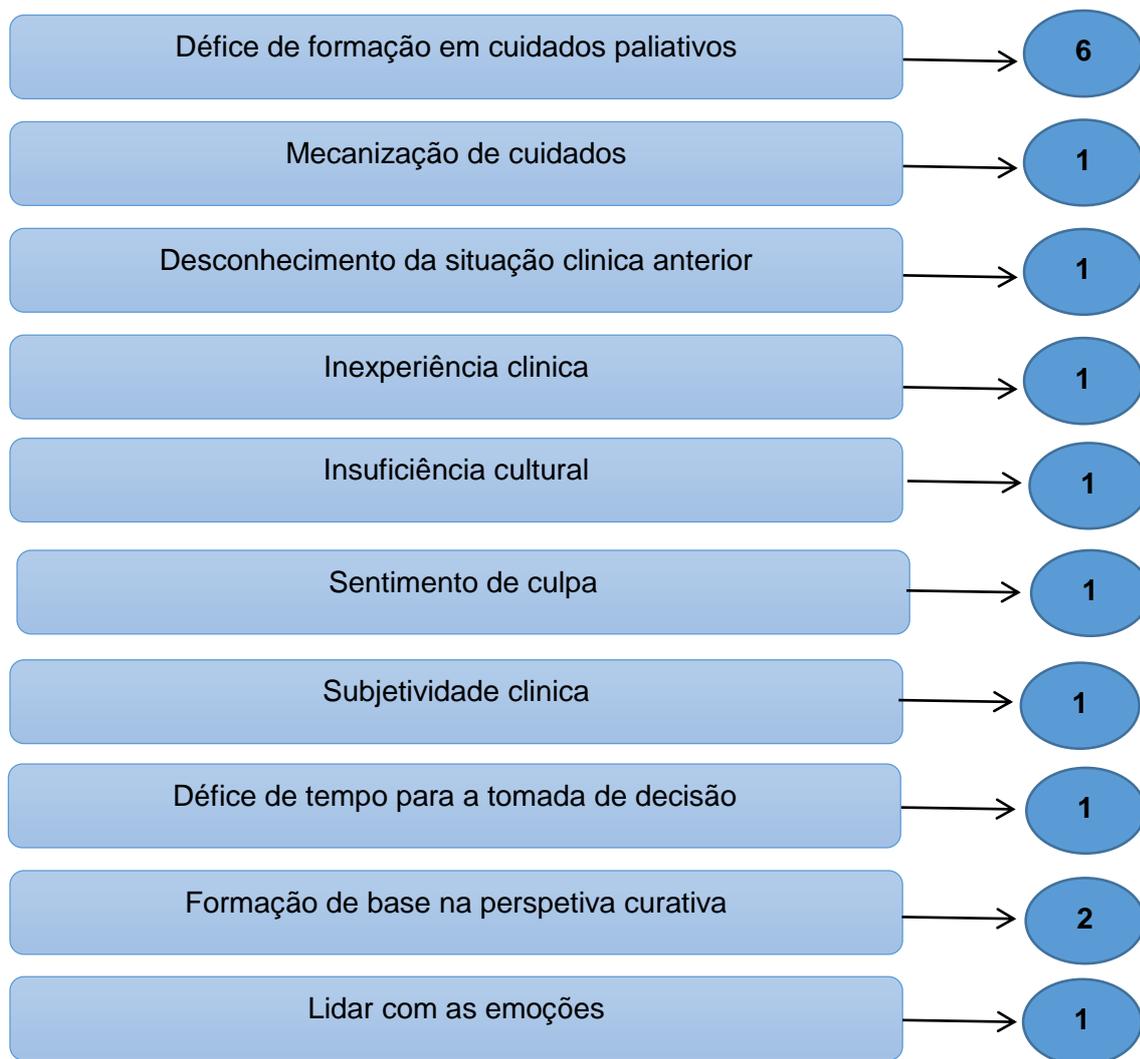
1.8. Razões que levam os enfermeiros e os médicos a adotarem estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo

Vivemos numa sociedade profundamente marcada pela ciência e pela técnica, o que traz inevitavelmente consequências boas e más. Quando o doente apresenta maior probabilidade de morrer, os profissionais de saúde omitem o assunto “morte” e tendem a sobrevalorizar as tarefas essencialmente técnicas, sendo o expoente máximo desse fenómeno atingido num contexto de urgência/emergência. Assim estes serviços com uma vertente biomédica, equipados com a mais avançada tecnologia, os profissionais de saúde estão cada vez mais aptos a tratar, a curar e a prolongar a vida numa perspetiva essencialmente técnica (Veiga [et al.], 2009).

Conscientes desta realidade, deixamos ficar o testemunho dos profissionais de saúde de um serviço de urgência de um Hospital da zona Norte do País, sobre o porquê dos enfermeiros e médicos ainda adotarem estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo perante uma Pessoa em fim de vida (diagrama nº 8).

Diagrama 8 - Razões que levam os enfermeiros e os médicos a adotarem estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo.





No que se refere, à categoria **modelo essencialmente biomédico**, 1 Enfermeiro destacou-a como relevante para o facto de os profissionais de saúde adotarem estratégias curativas perante uma pessoa em fim de vida, referindo:

(...) acho que fundamentalmente o nosso modelo é muito biomédico (...) E1

Quatro profissionais de saúde, 3 Enfermeiros e 1 Médico, identificam o **lidar com o processo de morrer** pertinente, salientando:

(...) Incapacidade de os profissionais lidarem com a morte, lidarem com a perda, lidarem com o fracasso, é a minha opinião, acho tem muito a ver com isso e por isso é mais fácil (...) E1

(...) Quando as pessoas veem em fase terminal acho que as pessoas em vez de proporcionar cuidados de conforto acabam por tentar curar, curar aquela infeção para prolongar um bocadinho mais aquela vida (...) E2

(...) incapacidade para lidar com a morte (...) E5

(...) é o receio que o doente faleça, que ainda é uma falha para muitos profissionais (...) M3

O desconhecimento do significado de agonia é considerado por 1 Médico importante para que os profissionais de saúde adotem estratégias de âmbito curativo perante a pessoa em fim de vida, salientando:

(...) o não ter conhecimento da fase de agonia (...) M3

Também a dificuldade do profissional de saúde **assumir que é um doente em processo de morrer**, constitui um aspeto relevante e é considerado por 4 Enfermeiros e 3 Médicos:

(...) o assumir que é um doente para conforto, que não é para ter qualquer tipo de intervenção curativa (...) E1

(...) Eu acho que às vezes adotam esta terapia curativa no sentido de prolongar um pouco mais a vida do doente, mas também para toda a gente é muito difícil aceitar a morte e dar por terminado aquela situação (...) E2

(...) Quando as pessoas vêm em fase terminal acho que as pessoas em vez de proporcionar cuidados de conforto acabam por tentar curar, curar aquela infeção para prolongar um bocadinho mais aquela vida (...) E3

(...) Eu penso que os profissionais de saúde têm receio de assumir que vão utilizar limite de medidas nalgum doente, ou porque não o conhecem suficientemente bem ou porque ainda é uma pessoa e utiliza-se muito o termo ainda tem vida de relação, é um doente que ainda comunica, ainda reconhece as pessoas e portanto acabam por ter algum receio em assumir este tipo de cuidados (...) E4

(...) a própria noção do que é terminal e depois há outra questão que é: eu faço uma avaliação no momento e parece que é para iniciar paliativos mas tenho dúvidas que me esteja a falhar alguma coisa e o meu colega que vem a seguir, diga este doente se fosse visto por mim teria iniciado tratamento curativo e se calhar estaria vivo. Se calhar o nosso medo de falhar e de fazer uma avaliação errada com um peso tão grande como é o morrer (...) M2

(...) É o não reconhecer a fase final de vida (...) M3

(...) Acho que passa muito pela insegurança, receio de assumir (...) M5

O **défice de formação em cuidados paliativos** é apontado por 4 Profissionais de saúde, 2 Enfermeiros e 2 Médicos como fator importante na adoção de medidas curativas perante a pessoa em fim de vida, afirmando:

(...) Acho que há pouca formação e mais que formação é a sensibilização do profissional de saúde (...) E3

(...)a falta de formação na área de cuidados paliativos (...)E5

(...)a falta de formação (...) M3

(...) Sem dúvida, nós somos essencialmente treinados para isto neste momento, já se começa a falar da obrigatoriedade da formação dos cuidados paliativos na fase pré graduada na medicina, mas ainda são umas pequenas aulas. Quase toda a filosofia ainda é muito centrada que o nosso sucesso se mede pelas vidas que salvamos por aquilo que curamos, ainda é visto como uma derrota (...) M4

(...) acho que falta muita formação e a insegurança vem daí, a insegurança que falei no início vem daí, falta formação em cuidados paliativos(...)Acho que passa muito pela falta de formação, sobretudo nos colegas que só fazem Urgência que não têm depois a experiência de internamento em que temos tempo para nos dedicarmos a esse tipo de cuidados e esse tipo de reflexões (...) M5

1 Enfermeiro salienta a **mecanização dos cuidados** como relevante para a adoção de medidas curativas à Pessoa em fim de vida, referindo:

(...) Nós na urgência, estamos mecanizados a fazer aquelas atitudes muito interventivas, fazer o máximo para salvar o doente, o doente tem que sair daqui vivo, custe o que custar, e não este espírito, esta filosofia (...) E5

O **desconhecimento da situação clínica anterior** é uma categoria levantada por 1 Médico como importante, salientando:

(...) temos acesso algum tipo de informação que está no sistema, há médicos que em algumas situações crónicas decidem que não será um doente para suporte invasivo ou algo do género, mas a maior parte não, isso não é explícito (...)O

Senhor tem uma doença crónica, isto pode progredir, pode exacerbar, perante esta situação ou aquela o que quer fazer, ou qual é a expectativa que tem? Não temos esta estratégia definida. E depois quem recebe os doentes na urgência partindo do princípio que isto não está discutido nem é uma estratégia que está definida e explícita, sente-se constrangido, então agora eu é que vou decidir qual é que o futuro. Então agora isto é o fim de vida, não vou fazer este antibiótico, este oxigénio, esta nebulização, isto é extremamente desconfortável, não é. E muitas vezes a estratégia é tentar reverter aquele quadro na altura. Esta dificuldade de estamos a assumir as coisas quando vemos um doente pela primeira vez e não sabemos o filme todo como estava para trás e as vezes isto é extremamente desconfortável, e às vezes a informação também nem sempre é a mais correta (...) são estas decisões todas que a gente tem no momento, e que às vezes se tendem a adotar estratégias curativas (...) M1

A **inexperiência clínica** é referida por 1 Médico, como fator que leva os profissionais de saúde a adotar medidas curativas perante um doente em fim de vida, referindo:

(...) Relacionados com a experiência clínica, p.ex. se forem internos com mais inexperiência clínica, também pelo facto de sermos um hospital escola. Estes doentes, requerem experiência e sensibilidade e às vezes os profissionais pensam... ao menos faço tudo pelo doente (...) M2

A **Influência cultural** é também referenciada por 1 Médico, como importante:

(...) questões culturais, e a questão da própria subjetividade, ficamos sempre com o ratinho roer nos na cabeça de se calhar podíamos fazer alguma coisa se calhar o doente podia ter sobrevivido(...) M2

Do mesmo modo, os **sentimentos de culpa**, têm influência e são considerados por 1 médico, referindo:

(...)a nossa sensação de culpa, sensação de não fizemos tudo o que era possível para o doente ser manter vivo, muitas vezes á custa da qualidade de vida(..) M2

Também a **subjetividade clínica** foi referenciada por um Médico, como relevante neste para que os profissionais de saúde adotem medidas de for curativo, salientando:

(...) as questões subjetivas da própria clínica, há médicos que vivem melhor ou acham que subjetivamente é melhor correr o risco de oferecer um tratamento, correr o risco de iatrogenia, compensa a probabilidade do benefício do tratamento e há outros que acham que não. Se calhar a iatrogenia apesar de ser mais provável é muito pior do que o benefício que o tratamento traria e isso às vezes é uma questão subjetiva (...) M2

O **défice de tempo para a tomada de decisão**, foi mencionada por 1 Médico, afirmando:

(...) O contexto da urgência é um contexto difícil, porque temos pouco tempo para discutir e para decidir (...) Agora não tomar medidas de índole curativa não é fácil assumir isso, nem devem assumi-lo sozinhos, até eu tenho muitas dúvidas e é um processo que carece de discussão e um acumular de experiência (...)M4

Dois Profissionais de saúde, 2 médicos, mencionam a **formação de base na perspectiva curativa** como fator de predisposição para a adoção de medidas curativas á Pessoa em fim de vida, referindo:

(...) E sendo nós formados muito nesta perspectiva curativa é natural que nos primeiros anos seja esta a nossa abordagem e principalmente por não temos espaço e tempo para discutir os doentes (...) M4

(...) Nós temos pouco tempo para agir, ou seja estamos formatados numa urgência para agirmos rapidamente e o rapidamente implica ter por detrás o objetivo de curar, é o doente agudo, o doente crítico independentemente do que trás com ele de bagagem, e o serviço de urgência implica que estejamos formatados para agir muito rapidamente e em pouco tempo, muitas vezes para pensar se por exemplo é um doente para por antibiótico, para não pôr antibiótico, temos pouco tempo para pensar nas limitações de intervenção no Serviço de urgência e isso passa não só pela afluência dos doentes como também pela própria agitação inerente ao espaço, e é difícil ter clareza de espírito para parar e pensar sobre isso (...) M5

E por último 1 Médico, refere o **lidar com as emoções**, um fator importante quando tem de tomar a decisão se vai intervir de forma curativa ou não perante um doente em fim de vida, salientando:

(...)a dificuldade que nós temos em separar o racional do emocional(...)M5

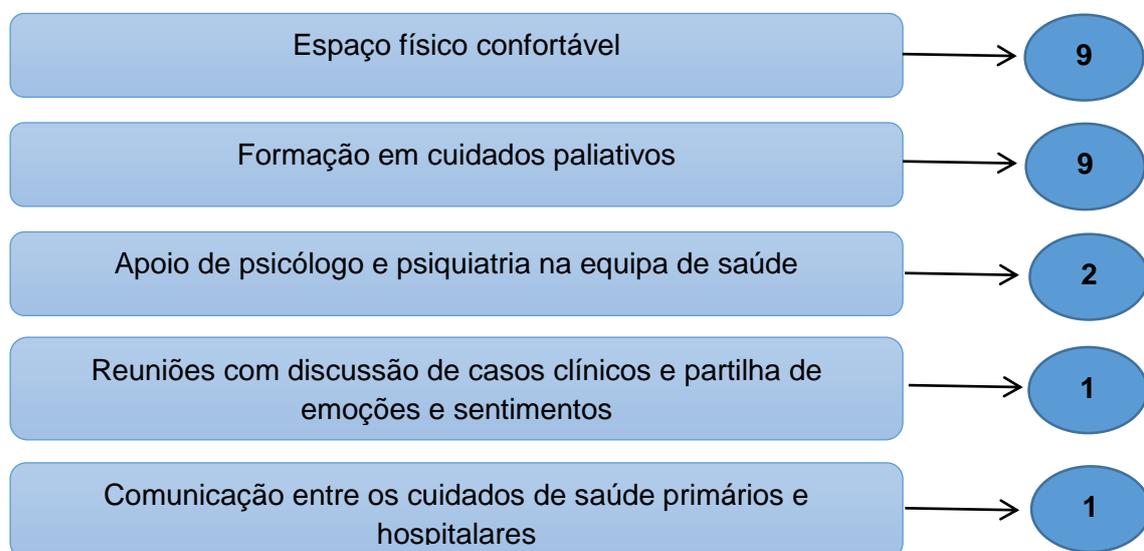
1.9. Sugestões dos Enfermeiros e Médicos para potenciar um fim de vida com dignidade no SU

Segundo Martins, Agnes e Sapeta (2012), o modelo organizacional dos SU's e a falta de tempo surge como justificação para as dificuldades na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, nomeadamente no acompanhamento da família, no apoio espiritual e social mas também na construção da relação com o paciente.

O espaço físico é também um obstáculo ao correto acompanhamento de doente com necessidade de abordagem paliativa referindo-se ao ambiente físico pouco acolhedor, ao excesso de luz e ruído. A utilização de macas não é favorável aos cuidados de conforto e a separação das unidades por cortinas não privilegia a privacidade necessária. Também os problemas de comunicação são apontados, principalmente, quando estes se referem a falta de conhecimento prévia do estado de saúde do doente, falta de articulação entre cuidados de saúde primário e cuidados hospitalares. O facto de não existir uma relação prévia com o doente, os enfermeiros do SU encaram como um desafio quando são os primeiros a ter de transmitir os objetivos dos cuidados nesta fase de vida.

Desta forma, foi interessante conhecer as sugestões dos Profissionais de saúde, envolvidos neste estudo, com o objetivo de potenciar um fim de vida com dignidade no SU (diagrama nº 9).

Diagrama 9 - Sugestões dos Enfermeiros e Médicos para potenciar um fim de vida com dignidade no SU.





O **espaço físico confortável** é enumerado pela maioria dos entrevistados, 9 Profissionais de saúde, 3 Enfermeiros e 6 Médicos, como sugestão para um fim de vida digno no SU, como verificado nos seus discursos:

(...) Acho que essencialmente é muito importante a estrutura física (...) E1

(...) Um espaço próprio, se calhar não devia ser em contexto de urgência devia ser em contexto dum internamento (...) mais privacidade para o doente e familiares, os próprios familiares estarem mais confortáveis porque aqui até podem passar o dia com o familiar, mas ficam em pé não tem uma cadeira para se sentarem, existem umas cortinas a proteger mas por vezes estão abertas e não há privacidade nenhuma. (...) E2

(...) Portanto um espaço com maior privacidade que permitam o conforto destes doentes enquanto estão no leito (...) E4

(...) O espaço (...) um espaço com silêncio (...) M2

(...) Espaço mais adequado (...) M3; M5

(...) Condições físicas é fundamental, nomeadamente no Serviço de Urgência não temos um sítio para falar com os doentes e famílias (...) M4

(...) O que eu acho é que deveria existir uma sala mais privada, para pudermos falar com os próprios doentes e os familiares, porque também fazemos muitas comunicações de más notícias, e isso deve ser feito segundo algumas regras e cuidados, não digo com isto que um doente em cuidados paliativos deva estar isolado dos outros, mas que o doente tenha alguma tranquilidade a nível de ambiente, não digo que sejam quartos isolados, mas pelo menos alocar estes doente em áreas mais protegidas poderá ser mais adequado, o espaço físico é importante (...) M4

(...) é essencial o Serviço de urgência reunir estruturas físicas e estruturais como ter uma sala adequada para a comunicação de notícias (...)M5

Também a **formação em CP**, foi considerada por grande parte dos entrevistados, pelo que se apresenta como um sério problema que merece ser tido em consideração, 9 Profissionais de saúde, 5 Enfermeiros e 4 Médicos salientaram que a falta de formação em cuidados paliativos pode influenciar os cuidados prestados à Pessoa em fim de vida, referindo:

(...) formação de profissionais (...) E1

(...) acho que precisávamos todos de muita formação nesta área(...) E2

(...) E não há quer nos cursos de base, quer na formação a nível da instituição muito a abordagem deste tema. E também não há muito a preocupação da nossa parte, porque é uma área sensível, é uma área que dá trabalho, é uma área que ainda é um bocado tabu, porque não é fácil lidar com o doente no fim de vida, com a família muito menos (...) E3

(...) mais alguma formação nos sentido dos cuidados serem no sentido de controlar a sintomatologia do utente em vez de tentarem medidas invasivas desnecessárias(...) E4

(...) Formação (...) E5

(...) Pessoas formadas (...) M1

(...) E uma maior formação dos profissionais (...) M3, M4, M5

O **apoio de um psicólogo e psiquiatria na equipa de saúde** foi abordado por 2 profissionais de saúde, 1 enfermeiros e 1 médico como relevante para potenciar um fim de vida digno no SU, referindo:

(...) Intervenção e apoio de um psicólogo (...) E1

(...) apoio de psicologia e psiquiatria no Serviço de urgência (...) M5

Um profissional de saúde, 1 Enfermeiro referiu que no SU era importante a realização de **reuniões para discussão de casos clínicos e partilha de emoções e sentimentos** dentro da equipa de saúde, salientando:

(...) Reuniões dentro do próprio serviço, entre profissionais, enfermeiros e médicos, e que falemos uns com os outros, falemos das situações que nos chocaram, escutarmos os casos, e porquê que é assim, não será melhor outro tipo de abordagem (...) Acho que seria muito importante, também falarmos nós próprios dos nossos medos, das nossas vivências de mortes, que nos chocaram. Esta necessidade de não nos ligarmos afetivamente a um doente para nos protegemos (...) E5

Para potenciar os cuidados à Pessoa em fim de vida 1 Médico, refere que deveria existir melhor **comunicação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares**, mencionando:

(...) os registos adequado daquilo que tem sido o percurso do doente e agora esta possibilidade da interface entre os cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares é muito útil para tomar decisões, isto vê-se mesmo no contexto da emergência é fundamental e ainda pode ser melhorado(...) M4

Também 1 Médico refere a existência de **mais recursos humanos** como fator importante para a melhoria dos cuidados prestados ao doente em fim de vida em contexto de urgência, referindo:

(...) A nível de recursos humanos acho que não somos em nº suficiente para o serviço de urgência de uma forma geral, e isso faz com que reduza o nº de profissionais a dedicar-se aquela pessoa em fase final de vida, portanto não somos em nº suficiente, auxiliares, enfermeiros, médicos estamos claramente insuficientes e estamos também claramente insuficientes os colegas que têm

formação na área de paliativos, poderia haver gente dedicada a esta causa que pudessem dar apoio aos colegas que não têm formação em cuidados paliativo (...)

M5

A **valorização dos cuidados de conforto** foram considerados por 2 Profissionais de saúde, 2 Enfermeiros como relevantes, para dignificar os cuidados à pessoa em fim de vida, referindo:

(...) acho que devemos valorizar o conforto e quando valorizarmos mais o conforto, em detrimento do aspeto curativo que não lhe vai trazer vantagens em determinados casos, aí se calhar conseguíamos lidar melhor com a situação(...)

E1

(...) penso que a pessoa em fim de vida deve ser identificada e os seus cuidados devem ser priorizados no sentido de que esteja confortável, que tenha alguma privacidade dentro do que é possível, e de preferência que tenhamos alguma atenção aos seus familiares, se queriam estar perto da pessoa em fim de vida ou não, e se poderíamos prestar alguma auxílio no acompanhamento religioso se for esse o caso, sinalizando devidamente algum sinal/sintoma de agravamento na pessoa em fim de vida(...) E4

Aceitar a orto tanásia, foi mencionado por 2 Profissionais de saúde, referindo:

(...) encaramos a morte como um fracasso da nossa intervenção, ainda não a encaramos como uma coisa que é natural, que é inevitável, no entanto sabemos que podemos ajudar o doente a morrer, a morrer dignamente(...) E1

(...) nós médicos, enfermeiros não sabem muitas vezes distinguir limites, não é picar um doente exaustivamente à procura de um catéter para colher umas análises, que nós no fundo sabemos que não vão dar em nada, não é manter perfusões para aumentar os dias ou horas de vida, sabemos que o desfecho vai ser aquele e que neste momento já não há tratamento possível. Agora havendo situações que é possível tratar, sou de acordo que devemos investir no tratamento curativo. Agora acho que é sobretudo necessário sensibilizar a equipa e ajudar a equipa também a vivenciar a morte e a relação família-morte-equipa de saúde, porque a tendência geral é fugir (...) E5

O **proporcionar segurança** foi referido por 1 Enfermeiro, como uma medida importante que os Profissionais de saúde deveriam ter presente perante a Pessoa em fim de vida, referindo:

(...) é um fim de um ciclo de vida e conseguir transmitir isso aos doentes, nós sentirmo-nos confortáveis e transmitir essa segurança aos familiares e aos doentes, se calhar nesta fase acho que é muito importante, acho não, tenho a certeza(...)E2

O **envolver o doente na tomada de decisão** foi mencionado por 1 Enfermeiro no sentido de potenciar os cuidados à Pessoa em fim de vida, referindo:

(...) é tratar o que é possível tratar e que tem resposta, mas não ser obstinado e permitir ao doente intervir nas decisões de saúde, do que quer e do que não quer, e permitindo que ele usufrua da vida que tem com qualidade, sem dor, sem sintomas associados e se calhar incentivar os doentes a terem ter objetivos concisos para cada etapa, usufruindo cada dia com objetivos realistas(...) E5

Facilitar a despedida, foi considerado por 1 Médico como importante no cuidado digno à pessoa em fim de vida, salientando:

(...) chamar outros familiares, pessoas que se querem despedir, filhos, netos, pais, familiares(...) M2

Um Médico considera que **simplificar as medidas terapêuticas**, potencia um fim de vida com dignidade, referindo:

(...) simplificar terapêutica, apenas terapêutica para controlar sintomas e sinais que o doente vá desenvolvendo e evitar atitudes fulcras como fazer gasimetria, colher análises, picar os doente, glicemias não sei quantas vezes por dia, pronto simplificar atitudes e evitar agredir(...) M3

Identificar necessidades efetivas do doente é família, constitui um fator importante no cuidado digno à Pessoa em fim de vida, sendo referido por 1 médico:

(...) Mesmo que não se tenha muito tempo deve ser uma preocupação que deve estar presente, e mesmo identificar pequenas necessidades, se o doente tem condições para regressar a casa se não tem, se tem que ficar por uma questão de

se organizar melhor o suporte social, melhor organização dos cuidados em casa, acho que se podem dar os primeiros passos no Serviço de urgência (...) M4

E por fim um 1 Médico salientou a importância de **estabelecer uma relação empática**, determinante para um cuidado digno à Pessoa em fim de vida, referindo:

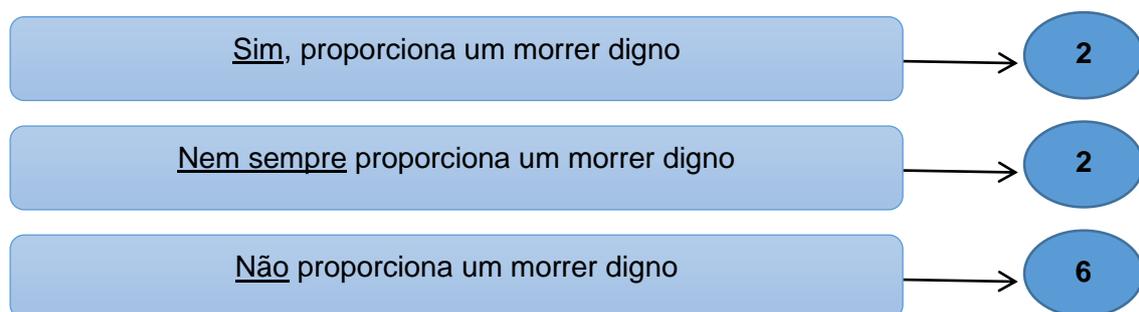
(...) consegue se criarmos uma relação empática com o doente, se o doente se sentir à vontade para expor tudo isso que o preocupa, porque senão rapidamente nos vai passar ao lado e não vamos conseguir tratar isso e este é um dos sintomas mais frequentemente associados a uma situação em fim de vida(...) M5

1.10. Opinião dos enfermeiros e médicos acerca do processo de morrer com dignidade no SU

Enquanto inicialmente os serviços de saúde eram vocacionados para a elevada tecnologia com o intuito de tratar a doença, atualmente cada vez mais há um esforço para colmatar a necessidade de oferecer cuidados específicos aos doentes que não necessitam de cuidados curativos mas cuidados que os dignifiquem como pessoas, proporcionando-lhe sobretudo qualidade na última fase da vida que é a morte (Neto, 2010).

Esta é uma área temática que divide muito os profissionais de saúde no que respeita à sua opinião acerca do processo de morrer com dignidade no SU, pois quando interrogados sobre esta temática há profissionais que referenciam que sim, que proporciona um morrer digno, outros referem que nem sempre proporciona um morrer digno e outros referem que não proporciona um morrer digno (diagrama nº 10).

Diagrama 10 - Opinião dos enfermeiros e médicos acerca do processo de morrer com dignidade no SU.



Relativamente à opinião dos profissionais de saúde, quando questionado sobre o processo de morrer com dignidade no SU, 2 Profissionais de saúde, 1 Enfermeiro e 1 Médico, referem que **sim, proporciona um morrer digno**, referindo nos seus discursos:

(...) eu acredito que a pessoa no serviço de urgência tem um processo de morrer digno, quando os profissionais e nomeadamente os enfermeiros se envolvem no processo e investe no sentido de permitir cuidados de qualidade a este utente. Ou seja, um doente está na sala dos laranjas, e está a falecer, parte do enfermeiro a sinalização deste utente e acho que parte de nós o fim de vida ser digno, porque nós é que nos apercebermos do estado do doente (...) E4

(...) Eu acho que sim, vamos lá ver uma coisa, há doentes em que o caso é tão grave que não vão ter tempo de ir para o internamento, ponto. Portanto aí, sim tentamos arranjar um espaço mais confortável possível, uma perfusão mínima para estabilização e acho que na urgência temos essa capacidade para o fazer, e tentamos proporcionar aos familiares e doente isso (...) M1

Dois Profissionais de saúde, 1 Enfermeiros e 1 Médico, referem que **nem sempre tem um morrer digno**, referindo:

(...) Acho que.... depende das situações (hummmm), já vi morrer muitos doentes, já vi morrer doentes de forma digna, como já vi doentes a morrer de forma não tão digna. Tem muito a ver com diversas circunstâncias, nomeadamente com a equipa que está nesse momento, com a experiência dessa equipa, com a formação dessa equipa, com o passado dessa equipa, também muitas vezes tem haver como o serviço está nesse dia em termos de afluência. Mas nem sempre tanto como desejava, eu acho(...) E1

(...) É caso a caso, já assisti a muitas vezes a situações que realmente e idealmente não queria para mim nem para os meus. Não digo que seja impossível garantir condições de alguma dignidade da morte no Serviço de Urgência, digo é que muitas vezes elas não sejam garantidas (...) M4

A maioria dos Profissionais de saúde (seis), 3 Enfermeiros e 3 Médicos, referem que **não proporciona um morrer digno**, salientando:

(...) Não, no nosso serviço não, pelos motivos que já falamos anteriormente, não tens um espaço acima de tudo, muitas das vezes vês situações que os doentes chegam por um fio e tu coloca-los resguardados às vezes é num espaço onde

estão mil e uma coisas à volta, máquinas a apitar, corres duas cortinas, uma espreita daqui, outro espreita dali, porque estão a procurar os doentes, depois abres a cortina dum lado, a família não tem a mínima de privacidade para estar ali. Isso para mim não é digno, não é. Tem a ver com a logística, com o espaço e organização do serviço. E acho que infelizmente no nosso serviço o morrer aqui não é digno (...) E3

(...) Neste momento, na nossa urgência não. Acho que não temos um processo de morrer digno. Acho que as pessoas acabam por ficar escondidas atrás de uma cortina e fazemos o mínimo possível, tiramos a dor, pomos o doente confortável, mas depois acaba por ficar ali escondido atrás de uma cortina (...) E2

(...) Acho que nem sempre, porque nós voltamos as costas à morte, e acho que nesse sentido os doentes morrem muito sozinhos. Sozinhos, porque às vezes a família também não conseguem acompanhá-los nesta fase final, a família se calhar se fosse previamente preparada, no entanto podemos tentar esclarecer os familiares que estar lá, que seria importante para o seu familiar, mas não é num dia, sobretudo na urgência, que se faz esta preparação (...) E5

(...) Não, acho que não têm, por tudo isto que eu disse. Faz-me muita confusão o local, a barulheira a falta de privacidade, às vezes à doentes e familiares a chorar e doentes agitados ao lado. Mas a mim o que me faz mais impressão é o doente na sala laranja no meio da confusão e os familiares ali ao lado com a cortina corrida a chorar. Também a própria comunicação com os familiares não dá, existem muitas interrupções ou porque chega um laranja, ou porque outro doente descompensa e está a precisar de cuidados, e eu penso tenho que me despachar que tenho que ir vê-lo, é claro que não digo isso mas de alguma forma tento contornar a situação para me poder afastar (...) M2

(...) Não, considero que é o último sítio onde as pessoas deveriam falecer, mas às vezes é o que acontece, não é o local ideal, não é o ambiente ideal, de modo algum é um sítio digno (...) M3

(...) Não, por vários motivos um deles é o não termos espaço para o doente, para a família, não temos espaço físico onde isso possa acontecer naturalmente com privacidade e as nossas intervenções (...) falta esta questão da formação também tiram dignidade á pessoa na morte no SU, e há outras questões que temos de considerar sempre, é muito importante a forma como a família vê o doente na fase final de vida, ver o familiar com uma sonda, uma algália, é muito diferente de ver a pessoa como a trouxeram de casa, por exemplo, e temos de considerar isso e

ver se vale apenas este tipo de intervenções, porque até isso a fragilidade é importante para a família. E neste momento não temos condições para o doente morrer no Serviço de urgência e morrem muito e todos os dias sem dignidade (...)

M5

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta o nosso percurso de investigação, alicerçado na Questão de Investigação: **Quais as abordagens terapêuticas priorizadas pelos profissionais de saúde, perante a pessoa em fim de vida no serviço de urgência?** e atingida esta etapa do nosso estudo, impõe-se uma discussão analítica, crítica e reflexiva dos achados. Assim, é nossa intenção produzir inferências válidas sobre o fenómeno em estudo, centrando-se a discussão em torno três grandes áreas de acordo com os Objetivos delineados:

- **Perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) acerca dos cuidados priorizados à pessoa em fim de vida no SU;**
- **Dificuldades e Necessidades sentidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na abordagem da pessoa em fim de vida no SU;**
- **Perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), acerca do que consideram relevante existir no SU, de forma a oferecer cuidados que dignifiquem a pessoa em fim de vida.**

Salienta-se que os achados apresentam perspetivas, perceções, sentimentos, emoções, necessidades e dificuldades relacionados com o cuidar da pessoa em fim de vida no SU.

1.1. Perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) acerca dos cuidados priorizados à pessoa em fim de vida no SU

Acompanhar o fim de vida no SU não é tarefa fácil, na medida em que, este serviço está orientado para o doente agudo, com modelos de cuidados maioritariamente biomédicos, no entanto o doente em processo de morrer também recorre a este serviço, necessitando de cuidados multidimensionais.

Contudo, os enfermeiros e os médicos reconhecem ser fundamental conferir significado ao processo de morrer em contexto de urgência, uma vez que se confrontam no seu quotidiano com muitas destas situações, tendo a perceção que o doente que se encontra a experienciar esta etapa da vida apenas é atendido na sua dimensão biológica. Mas, efetivamente a pessoa em fim de vida necessita de mais, a resolução das necessidades

não consiste somente na aplicação de medidas terapêuticas que se dirigem para a cura. Este doente não é curável, mas está vivo, e como tal, temos que atender às necessidades relacionadas com o sentido da vida e a “despedida da vida” (Hennezel, 2001).

Vários estudos na área da enfermagem realizados a nível nacional (Jesus & Correia, 2001; Sousa, 2006; Leal, 2006) e internacional (Björvell [et al.], 2003, Hegarty, 2005) têm demonstrado que a ênfase dos enfermeiros se centra na dimensão física da pessoa, no entanto a proximidade do processo de morrer e da morte *“vivida pelos doentes e famílias é muito mais uma experiência psicossocial e espiritual do que biomédica”* (Neto, 2010, p.17).

Considerando, que normalmente o conceito que temos sobre determinado assunto, influência as nossas práticas, quisemos identificar qual o **conceito que os enfermeiros e médicos possuem sobre pessoa em fim de vida**. Verificamos, uma série de conceitos como: **pessoa sem perspectiva de cura, que necessita de cuidados humanos e conforto; pessoa com particularidades específicas, que necessita de atenção; pessoa que experiêcia sofrimento e se encontra numa situação de fragilidade, entre outros.**

Castro (2008), define pessoa em fim de vida, como aquela para o qual se esgotaram as possibilidades de tratamento curativo da sua doença, progredindo a mesma de forma mais ou menos rápida para a morte. Já Pacheco (2014, p.52), afirma que o doente se encontra em fim de vida, quando se verificam algum dos seguintes princípios: *“existência de uma doença crónica ou incurável de evolução progressiva, a ineficácia comprovada dos tratamentos, a esperança de vida relativamente curta e a perda da esperança de cura”*. Também Neto (2010), refere que um doente em fim de vida apresenta uma doença avançada, incurável e evolutiva, com intensos problemas de saúde devido ao sofrimento associado e que em média tem uma sobrevida esperada de três a seis meses.

Como já mencionado acima, os SU's são locais para tratar/curar a doença, contudo algumas pessoas passam lá os seus últimos dias, rodeados por aparelhos e pessoas que lhes são estranhas, recebendo cuidados dirigidos para a função biológica. Contudo, muitos profissionais de saúde procuram neste meio adverso contribuir para um processo de morrer sereno, buscando sabedoria na filosofia paliativa, desta forma quisemos também conhecer o significado que enfermeiros e médicos atribuem aos CP.

Assim os profissionais de saúde inquiridos, referem-se na sua maioria aos **CP como cuidados com o objetivo de: promover a qualidade de vida, o conforto, a relação, o controlo sintomático, a dignidade, cuidados sem intenção curativa e dirigidos ao alívio do sofrimento.**

O plano estratégico para o desenvolvimento dos CP - biênio 2017/2018, e de acordo com a lei de Bases dos cuidados paliativos (2012, p. 7), define CP como:

“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 no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais”.

No entanto no SU, imperam modelos de cuidados essencialmente biomédicos centrados na cura, bem como, ritmos de trabalho acelerados, foi curioso constatar que a maioria dos participantes do estudo considera **possível prestar CP no SU**, se existir uma **aposta a nível da formação, uma maior sensibilização dos profissionais de saúde, maiores rácios humanos, melhores condições arquitetónicas e mais recursos materiais**. Apenas, um enfermeiro refere **não ser possível prestar CP no SU**, devido à **hesitação médica e ao espaço físico inapropriado**.

Nesta linha de pensamento, Gouveia (2002, p. 152), reporta-se aos SU's como, *“espaços amplos, despersonalizados, partilhados por muitos clientes e também por vários profissionais de saúde que se movimentam rapidamente de um lado para o outro, comprometendo a um nível elevado a individualidade da pessoa”.*

A **formação em CP** é defendida pelos profissionais de saúde do SU como fundamental para um cuidar que dê resposta às necessidades do doente e família. Salientava, Alminhas (2007, p.60) que *“cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos, é acima de tudo saber respeitar a individualidade do doente”.* Os cuidados prestados à pessoa devem dar relevo a um agir humano centrado em *“(...) promover, defender e preservar a dignidade da pessoa e desse fundo ético decorre a afirmação da autonomia para escolher os seus projetos de vida, no contexto situado”* (Nunes, 2011, p. 52).

Sensibilizar os profissionais para um modelo de cuidados que responda às necessidades das várias dimensões da pessoa que se encontra a experienciar a última fase da vida, é apontado pelos profissionais de saúde como fundamental, na medida em que só poderão responder aos aspetos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que estabelecem com os doentes em fim de vida, se desenvolverem este aspeto (Fonseca, 2012).

As **questões arquitetônicas** que o SU dispõe foi outro dos aspetos referidos, como sendo um fator dificultador á prestação de CP, ou seja à prestação de cuidados holísticos ao doente e à sua família. Sendo que, um espaço físico apropriado é essencial para o estabelecimento de uma comunicação efetiva, pessoal e assertiva, com o doente/família, respeitando assim a uma das dimensões mais relevantes da filosofia dos CP.

Salienta Duarte (2010), que o cuidado prevê capacidade para a escuta e o diálogo, além da disponibilidade para perceber o outro, como uma pessoa com potencialidades, recuperando a autonomia da pessoa doente. Este é na verdade, um cuidar que abraça a pessoa que experimenta *“a dor das dores, a dor de dores, a dor de ser e viver a inexorabilidade de deixar de existir”* (Ferreira da Silva, 2012, p. 297). Em nosso entender, e comungando da opinião do referido autor, este acompanhar em fim de vida, inscreve os cuidados paliativos numa *“dinâmica de redescoberta do humano em toda a sua densidade”* (p. 314).

Verificamos ainda, que os médicos e os enfermeiros aceitam a possibilidade de prestar CP no SU, fundamentando que esta é uma necessidade, na medida em que, são vários os **motivos que levam a pessoa em fim de vida a recorrer ao SU**, e destacam alguns motivos: **défice no acompanhamento das equipas de saúde no domicílio, a impreparação da família para lidar com o doente em fim de vida e o mito social.**

Segundo a APCP (2006), nem todos os doentes que procuram os SU's 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, ou seja, a pessoa doente que recorre ao SU passa a ter outras necessidades, que passam essencialmente pelo controlo de sintomas, cuidados de conforto, melhor apoio social, e apoio contínuo à família/cuidadores. Assim, a pessoa deve deixar de ser focada apenas como um mecanismo que falha e passar a ser entendida no seu todo, portadora de doença crónica e na maioria das vezes terminal.

Contudo, parece-nos importante referir, que a nossa experiência como enfermeira no SU, tem-nos revelado que para fornecer uma morte serena à pessoa, seria essencial que acontecesse no seu seio familiar, junto daqueles que mais ama. Porque passar os últimos dias em casa permite que o doente se sinta mais protegido, encontrando-se num ambiente familiar, permitindo que mantenha autonomia e autocontrolo sobre a sua situação.

Barbosa e Neto (2006) refere que grande parte das situações de agonia podem ser acompanhadas no domicílio, desde que com o apoio de equipas de saúde

multidisciplinares treinadas nesse sentido. No entanto, existem situações que impedem que tal aconteça sendo transportadas ao hospital:

- Presença de sintomas de difícil controlo (como dor, dispneia, agitação);
- Fadiga ou claudicação dos cuidadores;
- Pedido expresso do doente ou familiares, depois de devidamente ponderado com a equipa terapêutica;
- Inexistência ou inaptidão evidente dos cuidadores para prestar cuidados (Barbosa e Neto, 2006).

Massa (2010), salienta que num estágio avançado de doença surgem frequentemente situações agudas, muitas das quais são previsíveis e não controláveis fora do ambiente hospitalar. Dispneia, convulsões, hemorragia e exacerbação da dor, são alguns exemplos de situações agudas consideradas emergências paliativas, justificando habitualmente o recurso ao SU, ficando a família/cuidador impotente perante estas manifestações, sendo o SU solução encontrada no momento. No entanto, o desgaste psicológico, a falta de apoio a nível dos cuidados de saúde, incluindo a enfermagem e a ausência de equipamentos são as justificações mais comuns para as admissões hospitalares. Sendo que cerca de 10% dos episódios de urgência são de doentes que necessitam de CP, ou seja, doentes que estão em fim de vida ou sem perspectiva de cura.

Grande parte dos doentes em fim de vida não estão internados em serviços de CP, mas, onde quer que estejam, ou recorram (lares ou domicílio, hospitais de agudos, etc.) é fundamental otimizar os cuidados prestados a estes doentes, pelo que se verifica a necessidade de transferir estas competências para outros serviços e comunidade (Ellershaw, 2003). Deste modo, é necessário que os profissionais de saúde encarem o fim de vida com tranquilidade e aceitem que a pessoa é um ser mortal.

Assim, para os participantes do nosso estudo os cuidados em fim de vida são muito exigentes, na sua opinião, as intervenções executadas à pessoa em fim de vida deveriam assentar em alguns aspetos considerados por eles como fundamentais.

- **Cuidados prioritizados à pessoa em fim de vida no SU**

Os participantes do estudo apontam como cuidados prioritários para a pessoa em fim de vida no SU: **o alívio sintomático, proporcionar medidas de conforto, companhia, comunicação com a família, um ambiente com privacidade e responder às necessidades efetivas daquela pessoa.**

Os CP, como temos vindo a referir, devem ser oferecidos com base nas necessidades da pessoa em fim de vida e família. Neste sentido, para atingir este objetivo, é fundamental que os profissionais de saúde atendam aos *“componentes essenciais dos cuidados paliativos: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio a família; o apoio durante o luto; e a interdisciplinaridade”* (PNCP, 2004-2010).

Segundo Neto (2010), os procedimentos clínicos na medicina paliativa são os mesmos da prática clínica em geral. No entanto, o objetivo são o bem-estar e o conforto do doente. O controlo de sintomas consiste em saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem no decorrer da doença e que tem repercussões diretas no bem-estar do doente, sendo um dos objetivos básicos dos CP.

As intervenções devem estar assim, direcionadas para: a avaliação sistemática dos sinais e sintomas; medidas farmacológicas e não farmacológicas com a avaliação, monitorização e registo das mesmas; atender às prioridades de cada doente, intervir na dinâmica familiar de forma a ajudar o doente e a família nesta fase de vida (Firmino, 2009). Parece-nos poder dizer, que é possível sonhar com a excelência se, *“reconhecemos as necessidades e o poder criativo de cada um, sendo no entanto, fundamental, ouvir o que cada um tem para dizer e refletir sobre a sua prática profissional cheia de valores e significados”* (Batista [et al.], 2011, p. 884).

O **alívio sintomático**, é defendido pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) como uma intervenção que favorece conforto. Neste sentido, o diagnóstico, a avaliação, monitorização e (re)avaliação é fundamental para a gestão dos sintomas. Reconhecem Barbosa e Neto (2006), que os sintomas são complexos e carecem de uma avaliação rigorosa e tão objetiva quanto possível.

Veiga [et al.] (2009), salientam que as principais intervenções terapêuticas estão relacionadas com a administração de terapêutica, considerando o alívio de sintomas como uma das intervenções que tem mais razão de ser no SU.

Proporcionar medidas de conforto, é considerado um dos cuidados a priorizar. O conforto de acordo com Doenges e Moorhouse (2010, p.225) é *um “potencial para melhorar, definido como padrão de bem-estar, alívio e transcendência em dimensões físicas, psico-espirituais e do meio envolvente e/ou que possam ser fortalecidas”*. A CIPE Versão 1.0 e 2.0, refere que o conforto corresponde a uma *“sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”* (2010, p.45); confortar é *“consolar alguém nos momentos de necessidade”* (2010, p.95). Neste sentido, atender às necessidades de conforto no SU deve ser foco dos profissionais de saúde.

Proporcionar companhia, é fundamental pois fornece segurança à pessoa doente. Phaneuf (2005) salienta que, sentar junto do doente, permitir a presença dos familiares, o toque, facilita sentimentos de segurança no doente. Bernardo (2005) clarifica que uma intervenção apropriada no sofrimento psicológico dos doentes e familiares, facilita o processo de luto, ao mesmo tempo que reduz o possível stress dos profissionais de saúde que acompanham e apoiam este doente e família.

A comunicação com a família, é considerado importante pelos participantes, comungando com Phaneuf (2005), quando diz, que a família tem necessidade de informação, de forma a preparar-se para o enfrentamento da má notícia, para que a sua ansiedade, stress e medo sejam reduzidos, bem como, para a diminuição de sentimentos de culpabilidade e conflitos internos.

Também, o Código Deontológico no seu artigo 84º, do dever de informação, menciona que o enfermeiro assume o dever de: informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem, informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter (OE, 2009).

A **comunicação efetiva** é uma das dimensões e modalidades básicas dos CP, é um processo essencial nas relações humanas, indispensável para uma correta adequação às necessidades da pessoa e família. Querido [et al.] (2006, p. 377) refere que “*a comunicação é um dos pilares em CP, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal*”. Também, para MORITIZ, (2007) a comunicação é imprescindível para que se possa obter uma assistência pautada na humanização. Também Hudson [et al.] (2008), defende que a comunicação efetiva entre a pessoa doente, a família e os profissionais de saúde, é uma parte integrante da otimização dos CP.

Hennezel (2002) salienta que perante o doente em fim de vida, a família enfrenta medos e angústias difíceis de gerir, culpabiliza-se por estar viva e saudável quando o seu ente querido se encontra a experienciar a última etapa da vida.

Um ambiente com privacidade é um importante meio de respeito pela pessoa. Muitos autores consideram a privacidade como uma condição necessária para a exteriorização de sentimentos e emoções, para a defesa da integridade, conferindo-lhe assim, a sua condição de ser pessoa, única e irrepetível.

Cuidar no SU é considerado agressivo, invasivo, com elevada intensidade e complexidade. Mas, o doente em fim de vida passa por uma série de necessidades especiais e singulares que devem ser atendidas. Assim os participantes do estudo consideram como prioritário **responder às necessidades efetivas da pessoa em fim de vida**, de forma a atenuar o seu sofrimento. A pessoa em fim de vida apresenta uma multiplicidade de necessidades que precisam de ser satisfeitas: físicas, psíquicas emocionais e ou afetivas e espirituais, o que requer do profissional de saúde, para além dos conhecimentos técnico-científicos, compromisso, sensibilidade, comunicação, disponibilidade interna, entre outros (PNCP 2004-2010).

Fonseca (2012) no seu estudo subordinado à temática “Morrer com Dignidade”, dirigido a enfermeiros que desempenhavam funções em unidades de CP e em serviços de internamento hospitalar, com o objetivo de conhecer a opinião destes acerca do seu conceito de morrer com dignidade, verificou que as características que definem o morrer com dignidade, são essencialmente: o “alívio da dor”, o “conforto físico”, o “controlo de sintomas” e “resolver questões pessoais e familiares”. Desta forma, as intervenções que os enfermeiros consideraram mais importantes vão de encontro a estes achados.

Em síntese, os participantes do estudo salientam, que as intervenções devem preservar a pessoa na sua dignidade e para isso a garantia da presença, o estabelecimento de uma comunicação empática com doente e família, e um ambiente confortável são essenciais e devem ser implementados no SU. Podemos afirmar, que cada vez mais os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) estão sensíveis para a importância de um agir humano.

1.2. Dificuldades e Necessidades sentidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na abordagem da pessoa em fim de vida no SU

As principais **dificuldades** sentidas pelos profissionais de saúde na abordagem à pessoa em fim de vida no SU são: **espaço arquitetónico inadequado; indisponibilidade; existência primordial do modelo biomédico; tomada de decisão e a informação insuficiente.**

Consideram que o **espaço arquitetónico** do SU é desfavorável para cuidar de forma multidimensional a pessoa em fim de vida e família. Apontam como aspetos, a poluição sonora, a constante luminosidade, a falta de privacidade, as rotinas e procedimentos

realizados a qualquer hora do dia e da noite. Veiga [et al.] (2009), referia que as principais dificuldades para se cuidar de uma pessoa em fase final de vida no SU são: a falta de condições físicas e de recursos humanos, a falta de um espaço físico calmo e confortável, apropriado para os doentes em fase final de vida. Também, Silva (2012, p.23) enfatizava que os aspetos referidos, promovem uma *“experiência do morrer, demasiado perturbadora da insegurança ontológica e psicológica da modernidade tardia”*.

O processo de **tomada de decisão em fim de vida** é talvez, uma das mais amargas e difíceis tarefas que os profissionais de saúde enfrentam. Decidir é optar, e como tal, requer que os profissionais da saúde reflitam sobre as suas escolhas. Esta tomada de decisão terá que ter em atenção não só as questões técnicas e científicas como as éticas (Will, 2011).

Também, Carneiro (2013, p.274), advogou que a *“decisão de iniciar tratamentos de risco/ou alta agressividade incluindo a artificialização da vida exige ponderação”*; exige a precisão no diagnóstico e antecipação do prognóstico, no momento em que as decisões são tomadas, pois só assim, é possível *“determinar as possibilidades e legitimar cada uma das intervenções”*.

Também o **modelo biomédico** muito enraizado no SU, leva os profissionais de saúde a tomar atitudes que *“elegem o curar como prioridade, esquecendo o verdadeiro valor do cuidar, persistindo na prossecução de tratamentos visando a cura mesmo quando não existe qualquer esperança de obter a melhoria do estado do doente”* (Pacheco 2014, p. 67).

Efetivamente no SU, persiste a cultura curativa, em que se investe em terapêuticas e exames complementares muitas vezes inúteis para o doente em fim de vida, que não acarretam ganhos em saúde, *“sendo a vida um valor fundamental a preservar e o suporte para que todos os outros valores se possam manifestar, não é, contudo, um valor absoluto que se possa prolongar a qualquer preço”* (Frias, 2003).

A informação insuficiente é outra das dificuldades apontadas pelos participantes. Também, Howarth e Leaman (2004) referem que é prática comum entre os médicos, esconder informações sobre o diagnóstico e o prognóstico dos doentes com doenças incuráveis, por pensarem que esse conhecimento destruirá a sua esperança e será demasiado cruel.

No entanto, tal como salientam, Beckstrand [et al.] (2006) os cuidados em fim de vida teriam maior qualidade, se a comunicação entre todos os membros da equipa de saúde fosse sempre eficaz, se trabalhassem todos para os mesmos objetivos, envolvendo o doente e família, se os tratamentos curativos fossem interrompidos no início do processo

de morrer (ou nunca iniciados, especialmente quando fúteis), se a morte fosse encarada como um processo natural.

Relativamente às principais **necessidades** manifestadas pelos profissionais de saúde na abordagem da pessoa em fim de vida no SU, centraram-se sobretudo, a nível da aquisição **de formação em CP, da criação de espaços promotores de privacidade e da necessidade de melhorar o circuito de informação.**

O plano estratégico para o desenvolvimento dos CP - biénio 2017/2018, salienta, que a **formação** é consensualmente apontada como o fator crítico no sucesso das equipas de CP. Já em 2003, o Conselho da Europa pronunciando-se sobre a organização dos CP, realçou a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais envolvidos nestes cuidados, de forma a obterem treino adequado para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível.

Torna-se importante salientar, que na fase final de vida, o enfermeiro deve cuidar de forma holística da pessoa, dos seus cuidadores e familiares, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; estabelecendo ainda uma relação terapêutica, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (OE, 2015).

Assim, urge ao enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica desenvolver as suas competências no domínio da análise crítica, estando devidamente informado sobre os domínios da enfermagem face à pessoa em situação crónica e paliativa, segundo Regulamento 188/2015 da OE (2015, p. 9967 - 9968),

- a) *“Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.”*
- b) *“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.”*

Assim, Frias (2003) defende que, a maior parte da formação é no sentido de enfatizar e preservar a vida, sustentando uma preparação técnico-científica. No entanto, em nosso entender é fundamental que além de competências técnico-científicas, o profissional de saúde possua sensibilidade para respeitar a pessoa em fim de vida e a finitude da vida.

A criação de espaços promotores de privacidade foi apontado pelos participantes do estudo como necessário para proporcionar a partilha de momentos mais íntimos do doente. Conforme o PNCP (2004-2010), o hospital vocacionou-se e estruturou-se, com elevada sofisticação tecnológica, para tratar ativamente a doença. No entanto, quando se

verifica a falência dos meios hospitalares de tratamento e o doente se aproxima inexoravelmente da morte, o hospital raramente está preparado para o tratar e cuidar do seu sofrimento (DGS, 2004).

O direito à privacidade assume um papel de relevo em momentos de maior fragilidade e vulnerabilidade, que acompanham o processo de fim de vida. Salieta, Nunes (2001) que a privacidade é um valor e um direito em si mesmo.

Promover a privacidade, para além de respeitarmos o outro como um ser singular estamos a preservar a sua dignidade. De acordo, com Ourives (2004, p. 254), é uma “*condição de autonomia*”. Segundo a autora, a privacidade está protegida, se a pessoa conseguir de forma autónoma gerir “o acesso a si”. No entanto, levanta-se a questão do isolamento, que no nosso entender, pode ser olhado por dois prismas: se por um lado estamos a dar serenidade, proporcionar bem-estar, por outro, podemos estar a causar isolamento social, contribuindo deste modo, para sentimentos de solidão e “abandono”.

Em síntese, proporcionar privacidade deve ser entendido como proporcionar conforto. Para isso, doente e família devem ser centro de decisão.

A necessidade de melhorar o circuito de informação é compreendida pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) do SU, como facilitador para fornecer respostas mais adequadas, para uma participação mais ativa do doente e família, auxiliar na tomada decisões para que sejam mais concertadas, integradas, eficientes e rápidas, bem como, para proporcionar alianças terapêuticas. A informação indispensável ao doente não só é um requisito pela sua autonomia com é um real benefício (Neto, 2010).

Pelos achados podemos ainda verificar, que os participantes desejam que a instituição hospitalar crie um sistema que potencie o acesso à informação do doente, ajudando assim, na eficiência dos cuidados prestados ao doente em fim de vida, conforme demonstra o seguinte discurso de um dos participantes do estudo:

(...) muitas vezes a família não está cá e temos que ligar, se houvesse um estrutura burocrática melhor, mais eficaz, se calhar se houvesse alguém que fosse chamar os familiares lá fora, se houvesse uma comunicação mais rápida a nível telefónico, registos da nossa parte, organização nossa, estes registos são feitos por internos na consulta, mais novos e muitas vezes não está lá escrito que mais cedo ou mais tarde este tipo de doente vai entrar em falência multiorgânica e não é para fazer nada e muitas vezes isto não está claro, há uma descrição mas não há uma interpretação e às vezes é difícil, isto era importante mudar (...)

Em síntese, os participantes do estudo, consideram que face às dificuldades e necessidades sentidas, o SU não está convenientemente preparado para cuidar de doentes em fase final de vida, pois estes doentes requerem cuidados humanos, envolvimento emocional que envolve disponibilidade, presença, toque, escuta e sobretudo amor, e os profissionais de saúde do SU não têm disponibilidade para estabelecer uma relação de ajuda multidimensional ao doente e família.

1.3. Perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) acerca do que consideram relevante existir no SU, de forma a oferecer cuidados que dignifiquem a pessoa em fim de vida.

Falar sobre o processo de morrer em contexto de SU é cada vez mais uma necessidade, na medida em que, os profissionais de saúde lidam diariamente com o conflito de lutar pela vida, contra a morte. Realça, Gomes [et al.] (2013), que a proporção de óbitos hospitalares aumentou de 54% em 2000 para 62% em 2010, assim a proporção de óbitos ocorrida em instituições hospitalares é mais elevada em 54 pontos percentuais, do que a proporção da população que referiu o hospital como o local de preferência para morrer. Ou seja, pode considerar-se que o hospital é considerado pelas pessoas como o local menos desejado para terminar os seus dias de vida.

Efetivamente, o modo como as pessoas morrem em Portugal tem sofrido uma expressiva mudança, passando-se a institucionalizar a morte (Ferreira [et al.], 2012).

Segundo Teixeira (2006), a transposição do local da morte que outrora ocorria essencialmente em casa, no seio da família e da comunidade da pessoa, tem vindo a aumentar progressivamente até aos nossos dias. *“Morre-se no hospital, símbolo da extraterritorialidade da morte”* (Medeiros e Lustosa, 2011, p. 205).

Os SU's possuem equipas de saúde multidisciplinares e multiprofissionais que tem como objetivo responder a situações enquadradas nas definições de urgência e emergências médicas. Contudo, como temos vindo a referir, muitos doentes recorrem ao SU com doença crónica terminal ou com patologia aguda incompatível com a vida para os quais a abordagem curativa não responde às necessidades multidimensionais que esta pessoa e família apresentam, pondo em causa a preservação da dignidade.

Os participantes do estudo relativamente ao que **consideram relevante existir no SU de forma a oferecer cuidados que dignifiquem a pessoa em fim de vida**, referem em maioria: **um espaço físico adequado e formação em CP**, referem ainda a existência de psicólogo para a equipa de saúde, existência de reuniões para discussão de casos clínicos e partilha de emoções e sentimentos, mais recursos humanos, simplificação das medidas terapêuticas no fim de vida, proporcionar ao doente a despedida com os seus entes queridos, envolver doente e família na tomada de decisão, estabelecimento de uma relação empática e valorização dos cuidados de conforto.

Prestar cuidados que visem a preservação da dignidade da pessoa cuidada, exige para os nossos participantes uma **estrutura física e arquitetónica adequada** que facilite a privacidade, o conforto e o respeito da pessoa como ser individual e único. Veiga [et al.] (2009), refere que os profissionais de saúde perante o doente em fim de vida no SU, consideram que as condições que este serviço oferece a estes doentes, são desumanas. A falta de condições físicas (um espaço físico calmo, confortável, apropriado para os doentes em fase final de vida), e a falta de recursos humanos são um problema com que se debatem os profissionais de saúde do SU.

Efetivamente, são diversos os cuidados que os profissionais de saúde têm de integrar para que consigam responder às reais necessidades da pessoa em fim de vida e família, no entanto a **formação em CP** ocupa um espaço de relevo. Santos (2004), refere que a formação em CP, deve ser incluída nos currículos académicos da formação pré e pós-graduada.

Veiga [et al.] (2009) no seu estudo, referem que para além da formação e sensibilização da equipa multidisciplinar, o **debate e a reflexão em equipa** sobre as experiências de vida e de morte como forma de aprendizagem, seriam benéficas tanto para o cuidado prestado ao doente, quanto para o profissional que cuida. Salienta ainda, que a existência de um enfermeiro específico que se responsabilize pelas intervenções terapêuticas, a prestar aos doentes em fim de vida no SU, seria também, uma mais-valia para a humanização dos cuidados prestados a esses doentes no SU.

No SU, não é raro, a adoção de medidas como a **futilidade terapêutica**, expressado nos discursos dos médicos e enfermeiros, que por certo, comprometem a dignidade da pessoa em fim de vida. Claro, que estas medidas irão resultar num processo de prolongamento da vida em condições desumanas, de grande humilhação, sofrimento e numa morte destituída de dignidade (Pacheco, 2014). Assim, a não cura, não deve continuar a ser encarada como uma derrota, mas antes como uma realidade que merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção rigorosa e um investimento adequado.

Também Massa (2010), refere que os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, muitas vezes não estão preparados para lidar com este tipo de doente e a maioria dos SU não possuem suporte de CP, levando conseqüentemente a um número inapropriado de intervenções, consideradas fúteis.

Corroborando com esta afirmação, e a nossa experiência profissional num SU, onde nos deparamos no nosso quotidiano com falta de consensos dentro da equipa de saúde no que se refere aos limites de intervenção, a orientação destes serviços para a cura determinam uma postura/atitude predominantemente intervencionista dos profissionais, num esforço de prolongar a vida à custa do sofrimento da pessoa doente e família e conseqüentemente numa morte destituída de dignidade (Pacheco, 2006; Serrão, 1995).

Segundo a CIPE Versão 2.0 (2011, p. 62) **morrer** é o “*Processo corporal com as características específicas: Interrupção da vida, diminuição gradual ou súbita das funções corporais que conduz ao fim dos processos corporais de manutenção da vida*”, e **morrer com dignidade é:**

“Processo de morrer com as características específicas: verbalização de alívio da dor, expressão de controlo de sintomas, participação nas decisões sobre os cuidados e tratamentos, verbalização de conforto físico, verbalização de satisfação espiritual e revisão das experiências de vida.”

Face ao referido, os profissionais de saúde consideram que o SU, **não possibilita á Pessoa em fim de vida um processo de morrer digno.**

Falando em cuidados que dignifiquem a pessoa em fim de vida, torna-se importante verificar junto dos profissionais de saúde do SU, quais os motivos que os levam a **adotar estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo** perante uma pessoa em fim de vida, sendo as suas respostas interessantes: **difficuldade em assumir que é um doente em processo de morrer, lidar com o processo de morte** e o **défice de formação em CP.**

Assim, e face ao referido pelos profissionais de saúde, parece podermos afirmar, que a sua orientação para cuidados curativos perante o doente em fim de vida, se deve em grande parte ao **défice de formação em CP.** Na verdade, a medicina defensiva aparenta-se-nos como uma atitude cultural intrínseca, que na opinião de Gil, citado por Monteiro (2006) traduz-se pelo “*medo interiorizado, mais inconsciente do que consciente, de agir, de tomar decisões diferentes da norma vigente. A prudência é a lei do bom senso português*” (p. 287).

Também, assumir que é **um doente em fase terminal de vida** e com isto prever que a **morte é uma etapa que está próxima**, suscita os mais variados sentimentos nos profissionais de saúde, como dor, angústia, medo, entre outros. O estar com o outro no momento da morte despoleta em nós esses sentimentos, e ao mesmo tempo, exige que exponhamos quem nós somos verdadeiramente.

Desta forma, quando os profissionais de saúde se deparam com um doente em estado terminal confrontam-se com os seus próprios sentimentos em relação à morte, surgindo sentimentos de impotência, de agressividade interior, bem como um sentimento de fracasso, ficando com “medo de investir afetivamente, pelo medo de nos magoarmos, é mais fácil deixar morrer que ajudar a morrer” (Henriques, 1993, p. 12). Daí os profissionais de saúde terem respondido que a dificuldade em assumir que é um doente em processo de morrer e o lidar com o processo de morte os leva a adotar medidas de âmbito curativo, evitando assim o contacto com a morte e todo o processo de sofrimento que esta envolve.

A morte é, sem dúvida, o acontecimento mais desgastante do dia-a-dia da vida hospitalar e o enfermeiro é aquele que mais diretamente sofre e sente quando alguém morre, por via da sua prestação próxima e continuada de cuidados de saúde (Ribeiro [et al.], 2010).

O distanciamento pode constituir um mecanismo de defesa utilizado pelos profissionais de saúde, podendo dever-se à dificuldade de lidar com os sentimentos do doente a respeito da morte ou, até mesmo à nossa inabilidade em lidar com os nossos próprios temores da morte. Pode mesmo dizer-se, que há um afastamento do leito, talvez por não se querer um envolvimento com a morte do próximo. De acordo com Townsend (2002, p. 636), *“não é a morte em si que é temida, mas sim o abandono, a dor e a confusão”*.

Segundo Batista (2012), por parte dos enfermeiros tem-se verificado ao longo dos anos angústia e medo ao cuidar da pessoa moribunda ou que morre inesperadamente e, conseqüentemente, dos seus familiares, essencialmente quando se depara com a necessidade de lhes comunicar o óbito. Assim as vivências decorrentes da morte são geradoras de angústia no enfermeiro, ele foi preparado para cuidar da pessoa para a vida e não para a morte, tendo dificuldade em aceitá-la, ou seja, foi preparado para ajudar a viver e não a morrer, tendo por base o modelo biomédico.

A vivência de morte é uma experiência recheada de uma ambivalência de significados, que necessita de profissionais treinados, com formação, pois cada enfermeiro define o seu conceito, vivenciando o processo de morrer de uma forma diferente, aumentando assim a dificuldade de gestão do mesmo, acrescido de um desgaste emocional e pessoal (Cerqueira, 2007).

Um estudo realizado por Gutierrez e Ciampone (2006), com objetivo de identificar os sentimentos e as percepções dos enfermeiros durante a assistência ao doente/família em fim de vida, concluiu da necessidade de realizar **encontros sistematizados entre profissionais**, de forma a exporem as suas satisfações, angústias, medos e receios durante esse processo que é o fim de vida. Desta forma, a troca de experiências, dificuldades, emoções e sentimentos são fatores determinantes e facilitam o cuidado do doente em fim de vida e respetiva família. Para além disso, considerou que o mesmo pode ser facilitado, desde que a morte seja encarada como um desfecho natural do processo vital.

É indispensável, que os profissionais de saúde tenham conhecimentos sobre o **processo de gestão do luto** e se apercebam das necessidades dos doentes e seus familiares. Dediquem tempo e possuam capacidade para lidar com situações de perda, fomentando um ambiente propiciador para que o doente e família possam exprimir os sentimentos e emoções são outras das exigências colocadas. Os profissionais de saúde devem ter consciência que o processo de luto é doloroso e dinâmico (as respostas emocionais variam ao longo do tempo). O período mais difícil da intervenção do enfermeiro no processo de luto situa-se imediatamente após a perda. É uma fase complexa, difícil para todos e que exige disponibilidade, atenção a nível afetivo e existencial, para que a pessoa aceite a realidade com as respetivas possibilidades e limites (Pereira, 2008).

Pereira (2008) salienta que, a **relação de ajuda como uma relação terapêutica** é atualmente um dos elementos inquestionáveis do cuidar, sendo imprescindível para a qualidade dos mesmos. A prestação de cuidados globais e humanizados pressupõe o apoio emocional e o fornecimento de informação, constituindo-se assim, como pilares fundamentais na construção de uma relação terapêutica eficaz e como tal, na preservação da dignidade. Esta, é na verdade, uma realidade testemunhada por Ferreira da Silva (2012), que ao questionar os profissionais de saúde, sobre “Nós e o Morrer, no hospital”, concluiu que 93% dos *respondentes* “*acham que deve existir profissionais de saúde especificamente preparados e responsabilizados para o acompanhamento aos doentes terminais*”. No entanto “*só 20% considera que eles existem de facto*” (p. 68).

Em síntese, cuidar dos doentes em fim de vida e família é também função dos SU's. Preservar a dignidade da pessoa impõe abordagens que envolvam a dimensão não só biológica, como social, cultural, emocional, espiritual, bem como, a existência de espaços que permitam a privacidade e a existência de um trabalho em equipa de parceria, tendo como objetivo principal a dignidade da pessoa em fim de vida.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Cuidar do doente em fim de vida no SU de um hospital de agudos, é difícil e complexo, na medida em que doente e família que se encontram a experienciar a última etapa da vida, necessitam de cuidados, que para além de científicos, que sejam também humanos, ou seja, que atendam às várias dimensões que compõe a pessoa. Neste sentido, o profissional de saúde e sobretudo o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica terá que saber fazer, saber estar e saber ser.

Pelos resultados do estudo podemos constatar, que embora os SU's estejam orientados para a recuperação da pessoa e a tecnologia faça parte dos seus recursos, os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) do estudo, reconhecem que esta tecnologia tem limites e que é necessário adotar modelos mais holísticos para o atendimento da pessoa e família que enfrentam a terminalidade da vida.

De seguida passamos a apresentar as conclusões do estudo com maior expressividade:

1. Acompanhar o doente em fim de vida e família num SU é entendido pelos participantes do estudo como difícil, pelo facto de vigorar modelos que se orientam para a cura, o existir de elevada tecnologia que condiciona a tomada de decisão para o percurso natural da morte;
2. Os participantes do estudo reconhecem que as mudanças que tem vindo a ocorrer na sociedade, nomeadamente, o aumento da esperança média de vida e conseqüentemente o aumento de doenças crónicas, progressivas e incuráveis, tem colocado novos desafios aos profissionais de saúde do SU, na medida em que, as suas intervenções não podem direccionar-se apenas para a cura ou para o salvar vidas, mas também para um cuidar que abranja a multidimensionalidade da pessoa em fim de vida;
3. Evidência este estudo que os valores, crenças e experiência de vida dos profissionais de saúde do SU condiciona a sua atitude e a sua representação de fim de vida no entanto é fundamental, olhar para o SU como um serviço onde é possível prestar CP;
4. Entendem por pessoa em fim de vida, aquela que possui determinadas características: pessoa com doença crónica e prolongada, sem perspectiva de cura, em morte iminente, numa situação de fragilidade e sofrimento, que necessita de

cuidados de conforto, cuidados condignos, prioritários e atenção dos profissionais de saúde;

5. Definem cuidados CP, como cuidados cujo objetivo é, promover a qualidade de vida, o conforto, a dignidade, o controlo sintomático da pessoa em fim de vida, sendo cuidados sem finalidade curativa;
6. A maioria dos participantes, aceita a perspetiva de prestar CP no SU. Contudo, salientam da necessidade de existir formação específica na área dos CP, maior sensibilização dos profissionais de saúde para modelos de cuidados mais humanos, bem como, espaços físicos que promovam a privacidade, facilitem a comunicação/interação com a família, podendo assim, dar conforto e consequentemente preservar a dignidade;
7. Reconhecem que acompanhar o doente em fim de vida e família no SU exige deles, envolvimento emocional, para a qual não se encontram preparados, nem tem disponibilidade para estabelecer uma relação de ajuda. Apela para a necessidade de mais recursos humanos para que a comunicação terapêutica ocorra e como tal cuidados mais condignos;
8. Os achados evidenciam que existe uma variabilidade de motivos que levam a pessoa em fim de vida a recorrer ao SU, nomeadamente o défice no acompanhamento destes doentes no domicílio pelas equipas de saúde, a impreparação da família para lidar com o descontrole sintomático, enfrentar o fim de vida, lidar com a morte e com o sofrimento, entre outros;
9. As intervenções consideradas prioritárias pelos participantes do estudo centram-se sobretudo a nível das necessidades de alívio sintomático, a nível da interação, do conforto e da informação;
10. São várias as dificuldades apontadas pelos participantes para poder cuidar da pessoa em fim de vida e família no SU, nomeadamente: espaço arquitetónico inadequado, modelo biomédico, informação insuficiente da situação clínica do doente, são os aspetos mais apontados.
11. A par das dificuldades, identificam necessidades para que possam prestar cuidados de qualidade à pessoa em fim de vida e possam assim, contribuir para um fim de vida digno. Assim, referem a necessidade de formação em CP, canais de informação facilitadores proporcionando um maior conhecimento de quem se cuida, existência de espaços promotores de privacidade e criar momentos para discussão de casos clínicos em equipa de saúde;

12. Verificamos que são várias as razões que levam os participantes do estudo a adotar estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo perante a pessoa em fim de vida, nomeadamente a dificuldade que sentem em assumir que o doente se encontra em processo de morrer, o confronto com a morte, serem detentores de formação de base que os orientou para cuidar do doente em fase aguda, modelos e filosofias organizacionais orientados para a dimensão biológica da pessoa doente, impreparação pessoal para lidar com emoções e sentimentos, entre outros.
13. Reconhecem os participantes do estudo, na sua maioria, que o SU não oferece dignidade na morte. Assim, são várias as sugestões referidas pelos participantes do estudo para poderem proporcionar cuidados multidimensionais à pessoa em fim de vida e família no SU, que passam pela formação em CP, criação de espaços físicos que promovam o conforto do doente e família, presença de psicólogo para apoio quer ao doente e família quer ao profissional de saúde, mais recursos humanos e criação de momentos para discussão de casos clínicos e partilha de emoções e sentimentos.

Em jeito de conclusão, os participantes do estudo reconheçam que os SU's não estão vocacionados para lidar com a situação da morte e que contribuir para um processo de morrer condigno embora seja um direito consagrado, nem sempre é garantido. Contudo, afirmam ser possível prestar cuidados paliativos no SU e estarem motivados para adotar estratégias que não tenham apenas intuito curativo.

Acreditamos, que o caminho faz-se caminhando, que as organizações de saúde devem estimular, apoiar para o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, contribuindo assim, para a prestação de melhores cuidados. Para o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, a pessoa em fim de vida constituiu um desafio na medida em que, o enfermeiro especialista deve reconhecer a importância do respeito pela dignidade da pessoa.

Implicações do Estudo

- Promover formação em CP, é fundamental para que os CP sejam uma realidade nos SU's;
- Criar dentro do SU uma equipa de profissionais, médicos e enfermeiros, direcionada para o doente em fim de vida, em que o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica seja o gestor de caso;
- Melhorar o circuito de informação para que os profissionais de saúde possam prestar cuidados com mais rapidez e eficiência;
- Facilitar a comunicação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, de forma a minimizar as dúvidas e facilitar a tomada de decisão numa situação em que o doente em fim de vida recorre ao SU;
- Criar um espaço para realização de reuniões e discussão de casos clínicos, partilha de sentimentos e emoções para que as angústias, alegrias, tristezas sejam partilhados entre profissionais.
- Torna-se pertinente, a realização de estudos comparativos com outras amostras de enfermeiros, em diferentes instituições hospitalares e em diversas regiões do país.

Dadas as características das estratégias metodológicas que utilizamos, não é possível fazer generalizações dos dados, na medida em que, estes apenas dizem respeito aos sujeitos deste mesmo estudo. No entanto, parece-nos não invalidar a importância dos resultados obtidos, dado o carácter descritivo-exploratório e pertinente dos mesmos.

Por último, considerámos que o estudo contribuiu para conhecer as abordagens terapêuticas priorizadas pelos Profissionais de Saúde, perante a Pessoa em fim de vida no SU.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁRIES, Philipe – **Sobre a história da morte no Ocidente desde a idade média**. Teorema, Lisboa. 4ª edição. ISBN 9789726959489. 2010.p.222.
- ALMINHAS, Sílvia - Cuidar da pessoa no Serviço de Urgência. **Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN 0872-0844. Nº75 (2007), p. 57-60.
- ANDRADE, Cristiani [et al.] - Cuidados paliativos na atenção básica: produção científica em enfermagem. **Revista Enfermagem**. ISSN 1818-820. Vol.6, n.2, (2012), p. 423-430.
- ARAÚJO, José Manuel – Sistema de Valores. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 16, nº. 201 (2005), p. 17-18.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. (2006). [Em linha]. [consultado em Dezembro 2016]. Disponível na WWW: <http://www.apcp.com.pt>.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. **ANCP**. Lisboa. (Março, 2006) p.1-22.
- BARBOSA, António – Pensar a morte nos cuidados de saúde. **Análise Social**. [Em linha]. Vol. 38, nº 166 (2003), p. 35-49. [Consult. 13 Nov. 2016]. Disponível em WWW:<[URL: http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218737559Q5dRD9fa3Zz85OZ8.pdf](http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218737559Q5dRD9fa3Zz85OZ8.pdf)>.
- BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 978-972-44-1154-5.
- BATISTA, Teresa – **A morte inesperada no Serviço de Urgência: um olhar ao vivido pelos enfermeiros**. Coimbra: [s.n.], 2012. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- BATISTA, Karina [et al.] – Formação de Saúde para o SUS: Significado e Cuidado. **Revista Saúde e Sociedade/Universidade de São Paulo**. São Paulo. ISSN 0104-1290. Nº 4, Vol 20 (2011), p. 884-899.
- BECKSTRAND, Renea; CALLISTER, Lynn; KIRCHHOFF, Karin- Providing a “good death”: critical care nurse’ suggestions for improving end-of-life care. **American Journal of Critical Care**. Vol.15, nº.1 (2006),p. 38-45.
- BERNARDO, Ana – **Avaliação dos sintomas em cuidados paliativos**. Lisboa: [s.n.], 2005. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- BOFF, Leonardo – **Saber cuidar: ética do Humano: compaixão pela Terra**. 8ª Ed. São Paulo: Vozes, 2002. ISBN 853-262-162-7.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2
- BJÖRVELL, Catrin; WREDLING, Regina; THORELL-EKSTRAND, Ingrid - Improving documentation using a nursing model. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 43, nº. 4 (2003), p.402-410.
- CABRAL, Roque - **Temas de Ética**. Braga: Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, 2003. ISBN 9789726971566
- CARNEIRO, António - **Decisões em fim de vida**. Hospital da Arrábida / Gaia, 21 de Novembro de 2013.
- CASMARRINHA, Manuela – **Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades**. Porto: [s. n.], 2008. Tese de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- CASTRO, Susana – **Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio**. [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2008. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. [Consultado em 2 Junho 2016]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19379/2/TeseSusana.pdf>>.
- CERQUEIRA, Andreia – **O Enfermeiro perante a morte do idoso em contexto hospitalar**. Ponte de Lima: [s.n.], 2007. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa.
- CERQUEIRA, Maria Manuela – **A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento**. Lisboa: Universidade Lisboa/ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010. Tese de Doutoramento.
- CERQUEIRA, Maria Manuela - **O cuidador e o doente paliativo: análise das necessidades/ dificuldades do cuidador para cuidar do doente paliativo no domicílio**. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-8485-49-2.
- COLLIÉRE, Marie Françoise – **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN 972-954-200-7.
- COMBINATO, Denise; QUEIROZ, Marcos – Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**. [Em linha] Vol.11, nº 2 (2006), p. 209-216. [consultado em Novembro 2016]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>>.

- COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – **Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: Biénio 2017 – 2018**. [s.l.]: Comissão nacional de Cuidados Paliativos, [s.d.]
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO – **Manual do Curso de Suporte Imediato de Vida**. 2ª edição. [S.l.: s.n.], 2006.
- CUNHA, M. [et al.] – Cuidado pós-morte. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 46. (2003).
- DECRETO-LEI nº 52/2012 de 5 de Setembro. **Diário da República I Série**. 172, 2012.
- DEODATO, Sérgio – **Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para agir**. Lisboa: [s.n.], 2010. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade Católica Portuguesa.
- DEODATO, Sérgio – Autonomia e morte. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº 20 (2006), p.6-13.
- DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary - **Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interativo para o raciocínio diagnóstico**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2010. ISBN: 978-972-8930-57-8.
- DUARTE Maria de Lourdes, NORO Adelita - Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre. ISSN 1983-1447. Vol.4, N. 31 (2010); p.658-92.
- ELLERSHAW, John; WILKINSON, Susie - **Care of the dying – A Pathway to Excellence**. Oxford University Press, 2003. ISBN 9780198509332
- EMANUEL, Linda [et al.] - The last hours of living: practical advice for clinicians. **Medscap**. [Em linha] (2008). [consultado em 2 Outubro 2016]. Disponível em WWW: <URL:http://http://www.medscape.org/viewprogram/5808>.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE - **Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education**. [Em linha] 2007. [consultado em Outubro 2016]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=VmnUSgQm5PQ%3D>>.
- FERREIRA da SILVA, José - **A morte e o morrer, entre o deslugar e o lugar**. Porto: Edições Afrontamento, 2012. ISBN 978-972-36-1264-6.

- FERREIRA, Pedro [et al] – Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Coimbra. ISSN 0870-9025. N.º 30 (2012), p.62-70.
- FIRMINO, Flávia - Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos. In Pinto, Adriana - **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009. ISBN 978-85-89718-27-1. p 216, 217.
- FONSECA, Bruno - **Morrer com dignidade no contexto da prática de enfermagem**. Porto: [s.n.], 2012. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- FORTIN, Marie - Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidata, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FRANÇA, Daniela - **Ordem de Não Reanimar no Doente Terminal – Dilemas Éticos dos Enfermeiros**. Porto [s.n.], 2009. Dissertação de Mestrado apresentada á Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- FRANÇA, Genival – **O Paciente Que Vai Morrer: Direito À Verdade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (2000). [consultado em Setembro 2016]. Disponível em WWW: URL: <http://WWW.filosofiyderecho>.
- FRIAS, Cidália – **A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-50-9.
- GOMES, Bárbara [et al.] – Preferências e Locais de Morte em regiões de Portugal em 2010. **Fundação Caloust Gulbenkian /Centro de estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra**. Coimbra, 2013. p. 1-20.
- GONÇALVES, José - **Controlo de Sintomas no Cancro Avançado**. 2ª Edição. Lisboa: Coisas de ler, 2011. ISBN: 978-989-8218-50-6.
- GOUVEIA, Maria do Carmo – **A interação Enfermeiro-Cliente num Serviço de Urgência**. Lisboa [s.n.], 2002: Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada á Universidade Aberta.
- GUTIERREZ, Beatriz; CIAMPONE Maria Helena – Profissionais de Enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 1982-0194. (2006) Vol. 19, nº 4. p. 456-461
- HEGARTY, Meg [et al.] - **Nursing documentation: non-physical dimensions of end-of-life care in acute wards**. (2005). [Consulta em Fevereiro de 2017]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToS>

[earch=16415756&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.](#)

Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVMedline

- HENNEZEL, Marie de - **Morrer de olhos abertos**. Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2006. ISBN 972-46-1682-7
- HENNEZEL, Marie de – Acompanhar Os Últimos Instantes Da Vida. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. nº41 (Março, 2002).
- HENNEZEL, Marie de - **Nós não nos despedimos: uma reflexão sobre o fim da vida**. Lisboa: Editorial Notícias. 2001, ISBN 972-46-1198-1.
- HENNEZEL, Marie de [et al.] – **Viver a morte: Abordagem antropológica e psicológica**. Coimbra: Livraria Almedina, 1998. ISBN 972-46-1274-8.
- HENNEZEL, Marie de [et al.] – **Viver a morte: os que vão morrer ensinam-nos a viver**. 2ª edição. Lisboa: Ed. Noticias, 1997. ISBN 972-46-0793-3.
- HENRIQUES, Monteiro [et al.] – O Enfermeiro e a morte. **Revista Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Nº 43 (1993).
- HOWARTH, Glannys; LEAMAN, Oliver - **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Quimera; 2004. ISBN 972-589-119-8.
- HUDSON, Peter [et al.] – Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. **BMC Palliative care**. ISSN 0269-21632008, Vol.7, nº 12 (2008), p. 150-157.
- ICN – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 2.0. Lisboa: Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2
- ICN – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 1.0. Lisboa: Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. ISBN: 92-95040-36-8.
- JAKOBSSON, Eva [et al.] – The turning point: Clinical identification of dying and reorientation of care. **Journal of Palliative Medicine**. Vol.9, Nº6, 2006.p. 1348-1358. DOI 10.1089
- JESUS, Élvio; CORREIA, Maria Clara - **A CIPE e os termos utilizados pelos enfermeiros da RAM**. Comunicação apresentada na 3ª Conferência Europeia da ACENDIO. Berlim. (2001).
- KOVÁCS, Maria Júlia – **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 4ª ed., 2002. ISBN 85-85141-21-2.

- KÜBLER-ROSS, Elizabeth – **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 7ª ed., 1998. ISBN 85-336-0496-3.
- LEAL, Maria Teresa - **A CIPE e a visibilidade da enfermagem. Mitos e realidades**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 978-973-8930-20-2.
- LEPINE, Maria Luisa, & PAZOS, José Luis - **Medical and nursing care for patients expected to die in the Emergency Department**. *Emergências*. (2007). Nº19, p.201-210.
- LOCH, Jussara - **Princípios de Bioética: Temas de Pediatria**. Chile: Kipper DJ. [Em linha] nº73, (2002). p. 12-19. [Consultado em Julho 2016]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>>
- LOPES, Maria Formosinho - **Índice Nacional Terapêutico**. Lisboa: Tupam Editores. 2014. ISBN 978-972-8782-53-5
- MACEDO, João – **Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte**. Braga [s.n.], 2004: Tese de Mestrado apresentada á Universidade do Minho.
- MARQUES, Cátia [et al.] - Terapêutica subcutânea em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**. Lisboa. ISSN2182-5173. (2005). Vol. 21, nº 6. p. 563-568.
- MARTINS, Mónica; AGNÉS, Patrícia; SAPETA, Paula – **Fim de vida no serviço de urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados**. Porto [s.n.], 2012: Revisão Sistemática da Literatura apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.
- MASSA, Ema - **Análise da Necessidade de Recurso Ao Serviço de Urgência de Doentes Oncológicos em Cuidados Paliativos**. Porto [s.n.], 2010: Artigo de Investigação Médica. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto.
- MEDEIROS, Luciana; LUSTOSA, Maria Alice - A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Revista SBPH** . Rio de Janeiro. ISSN 1516-0858. Nº2, Vol.14 (2011), p.201-227.
- MELEIS, Afaf Ibraim– **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 4ª Edição. Filadélfia: Lippincott & Wilkins, 2007. ISBN 078-173-673-0.
- MELO, Ana; CAPONERO, Ricardo - Cuidados paliativos - abordagem contínua e integral. In: SANTOS Franklin. **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. Cap. 18, ISBN: 9788538800552. p.259 – 267.

- MENEZES, Rachel – **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. ISBN 85-7617-049-3.
- FLORES, Francisco Moita - A construção da imortalidade: o controlo social da vida e da morte em Macau, **Revista de cultura**. Macau, Nº18, (1994), p.75.
- MOREIRA, Isabel - O Doente Terminal Em Contexto Familiar – **Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. Coimbra: Formasau. 2001. ISBN: 972-8485-22-0.
- MORITIZ, Rachel – Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de terapia intensiva**. São Paulo. ISSN 1982-4335. Nº4, Vol. 19 (2007), p.485-489.
- MOTA, Isabel – Discurso de Abertura na Conferência: Fundamentos Éticos nas Prioridades em Saúde. **Coleção Bioética – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida**. Lisboa. ISBN 978-972-8368-32-6. Nº14 (2012), p. 1-178.
- NETO Isabel - Contextualização dos Cuidados Paliativos. In Neto Isabel - **Cuidados Paliativos – Testemunhos**. Lisboa: Alêtheia; 2010. ISBN: 9789896222987
- NETO, Isabel – Agonia. In BARBOSA, António; NETO, Isabel - **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-8. p. 295-308
- NUNES, Lucília - **Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-67-7.
- NUNES, Lucília - Ética em Cuidados Paliativos: Limites ao investimento curativo. **Revista Bioética**. [Em linha]. nº1. Vol.16. (2008), p.41-50. [Consultado Julho 2016]. Disponível em WWW: <URL: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/54/57.pdf>
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972- 99646-0-2.
- NUNES, Rui - Bioética: O Ensino e a Aprendizagem. In NUNES, Rui; MELO, Helena - **A Ética e o Direito no Início da Vida Humana**. Porto: Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2001. p. 51-74. ISBN 972-603-231-8.
- OLIVEIRA, Jacinto – A morte no ciclo vital – Comentários de Jacinto Oliveira. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº20, (2006), p.38-39.

- **ORDEN DOS ENFERMEIROS – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa. Regulamento nº 188/2015.** Diário da república, 2ª série, Nº78, 22 Abril 2015. p 9967-9968
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão1.0. e 2.0.** Genebra: International Council of Nurses, 2010.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico Do Enfermeiro.** Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa, 2009.
- **OSSWALD, Walter – Da Vida à Morte: horizontes da bioética.** Lisboa: Gradiva Publicações S A, 2014. ISBN 978-989-616-564-2.
- **OSSWALD, Walter – Sobre a morte e o morrer.** Lisboa: Relógio D' Água Editores, 2013. ISBN 978-989-866-203-3
- **OURIVES, Alzira – Confidencialidade e privacidade.** In NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana – **Para uma ética da enfermagem: desafios.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. p. 249-262. ISBN 972-603-326-8.
- **PACHECO, Susana – Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética.** Loures: Lusodidacta, 3ª Edição, 2014. ISBN 978-989-8075-38-3.
- **PACHECO, Susana – A morte no ciclo vital: perspetiva da enfermagem.** Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº20 (2006) p. 31-34.
- **PATRÃO NEVES, Maria do Céu – O sentido da morte na vida dos homens. Revista Portuguesa de Bioética-Cadernos de Bioética.** Coimbra. ISSN1646-8082. Nº12 (1996).
- **PEREIRA, Maria Aurora – Comunicação de más notícias e gestão do luto.** Formasau: Coimbra, 2008. ISBN 978-972-8485-92-4.
- **PESSINI, Leo – Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. Revista Bioética.** Rio de Janeiro. ISSN 1983-8034. Nº 2, Vol. 10 (2002). p 51-72.
- **PHANEUF, Margot - Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação.** Loures. Lusociência, 2005. ISBN 978-972-8383-84-8.
- **PIVA, Jefferson; CARVALHO, Paulo- Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Revista de Bioética.** Porto Alegre. Nº 1, Vol.2 (1993). p.129 -138.
- **POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.** 5ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 857-307-984-3

- PORTUGAL. Lei Constitucional n.º1/2005 de 12 de Agosto. **Constituição da República Portuguesa**, 2005, Parte I, Título III, Capítulo II, Artigo nº 64.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Conselho Nacional de Oncologia – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Despacho Ministerial de 15-06-2004**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004-2010.
- QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena; NETO, Isabel – Comunicação. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.
- QUINTANA, Alberto [et al] – **Sentimentos e perceções da equipe de saúde frente ao paciente terminal**. Paidéia [Em linha]. Nº 35, Vol. 16 (2006), p. 415-425. [Consultado em Novembro 2016]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a12.pdf>>.
- QUIVY, Raymond; CHAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 6ª Edição. Lisboa: Gradiva Publicações, SA, 2013. ISBN 978-972-662-275-8.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. ISBN: 978-972-662-275-8
- RIBEIRO, José Luís Pais – **Metodologia de Investigação em Psicologia em Saúde**. 3ª Edição. Oliveira de Azeméis: Livpsic, 2010. ISBN: 978-989-8148-46-9.
- RIBEIRO, Maria Cecília; BARALDI, Solange; SILVA, Maria Júlia – A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”. **Revista da Escola Enfermagem USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 32, Nº 2 (1998), p. 117-123
- ROSSA, Maria José - **A Pessoa em fim de vida – Vivências dos Enfermeiros**. Lisboa: [s.n.], 2013. Tese de Mestrado em Bioética apresentada á Faculdade de Medicina de Lisboa, Departamento de Bioética.
- SAMPIERI, Roberto; COLLADO, Carlos; LUCIO, María del Pilar - **Metodologia de Pesquisa**. 5ª Edição. Porto Alegre: Penso Editora Lda, 2013. ISBN 9786071502912.
- SANTIESTEBAM, I. - **La participacion de la família en cuidados paliativos**. In Astudillo W., Morales, A., Claré, E., Cabarcos, A., Lerdaneta, E. San Sebastián: Eds. Advances recientes em cuidados paliativos - Michelena Artes Gráficas, (2002). p.163-172.

- SANTOS Cleicy [et al] – Comunicação em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de ciências para a saúde**. ISSN 1415-2177. Vol.18, Nº1 (2014), p.63-72.
- SANTOS, Franklin - O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: SANTOS Franklin Santana. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. Cap.1. ISBN 978-853-880-158-0. p. 3-15.
- SANTOS, Laureano – **O Fim Da Vida – A Pessoa No Estado Terminal in Bioética**. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. p. 355-359. ISBN 972-22-1719-4.
- SAPETA, Ana Paula - **Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-69-1.
- SEQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin – Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 9, Nº 1 (2004), p. 31-41. ISSN 1413-8123
- SERRÃO, Daniel – Parecer sobre os aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida. **Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida**. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, Novembro de 1995. p.1-8.
- SILVA, Alcione - **Cuidado Transdimensional: Um paradigma Emergente**. Brasília: [s.n.], 1997. Tese de doutoramento apresentada á Universidade Federal de Santa Catarina.
- SILVA, João – **Quando a vida chegar ao Fim: Expectativas do idoso hospitalizado e família**. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-25-9.
- SILVA, Maria das Dores – **Processos de Luto e Educação**. Braga: [s.n.], 2004. Tese de Mestrado apresentada á Universidade do Minho.
- SILVA Ronaldo, HORTALE Virgínia - Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**. ISSN 2055-2066. Vol.22, Nº10. (2006); p. 2055-2066.
- SILVA, Sandra - **Caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos**. Porto: [s.n.], 2009. Dissertação de Mestrado em Oncologia apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

- SIMÕES, Ângela - Os cuidados paliativos como acolhimento ao pedido de eutanásia. **Revista Portuguesa de Bioética: cadernos de bioética**. ISSN 1646-8082. Nº3, (2007), p. 363-373.
- SOUSA, Paulino - **Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo**. Porto: [s.n.], 2006. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- SOUZA, Leilane [et. Al.] – A Ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ISSN 0034-7167 Vol. 58, Nº 6 (2005), p. 731-734
- TEIXEIRA, Pedro – **Diante da morte: representações sociais da morte em enfermeiros**. Lisboa: [s.n.], 2006. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada á Universidade Aberta.
- TIMBY, Bárbara – **Morte e Morrer: Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6ª edição. Porto Alegre: ARTMED, 2001, cap. 38. ISBN 85-7307-696-8.
- TOWNSEND, Mary – **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de cuidados**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. ISBN 978-852-770-694-0.
- TWYLCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.
- VAZ, Ana; CAMPOS, Paula – O impacto na família e o papel do enfermeiro. **Revista Nursing**. ISSN 0871-6196. Nº 176 (2003), p. 23-26.
- VEIGA, António [et al.] - Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência. **Revista Enfermagem Referencia**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol. serII, n.10. (2009). P.47-56.
- WILL, Jonathan - **A brief historical and theoretical perspective on patient autonomy and medical decision making – Part II: The autonomy model**. Chest. 2011; vol.139, nº6. p.1491-7.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines**. [Em linha]. 2002. [consultado em Dezembro 2016]. Disponível na WWW: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

Exma. Sra. Enf.ª Andreia Moura
Serviço de Urgência

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - “A pessoa em fim de vida em contexto de urgência: abordagens terapêuticas dos profissionais de saúde” - N/ REF.ª 2016.097(083-DEFI/080-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Urgência, sendo Investigador Principal, a Enf.ª Andreia Moura.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, e pela Direção de Enfermagem, bem como pela Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
2016/06/02

Dr. SOLLARI ALLEGRO	Dr.ª ÉLIA GOMES
Presidente	Vogal Executiva
Dr. PAULO CARBOSA	Dr.ª NUI PEDROSO
Director Clínico	Vogal Executiva
Enf.ª EDUARDO ALVES	
Enfermeiro Director	

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MESTRADO

Título: "A pessoa em fim de vida em contexto de urgência: abordagens terapêuticas dos profissionais de saúde"	Ref.ª: 2016.097(083-DEFI/080-CES)
	Investigador: Enf.ª Andreia Moura Serviço de Urgência

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL  Data: C.H.P., E.P.E. 31/5/2016 EDUARDO ALVES Enf.º Director	DIREÇÃO CLÍNICA: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: Dr. PAULO BARBOSA, Diretor Clínico - GHP Data: 20/06/2016
--	--

Em conformidade. Pode ser autorizado


CHP - C. GESTÃO DEFI
ANTÓNIO MANUEL SILVA Hora 16:00
Enf. Supervisor 21.05.12/16
Nº Ordem 16658 Ass.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 18.5.2016	Órgão: Reunião Plenária
Título: "A pessoa em fim de vida em contexto de urgência: abordagens terapêuticas dos profissionais de saúde"		Ref.ª: 2016.097(083-DEFI/080-CES)
Protocolo/Versão: TA - Mestrado	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador: Enf.ª Andreia Moura Enfermeira, Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Porto e Aluna do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de **TA - Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo
Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr.ª Fernanda Manuela, Enf.ª Paula Duarte, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Gonçalo Senhorães Senra.
Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

AUTORIZADO
Dr. Severo Torres
Adjunto do Diretor Clínico
Data: 17/06/16

Data 18.5.2016

A Presidente da CES



Dr.ª Luisa Bernardo

ANEXO II – DECLARAÇÃO CONSENTIMENTO INFORMADO

Modelo: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: A Pessoa em Fim de Vida no Serviço de Urgência: Abordagem Terapêutica dos Profissionais de Saúde.

Chamo-me Andreia Moura, sou Enfermeira no Serviço de Urgência, e estou a fazer um estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira, Doutora em Enfermagem e área de especialidade cuidados paliativos. Este estudo visa compreender as abordagens terapêuticas dos Profissionais de Saúde que trabalham em contexto de urgência, perante um doente em fim de vida. Para tal pretendemos realizar entrevistas, que serão gravadas, a Profissionais de Saúde que diariamente contactam com estas situações.

A informação recolhida será absolutamente confidencial, o que significa que nunca vou revelar ou divulgar nada que possa identificar os Profissionais de Saúde que aceitem participar no estudo.

Modelo: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: A Pessoa em Fim de Vida no Serviço de Urgência: Abordagem Terapêutica dos Profissionais de Saúde.

Eu, abaixo assinado _____,
fui informado(a) de que o Estudo de Investigação intitulado: “A Pessoa em Fim de Vida no Serviço de Urgência: Abordagem Terapêutica dos Profissionais de Saúde”, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde, visa compreender as abordagens terapêuticas dos Profissionais de Saúde que trabalham em contexto de urgência, perante um doente em fim de vida, com o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados.

Sei também, que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista, tendo-me sido explicado em que consiste.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Nome do Participante no estudo: _____

Data __/__/____

Nome do Investigador Responsável: _____

Data __/__/____

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

População-Alvo: A entrevista será efetuada a Profissionais de Saúde, com experiência profissional igual ou superior a um ano no serviço de urgência (SU), de um hospital da Zona Norte do País.

Perfil do Entrevistado:

Identificação: _____

- Idade: ____ anos
- Sexo: Feminino Masculino
- Habilitações Académicas: _____
- Experiência Profissional no Serviço de Urgência: ____ anos
- Formação em Cuidados Paliativos: Sim Não
Menos de 30 horas Mais de 30 horas
Pós-Graduação Mestrado Doutoramento

OBJETIVOS:

- Analisar a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), acerca dos cuidados priorizados à Pessoa em fim de vida no SU;
- Identificar as necessidades e as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na abordagem da Pessoa em fim de vida no SU;
- Analisar a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), acerca do que consideram relevante existir no SU, de forma a oferecer cuidados que dignifiquem a Pessoa em fim de vida.

QUESTÕES:

No SU cuidamos diariamente de Pessoas que experienciam a última etapa da vida.

- Neste sentido, que significado atribui á Pessoa em fim de vida?
- Que conceito tem de CP? Na sua opinião, considera possível prestar cuidados paliativos à Pessoa em fim de vida em contexto de urgência? Fundamente.
- Quando lida com a Pessoa que se encontra em fim de vida, quais são as suas intervenções? Destas, quais as que considera serem prioritárias para um cuidar que dignifique a Pessoa em fim de vida?
- Quais as dificuldades e necessidades que se depara no seu contexto de trabalho quando presta cuidados á Pessoa em fim de vida?
- Na sua opinião, quais as razões que por vezes levam os profissionais de Saúde, a adotar estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo?
- O que considera relevante existir no SU de forma a garantir dignidade á pessoa que se encontra em fim de vida?
- Na sua opinião, considera que a Pessoa em fim de vida no SU tem um processo de morrer digno?

APÊNDICE II – EXEMPLAR DE UMA ENTREVISTA

Entrevistador – No SU diariamente cuidados de Pessoas em fase final de vida e que por vezes aqui experienciam a última etapa da vida. Neste sentido, que significado atribui á pessoa em fim de vida?

Entrevistado – O doente que entra no serviço de urgência que nós achamos que está em fim de vida, significa que são os doentes que não temos um tratamento curativo, significa que nossa estratégia não vai promover uma reversibilidade do quadro e que o doente vai sair do hospital na mesma situação ou melhor do que o que entrou. E o que ou acho que é a pessoa em fim de vida, é quando não conseguimos um tratamento curativo. Acima de tudo acho que é isso.

Entrevistador – Neste sentido, que conceito tem de cuidados paliativos?

Entrevistado – Cuidados paliativos, são cuidados que devemos prestar aos doentes para tratamento de sintomas, basicamente. Quer sejam doentes neoplásicos ou não neoplásicos, portanto doenças crónicas também implicam cuidados paliativos, quer insuficiências cardíacas, quer DPOC, controlo da dispneia, controlo da expetoração, controlo da dor, acho que isso tudo é cuidados paliativos é tratamento de sintomas crónicos que condicionam a morbilidade aos doentes.

Entrevistador – E considera possível prestar esse tipo de cuidados ou seja os cuidados paliativos á pessoa em fim de vida em contexto de Urgência?

Entrevistado – Acho que é possível, a gente praticar esse tipo de estratégia em cuidados de urgência, sim, sem dúvida. É assim, nós temos doentes de todo o tipo na urgência e estes é um dos subgrupos de doentes com que lidamos no dia-a-dia. Portanto no dia-a-dia depara-mo nos com este tipo de estratégia, com prestação de cuidados paliativos em doentes em fim de vida.

Entrevistador – Então, considera possível em urgência prestar cuidados paliativos?

Entrevistado – Acho que é possível, mas acho que é difícil, mas acho que é possível.

Entrevistador – De acordo com a sua experiência profissional, quais os motivos que levam as Pessoa em fim de vida ainda a recorrer ao Serviço de urgência?

Entrevistado – Acho que acima de tudo é a dificuldade quer dos familiares, quer do próprio doente às vezes na aceitação da doença e na gestão dos sintomas, ou seja instituição de medicação que ajude os doentes a controlar os sintomas de forma a eles não virem ao Serviço de urgência acho que muitas vezes é difícil em ambulatório por parte de alguns familiares isso é um dos motivos. Não tem a ver com má preparação dos familiares eu acho que, primeiro não têm de ser os familiares a tratar sintomas, porque acho que as vezes não tem capacidade em termos de administração de fármacos que é o que é preciso. As outras técnicas em termos aspiração de secreções, controlo de dor, dispneia, obstipação ou o que quer que seja, acho que também é muito difícil. Acho que tem k haver uma estrutura, tipo uma rede que preste este tipo de cuidados no domicílio, efetivamente, quer hospitalar quer em termos de cuidados de saúde primários, estar a incumbir o familiar a gerir um doente com dispneia, a dar opióides, acho que não é fácil, honestamente. Tem que haver pessoas que tenham preparação para isso e ter algum tipo de sensibilidade para perceber os sintomas. Isso é um dos problemas.

Entrevistador – Ou seja, o descontrolo de sintomas é um?

Entrevistado – Sim. Depois acho que às vezes as pessoas também têm receio e sentem-se desconfortáveis com os familiares que morrem em casa, portanto muitas vezes nos doentes em fase terminal as pessoas não têm á vontade, não tem capacidade para gerir isto, quer emocional, psicologicamente, ou mesmo trabalham e não têm com quem deixar os doentes e vêm para o hospital, a realidade é esta. As pessoas trabalham e não tem capacidade de gerir estas pessoas em fim de vida, que são extremamente trabalhosas no domicílio. Portanto isso é um dos outros fatores importantes, acima de tudo. A dificuldade em identificar os sintomas e de gerir os sintomas com medicação e depois gerir a situação em si, acho que não estão vocacionados para isso.

Além do mais á pessoas em que é preciso pagar a outras empresas para ir a casa dar esse apoio, mas nem toda a gente tem capacidade monetária para isso. Por isso é que eu acho que estes são os motivos essenciais pela qual as pessoas recorrem á urgência.

Entrevistador – Quando presta cuidados á pessoa em fim de vida, quias as intervenções que considera mais importantes, ou seja quais é que são prioritárias para um cuidar que dignifique a pessoa em fim de vida no serviço de urgência?

Entrevistado – As prioritárias é mediante o doente, quais são os sintomas ou aquilo que ele tem e que lhe condiciona maior desconforto. Honestamente é isto, é variável de doente para doente. Acho que é preciso falar com a família e não só com o doente e eles terem noção de qual é a gravidade que as vezes não percebem, e as vezes é na urgência que se explica e se faz um ponto da situação, e depois é variável de doente para doente. Quer a dispneia é um problema, a dor é um problema, agitação é um problema.

Entrevistador – Ou seja é o controlo de sintomas?

Entrevistado – Eu acho que sim, essencialmente é isso, porque não acho que a urgência seja para tentar controlar sintomas psicológicos, ponto. A ansiedade extrema também pode ser controlada na urgência quer farmacologicamente quer não, mas é sempre difícil em contexto do urgência estes doentes, quando a gente não tem nenhuma proximidade com eles, lidar com esta situação quando não há um trabalho de casa feito previamente. Eu acho que isto é fundamental e deve ser feito consulta é por aí, o médico assistente tem de explicar a situação, o prognóstico, explicar quais as alternativas terapêuticas não curativas, mas que ao mesmo tempo lhe vão proporcionar alguma qualidade de vida. Deve ser explicado o que deve ser feito no ambulatório, na consulta e a urgência deve ser em situações extremas que não se conseguem controlar e esse o objetivo.

Entrevistador – Em contexto de Urgência, quais as dificuldades e as necessidades quando presta cuidados á pessoa em fim de vida?

Entrevistado – As dificuldades é que o serviço de urgência não está vocacionado para isto, ponto número um. Há muitos doentes.

Entrevistador – Mas refere-se a quê, em espaço?

Entrevistado – Em tudo, não há espaço, neste momento, é tudo, é transversal, o espaço não está adequado nem para os doentes normais quanto mais para estes, não há privacidade para o doente e família. Os profissionais muitos deles, também não estão vocacionados para esta área, todos, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, tudo, não estão preparados. As pessoas muitas vezes sentem-se desconfortáveis em assumir esta decisão, o doente está em fim de vida e muitas vezes levamos a tentar uma estratégia de reverter quadros que são irreversíveis e isso falta a preparação da pessoas ou o á vontade em gerir isto.

Entrevistador – Ou seja a formação?

Entrevistado – Sim, sem dúvida nenhuma, claro. Acho que estamos francamente melhor do que o que estávamos á uns tempos atrás, durante meu internato as coisas mudaram

muito, estou cá á 7 anos, acho que as coisas mudaram aos poucos é um facto, mas mudaram e acho que estamos melhor, mas longe do ideal. Mas acho que as pessoas estão mais sensibilizadas para este tipo de doente.

Entrevistador – Na sua opinião quais as razões que levam os profissionais de saúde, a adotar estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo?

Entrevistado – Porque a questão (ahhh...), isto prende-se com o facto de o doente para chegar a esta situação significa que tem um percurso ao longo do tempo, supostamente terá um médico decisor, que o segue, que o acompanhou.

Entrevistador – E vocês tem acesso a essa informação?

Entrevistado – Depende, temos acesso a algum tipo de informação, á que está no sistema. Há médicos que em algumas situações crónicas decidem que não será um doente para suporte invasivo ou algo do género, mas a maior parte não, isso não é explícito e acho que a maior parte de nós não contempla este tipo de abordagem na consulta. O Senhor tem uma doença crónica, isto pode progredir, pode exacerbar, perante esta situação ou aquela o que quer fazer, ou qual é a expectativa que tem? Não temos esta estratégia definida. E depois quem recebe os doentes na urgência partindo do principio que isto não está discutido nem é uma estratégia que está definida e explicita, sente-se constrangido, então agora eu é que vou decidir qual é que o futuro. Então agora isto é o fim de vida, não vou fazer este antibiótico, este oxigénio, esta nebulização, isto é extremamente desconfortável, não é. E muitas vezes a estratégia é tentar reverter quele quadro na altura. Esta dificuldade de estamos a assumir as coisas quando vemos um doente pela primeira vez e não sabemos o filme todo, como estava para trás e as vezes isto é extremamente desconfortável, e às vezes a informação também nem sempre é a mais correta possível, o doente seria dependente mas depois não é assim não dependente, tem ou não tem vida de relação, se fazia algumas coisitas ou não, é uma primeira intercorrência e com isto até vai regressar á sua autonomia prévia, portanto, são estas decisões todas que a gente tem no momento, e que às vezes se tendem a adotar estratégias curativas.

Entrevistador – Então é o receio do profissional que esta de urgência em ter um primeiro contacto com o doente e assumir que será um doente para não avançar em medidas mais invasivas?

Entrevistado – É assim depende, medidas invasiva pode ser uma coisa de cuidados intermédios ou intensivos e isso eu acho k a malta tem noção de qual será a limitação. As

vezes não, o doente pode ter uma neoplasia, fez tratamento e isto pode ser uma intercorrência e acho que é para tratar e o doente até tinha uma neoplasia extensa mas até esta controlada, o doente tinha a sua autonomia e agora vem com uma pneumonia, isto sim é para tratar e tentar reverter o quadro, agora se o doente já é dependente já com uma neoplasia metastizada e tem vindo a piorar e agora tem uma infeção respiratória, assim acho que temos que pensar um bocado e ponderar em não tratar, mas nós não somos o médico que segue o doente, nem sabemos qual é a expectativa da família e do doente nestas situações, por isso eu acho que é este desconforto que há, no médico uma altura isolada perante só alguns dados sem saber como o doente é previamente e decidi, pronto, a partir de agora não vamos tentar reverter este caso e a natureza vai seguir o seu rumo.

Entrevistador – Na tua opinião o que consideras relevante existir no Serviço de urgência de forma a prestarmos cuidados que dignifiquem a Pessoa em fim de vida?

Entrevistado – Pessoa formada e um espaço adequado, mas não sei o que será um espaço adequado? Porque um local adequado é uma unidade de cuidados paliativos, como há no IPO e provavelmente com dinâmica muito própria, os familiares ficam lá o tempo todo e afins, é pá, no serviço de urgência não acho que é local ideal para os doentes estarem.

Entrevistador – Mas por exemplo, não achas que se existisse um espaço que de ante mão soubesses, este é um doente em fim de vida, que não é para seguir um tratamento curativo, vamos proporcionar-lhe o máximo de conforto, e aos seus familiares?

Entrevistado – Mas essa não é função da urgência.

Entrevistador – Sim, mas se tivéssemos um espaço mais controlado, mais silencioso?

Entrevistado – Este doente devia estar na enfermaria.

Entrevistador – Mas o doente pode chegar ao fim de vida na urgência, como muitas vezes verificamos.

Entrevistado – Pode, acho que sim, neste tipo de doente os cuidados devem ser iniciados na urgência, podem-se praticar na urgência, mas não são doentes para ficar na urgência.

Entrevistador – Consideras que de todo, estes doentes não são para ficar na urgência?

Entrevistado – Acho que estes doentes não são para ficar na urgência, devem ser rapidamente escoados para outros serviços, acho que sim.

Acho que se devem instituir este tipo de cuidados aos doentes na urgência, indiscutivelmente, mas não acho que o serviço de urgência seja um sítio onde estes doentes devam estar alocados. Não acho que deva haver uma sala OBS, tipo cuidados paliativos, acho que isto deve acontecer numa enfermaria, num local próprio, com pessoas altamente dedicadas a isso, acho que são uns cuidados, uma especificidade tal como a medicina, cirurgia, gastro....acho que na urgência é difícil, a urgência é o doente que vem aqui agudo, emergente, o conceito biomédico. A urgência é para estabilizar, ou tem alta ou interna. Portanto eu acho que a urgência não é o local para ter estes doentes, acho que transitoriamente apenas.

Entrevistador – E consideras que a Pessoa em fim de vida no Serviço de urgência tem um processo de morrer digno?

Entrevistado – Eu acho que sim, vamos lá ver uma coisa, há doentes em que o caso é tão grave que não vão ter tempo de ir para o internamento, ponto. Portanto aí, sim tentamos arranjar um espaço mais confortável possível, uma perfusão mínima para estabilização e acho que na urgência temos essa capacidade para o fazer, e tentamos proporcionar aos familiares e doente isso, quer dizer conseguimos quando há espaço, porque a urgência o problema todo é o espaço, por mais que a gente queira é difícil os doente estão ali no meio de outros doentes, todos a gritar as máquinas apitar, isso não é confortável, nem para o doente nem para a família. Por isso é que eu acho que na urgência com esta azáfama toda que existe não é o sítio adequado para estes doentes. Mas também não acho que deva existir uma sala separada da urgência para estes doentes. Acho que não. Devemos tentar proporcionar e acho que conseguimos, cuidados em fim de vida dignos no serviço de urgência quando não os conseguimos locar a outros serviços. Acho que estamos longe do ideal é um caminho a percorrer, mas estamos melhor e é para a que a gente caminha, e acho que as pessoas estão mais sensibilizadas para esta temática.

APÊNDICE III – GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Área Temática: Significado de Pessoa em Fim de Vida na perspectiva dos Enfermeiros e médicos do SU		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Pessoa com doença crónica e prolongada		(...) pessoa em fim de vida pode ser aquela pessoa que é vítima de doença crónica e prolongada ou de várias doenças crónicas e prolongadas (...) E1
Pessoa sem perspectiva de cura		(...) aquela pessoa a quem nós não conseguimos ter qualquer intervenção a nível curativo (...) E1 (...) são os doentes que não temos um tratamento curativo, significa que nossa estratégia não vai promover uma reversibilidade do quadro e que o doente vai sair do hospital na mesma situação ou melhor do que o que entrou(...)M1
Pessoa com necessidades de cuidados de conforto		(...) pessoa que necessita de cuidado a nível de conforto e de alguma qualidade de vida (...) E1 (...) é alguém em que já nada lhe podemos oferecer nada a não ser o conforto (...) E3
Pessoa que necessita de cuidados condignos		(...) uma pessoa que estando no seu final de vida merece ser tratada com dignidade (...) merece que o seu fim de vida sem dor, junto da sua família (...) E2
Pessoa com morte eminente		(...) a pessoa em fim de vida é uma pessoa que está com uma doença prolongada, que já tem uma série de descompensações a nível sistémico (...) E3 (...) uma pessoa que está com uma esperança média de vida curta (...) M5
Pessoa que necessita de cuidados prioritários		(...) a pessoa em fim de vida na minha opinião deve ser uma pessoa com alguma prioridade nos cuidados (...) E4
Pessoa com particularidades específicas		(...) a pessoa em fim de vida é um doente como qualquer outro mas com algumas particularidades, acarreta todo o historial do doente, todas as vivências, todos os aspetos positivos e negativos (...) E5

Pessoa que necessita de atenção dos profissionais de saúde		(...) é uma pessoa que pode ou não estar em sofrimento, precisa da nossa atenção (...) M2 (...) a pessoa em fim de vida, eu entendo um bocadinho como um fase muito importante da vida de qualquer um de nós, da mesma forma que o nascimento e depois as outras etapas (...) M4
Pessoa que necessita de cuidados multidimensionais		(...) Pessoa em fim de vida é alguém que tem necessidades em termos terapêuticos e em termos de apoios psicológicos especiais, frequentemente há vários sintomas físicos a psico-emocionais que é preciso controlar e ajudar a controlar e é um desafio para os profissionais de saúde cuidarem destes doentes (...) M3
Pessoa que experiencia sofrimento		(...) uma etapa associada a grande sofrimento existencial e físico e psicológico (...) M4
Pessoa em situação de fragilidade		(...) é uma pessoa que está numa posição de fragilidade (...) M5
Área Temática: Significado de CP na perspetiva dos Enfermeiros e Médicos do SU		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Cuidados com o intuito de promover a qualidade de vida		(...) para mim cuidados paliativos são fundamentalmente cuidados na qual pretendemos dar algum conforto e qualidade de vida à pessoa (...) portanto será o alívio de sintomas o conforto e a qualidade de vida (...) E1 (...) Cuidados paliativos é face a inevitabilidade da morte, ao desfecho da morte, conseguir prestar aquela pessoa cuidados que lhe tragam qualidade (...) E3 (...) visam promover o fim de vida com qualidade (...) E4 (...) Os cuidados paliativos na minha opinião, são cuidados em que tu acompanhas o doente no sentido de lhe oferecer a melhor qualidade de vida possível,

		tratas tudo o que é possível tratar mas não se focaliza na obstinação terapêutica (...) E5
Cuidados de conforto		<p>(...) um doente em cuidados paliativos, para mim é um doente que precisa naquele momento de cuidados de conforto (...) precisa que lhe retiremos a dor, que lhe dêmos espaço para com a família, o ponhamos confortável, e controlar os sintomas, controlo da dor (...) E2</p> <p>(...) Cuidados paliativos e face á inevitabilidade da morte, ao desfecho da morte, conseguir prestar aquela pessoa cuidados que lhe tragam conforto (...) E3</p> <p>(...) O que associo aos cuidados paliativos são realmente um conjunto de ações que visam dar algum conforto (...) E4</p>
Cuidados promotores da Relação		(...) eu acho que promover a relação com a família, é o que o doente precisa mesmo naquele momento, é o estar junto da família (...) E2
Cuidados promotores da dignidade		<p>Cuidados paliativos é face a inevitabilidade da morte, ao desfecho da morte conseguir prestar aquela pessoa cuidados que lhe tragam dignidade (...) E3</p> <p>(...) visam promover o fim de vida com dignidade (...) E4</p>
Cuidados que promovem o controlo sintomático		<p>(...) quando penso em cuidados paliativos, penso em pessoa em fim de vida e que necessita de algum controlo sintomático (...) E4</p> <p>(...) Cuidados paliativos são cuidados que devemos prestar aos doentes para tratamento de sintomas, basicamente (...) cuidados paliativos é tratamento de sintomas crónicos que condicionam a morbilidade aos doentes (...) M1</p> <p>(...) Cuidados paliativos envolvem a abordagem do doente como um todo, como sempre, mas o controlo de sinais e sintomas que podem criar algum desconforto ao doente que podem passar por</p>

		questões sociais e psicológicas a sintomas físicos e orgânicos com uma base mais objetiva (...) M5
Cuidados sem intenção curativa		(...) o melhor tratamento paliativo, ou seja, devia ser um tratamento, mas não com intenção curativa(...) M2
Cuidados dirigidos à pessoa com doença crónica, evolutiva e/ou terminal		(...) Visam cuidar das pessoas com doença crónica avançada e progressiva, e assumem um papel ainda mais importante no doente que esta nas últimas horas ou dias de vida (...) M3
Cuidados dirigidos ao alívio do sofrimento		(...) cuidados paliativos, são cuidados que visam essencialmente o alívio do sofrimento associado à doença ou as doenças que acometam o indivíduo, que são naturalmente de natureza complexa (...) M4
Área Temática: A opinião dos Enfermeiros e Médicos acerca da possibilidade de prestar CP à Pessoa em fim de vida no SU		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Sim, é possível prestar cuidados paliativos no serviço de urgência	Maior Formação	<p>(...) Sim considero possível, mas considero que ainda há muito para fazer, na formação das equipas, na formação teórica (...) E1</p> <p>(...) Acho que sim, se nos dessem muita formação (...) E2</p> <p>(...) Acho que é possível, acho que é difícil, é preciso ter alguma formação prática (...) M2</p> <p>(...) Eu acho que sim, acho que é difícil mas é possível. Temos que preparar todos os profissionais médicos e enfermeiros. Tem que haver formação (...) M3</p> <p>(...) Claro que sim, acho que em termos de cuidados paliativos é uma estratégia complementar a outros tipos de cuidados que ainda vamos distinguindo que são os cuidados de índole curativa. E o SU é mais um momento para tomarmos contacto com estes doentes, podemos dizer que não temos tantas condições para aferir os diferentes, níveis de sofrimento, físico, psicológico e social. Não temos tantas ferramentas ao nosso dispor, mais ainda assim temos algumas e,</p>

Sim, é possível prestar cuidados paliativos no SU		portanto, é um sítio que não se deve perder essa oportunidade (...) M4
	Aposta na sensibilização dos profissionais de saúde	(...) Sim considero possível, mas considero que ainda há muito para fazer (...) mentalização digamos assim dos profissionais (...) E1 (...) Eu considero que sim, mas é preciso sensibilizar o pessoal, quer enfermeiros, auxiliares, médicos, todos (...) E5
	Favorecimento do controlo de sintomas	(...) Eu acho que é possível porque a gente pode tirar a dor, podemos pô-los confortáveis no serviço de urgência (...) E2 (...) considero que sim, cada vez mãos na minha prática diária e dou o exemplo das doenças oncológicas e doenças numa fase terminal, a família em casa não está preparada para... e não tem os meios para suprir as suas necessidades e é trazida ao hospital e eu acho que aqui dentro das coisas que temos, conseguimos prestar cuidados paliativos. Aliviar-lhe a dor, tentar-lhe dar conforto respiratório, estou a dar exemplos, p.ex. às vezes as pessoas chegam aqui com dificuldade respiratória e tentarmos amenizar isso, até para a família ficar com uma imagem mais bonita digamos assim, quando a pessoa esta num termino que guardar uma imagem de sofrimento (...) E3
	Maior rácio humano	(...) acho que sim, se nos dessem um melhor rácio (...) E2
	Melhores condições arquitetónicas	(...) acho que sim, se nos dessem mais espaço (...) E2 (...) Eu acho que é possível, simplesmente teria de ser privilegiado um espaço mais sossegado e mais privado para estes doentes (...) E3 (...) Eu acho que sim, acho que é difícil mas é possível (...)deveria haver um ambiente físico mais apropriado a estes doentes, que neste momento não há (...) M3 (...) Considero possível desde que se reúnam determinadas condições que considero essenciais,

Sim, é possível prestar cuidados paliativos no SU		nomeadamente físicas, acho que é o mais importante e a principal lacuna (...) M5
	Mais recursos materiais	(...) A nível de material acho que poderia ser melhorado, no sentido de arranjar colchões mais confortáveis para este tipo de utente, nos temos colchões spenco em pouca quantidade e de qualidade baixa e acho que poderia ser um material que se poderia adquirir para dar mais algum conforto a estes doentes (...) E4
		(...) acho que é possível, a gente praticar esse tipo de estratégia em cuidados de urgência, sim, sem dúvida. É assim nós temos doentes de todo o tipo na urgência e estes é um dos subgrupo de doentes com que lidamos no dia-a-dia. Portanto no dia-a-dia depara-mo nos com este tipo de estratégia, com prestação de cuidados paliativos em doentes em fim de vida (...) M1
Não é possível prestar cuidados paliativos no serviço de urgência	Hesitação médica	(...) A nível de conhecimentos eu acho que os médicos os têm, mas como não é a sua área de especialidade nem sempre os aplicam, noto que alguns médicos não têm problema nenhum em prescrever morfina, fentanil, outros notos que têm muita dificuldade em prescrever. Quando o utente vem para cá eu acho que temos as capacidades e devemos prestar esses cuidados, simplesmente a nível físico acho que não é, de forma alguma o local apropriado (...) E4
	Espaço físico inapropriado	
Área Temática: Motivos que levam a pessoa em fim de vida a recorrerem ao SU		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Défice de acompanhamento das equipas de saúde no domicílio		(...) fundamentalmente eu acho que mesmo a pessoa tendo conhecimento que está em fase final de vida por os mais diversos motivos acho que muitas vezes essas pessoas ou as famílias os trazem à urgência porque por vezes o apoio que têm no domicílio não é suficiente (...) E1

<p>Défice de acompanhamento das equipas de saúde no domicílio</p>		<p>(...) Na sociedade atual, e na experiência que tenho (...) acho que há pouco apoio e suporte fora do hospital (...) não há cuidados domiciliários (...) E3</p> <p>(...) Acho que tem que haver uma estrutura, tipo uma rede que preste este tipo de cuidados no domicílio, efetivamente, quer hospitalar quer em termos de cuidados de saúde primários (...) M1</p> <p>(...) por o apoios não serem suficientes, São normalmente as CCI ou outro tipo de suporte que não chega (...) M2</p> <p>(...) Muitas vezes por não terem em casa o apoio que precisavam, nas últimas horas ou dias de vida geralmente surgem muitos sintomas é uma fase muito dinâmica, que há uma alteração sintomática muito rápida que necessita de especial apoio quer de médico e de enfermagem e que não tem em casa. Os apoios que existem o apoio de cuidados continuados integrados (UCCI) ainda vão um bocadinho a casa, uma/duas vezes por dia mas não estão o dia todo e realmente é uma fase em que os doentes mudam muito rapidamente e precisam de um apoio persistente (...) M3</p> <p>(...) Uma resposta inadequada dos centros de saúde, equipas de CCI, da própria família/cuidadores ou mesmo pelas próprias doenças, há sintomas que são de difícil gestão e podem implicar uma equipa mais especializada (...) M4</p>
<p>Impreparação da família</p>	<p>Enfrentar o fim de vida</p>	<p>(...) muitas vezes por incapacidade de lidar com a própria situação e muitas vezes os últimos momentos de vida por parte da família e do próprio doente lidar com esta situação (..) E1</p> <p>(...) Na sociedade atual, e na experiência que tenho, as pessoas, o cuidador não estão preparadas para o fim essencialmente a família (...) E3</p>

<p style="text-align: center;">Impreparação da família</p>		<p>(...) é a dificuldade quer dos familiares quer do próprio doente ás vezes na aceitação da doença (...) M1</p>
	<p style="text-align: center;">Lidar com o descontrolo sintomático</p>	<p>(...)descontrolo de sintomas, lidar com a fase final de vida, lidar, ter dificuldade em perceber se o familiar tem dor, se está desconfortável ou não, porque muitas vezes as pessoas podem achar que os familiares estão com dor ou estão desconfortáveis e não têm ninguém para os esclarecer e os tranquilizarem e lhe digam que não estão com dor e não estão a sofrer. E mesmo aliviar algum tipo de sintomatologia que eventualmente a pessoa possa ter, acho que passa muito por aí, mesmo com a noção de que não haverá muito que a pessoa possa oferecer a nível curativo mas acho que é muito por aí (...) E1</p> <p>(...)Muitas vezes as famílias/cuidadores trazem a pessoa á urgência porque em casa têm incapacidade, eu compreendo uma pessoa que não tenha formação que não esteja preparada para isto vê ali um doente com dispneia franca com sinais de dificuldade a fazer ruídos, com sinais de dor de sofrimento, e o quê que a pessoa tem em casa para oferecer, não tem nada (...) E3</p> <p>(...)Eu penso que é realmente a falta de controlo sintomático, primeiro dor, segunda dispneia, e terceira alteração do estado de consciência com prostração ou agitação psicomotora, ou seja o descontrolo de sintomas. Nota-se ao mesmo tempo que os familiares revelam uma incapacidade para prestar cuidados a estes utentes no final de vida, não por o descontrolo de sintomas (...) E4</p> <p>(...) A dispneia, descontrolo de sintomas, o respirar agónico, não pela vontade do doente, mas pela família, que não sabem lidar com isso (...) E5</p> <p>(...)a dificuldade quer dos familiares quer do próprio doente ás vezes na aceitação da doença e na gestão dos sintomas, ou seja instituição de</p>

Impreparação da família		<p>medicação que ajude os doentes a controlar os sintomas de forma a eles não virem ao Serviço de urgência (...) M1</p> <p>(...) Muitas vezes percebo que haja essa necessidade por um lado, a evolução das doenças nestes doentes muitas vezes ocorre de forma em que deixa de ser facilmente gerável as situações, no âmbito de casa ou na instituição em que o doente se encontra, isto pode ser pela própria complexidade dos sintomas em si (...) M4</p> <p>(...)Os principais, assim á cabeça penso que são a dor não controlada e a dispneia não controlada, e agora ultimamente tenho visto a ansiedade não controlada e o medo, o pânico de difícil controlo em casa, o sentir-se desarmado sem apoio médico e com sensação de morte iminente (...)M5</p>
	Lidar com a morte	<p>(..) Acho que as pessoas não conseguem lidar coma a morte e não conseguem ficar com aquele sofrimento, acho que as pessoas pensam...acho que podia ser feito mais qualquer coisa e nós não estamos a conseguir fazer (...) Vamos levar ao hospital e lá...eu acho que é mais fácil para eles aceitarem se morrerem no hospital que morrerem á frente deles sem fazer nada, acho que é por aí. As pessoas já sabem que está em fim de vida mas não conseguem ver morrem em frente deles (...) E2</p> <p>(...) por medo e receio que faleçam em casa (...) E4</p>
	Lidar com o sofrimento	<p>(...) os familiares estão desesperados, veem o sofrimento e não sabem o que fazer e o serviço de urgência é um serviço 24h aberto, 24h acessível e as pessoas trazem(...) M2</p>
Mito social		<p>(...)a noção cultural em Portugal paliativos é sinónimo de eutanásia, acho que há muito essa noção, por isso trazer ao serviço de urgência é o melhor e não estão a ser negligentes, ou fizeram tudo pelo seu familiar. Muitas vezes eles dizem, os familiares podiam comentar, os vizinhos podiam</p>

		comentar, então veem cá muitas vezes para lavar a consciência (...) M2
Área Temática: Intervenções prioritárias á Pessoa em fim de vida na opinião dos Enfermeiros e Médicos do SU		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Alívio sintomático		(...) Fundamentalmente o alívio de sintomas, que possam causar desconforto, o alívio de náuseas, o alívio de vómitos, alívio da dispneia, o alívio da dor (...) E1 (...) acho que o mais prioritário é tirar a dor(...) E2 (...) Controlar os sintomas no doente (...) M2 (...) A questão do controlo sintomático é muito importante porque muitas vezes um doente que não tem o mínimo controlo sobre sintomas (...) M4
Proporcionar medidas de conforto		(...) acho que o mais prioritário posiciona-lo o mais confortável possível(..) E2 (...) Acima de tudo proporcionar conforto, conforto a todos os níveis, respiratório, conforto na dor (...) E3 (...) O conforto tento proporcionar sempre que possível (...) E4
Proporcionar a companhia da família		(...) acho que o mais prioritário deixá-lo estar próximo da família(...) E2 (...) permitir a presença da família e pessoas significativas, um ambiente minimamente tranquilo para que a pessoa possa ter um fim de vida digno, porque é tão importante ajudar a viver, quanto ajudar a morrer e ninguém merece morrer abandonado num corredor, numa sala sem ninguém(...) E3 (...) colocá-lo sempre que possível acompanhado da família ou pessoa significativa(...) E4
Favorecer ambiente com privacidade		(...) Ambiente com privacidade dentro daquilo que nós temos para oferecer (...) E3

		<p>(...) Privacidade destes utentes, penso que estes utentes não devem estar no corredor, não devem estar numa zona com barulho, com muita luminosidade (...) E4</p> <p>(...) Primeiro o ambiente físico, estar num ambiente calmo, agradável onde possa ter a companhia dos seus familiares(...) M3</p>
Responder às necessidades efetivas		<p>(...) acho que o fundamental é dar resposta às necessidades que a pessoa identifica, se a pessoa tem sede, o controlo sintomático é muito importante, quando eu identifico por exemplo sinais de dor, as minhas intervenções são no sentido de tentar alertar o médico, saber se é possível dar alguma analgesia e saber qual analgesia que o doente fez ou está a fazer em casa, porque por exemplo o utente faz morfina (...) E4</p> <p>(...) perguntares o quê que aquela pessoa, o quê que ela queria neste momento, se queria um familiar ao pé, se precisa de ajudar para controlar a dor, se queria estar neste meio ou se preferia ir para casa, e tentar perceber o que nós podemos dar-lhe de bom para que a quele momento ser mais pacifico, não voltar as costas, dar a mão (...) E5</p> <p>(...) As prioritárias é mediante o doente quais são os sintomas ou aquilo que ele tem e que lhe condiciona maior desconforto. Honestamente é isto, é variável de doente para doente (...) M1</p>
Favorecer a presença		<p>(...) Eu acho que para o doente me fim de vida, é o estares lá, e perguntares aquilo que o doente precisa, o estar lá, mas com ouvidos, com e com tudo, não com medo (...) E5</p>
Disponibilidade		<p>(...) Ter disponibilidade para o doente e família e estar presente e sobretudo dar-lhe a mão e estar ali. Acho que para mim isso é prioritário (...) E5</p>
Comunicação com a família		<p>(...) Acho que é preciso falar com a família e não só com o doente e eles terem noção de qual é a gravidade que as vezes não percebem e as vezes é na urgência que se explica e se faz um ponto da situação da situação e depois é variável de doente para doente. Quer a dispneia</p>

		<p>é um problema, a dor é um problema, agitação é um problema (...) M1</p> <p>(...) falar com a família e com o doente, falar com o doente depende muitas vezes do nível cognitivo, se estiverem com alguma consciência falar com ele (...) M2</p>
Favorecimento de uma relação empática		<p>(...) importante uma relação empática, passa muito por colocares-te na posição do doente, e teres respeito ao ponto de conseguires imaginar o que ele está a sentir e abrires espaço a colocação de perguntas e angustias, que vais tentar responder acho que isso é o principal, uma relação de empatia numa fase inicial (...) M5</p>
Área Temática: Dificuldades dos enfermeiros e médicos para cuidar da pessoa em fim de vida no SU		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Espaço arquitetónico inadequado		<p>(...) No fundo é a nível estrutural, não temos estes doentes tão confortáveis como gostaríamos, a nível das macas, espaço físico, a nível de proporcionar que a família esteja em todos os momentos porque sabemos que o nosso serviço condiciona um bocadinho isso, embora nos tentarmos que isso seja possível, fundamentalmente isso (...) E1</p> <p>(...) Há muitas dificuldades o espaço (...) E2</p> <p>(...) O espaço é um ponto fundamental, temos muito pouco para a quantidade de utentes que temos, não temos privacidade sequer para prestar cuidados quanto mais garantir que há ali um cantinho onde estas pessoas possam estar tranquilas, acompanhadas dos seus cuidadores/família de forma a estarem minimamente esguardados (...)E3</p> <p>(...) Primeiro e mais uma vez a falta de privacidade (...) E4</p> <p>(...) Não temos espaço e privacidade para colocar o doente, às vezes vê-mos o doente em fim de vida com outro doente ao lado com alteração do estado consciência em que está aos gritos e este espaço é</p>

<p>Espaço arquitetónico inadequado</p>		<p>essencial, para lhe proporcionar conforto, tranquilidade, bem-estar (...) E5</p> <p>(...) não há espaço, neste momento, é tudo, é transversal, o espaço não está adequado nem para os doentes normais quanto mais para estes, não há privacidade para o doente e família (...) M1</p> <p>(...) As salas muitas das vezes faz impressão, doentes a morrer na sala laranja no meio do caos, custa um bocado, muitas vezes colocámo-los na OBS e conseguimos ter os familiares, corre-se as cortinas, mas acho que não chega, mas pronto é melhor que ali no meio da confusão (...) M2</p> <p>(...) o local e o ambiente e o sítio onde os doentes ficam que não é o mais adequado(...) M3</p> <p>(...) as condições físicas, que são realmente não temos grande espaço que privilegie a privacidade, ambiente tranquilo são fatores que se identificam rapidamente (...) M4</p>
<p>Indisponibilidade</p>		<p>(...)Há muitas dificuldades o tempo(...) a pressão que tens em volta, porque às vezes estás a falar com o familiar daquele doente e sabes que as pessoas te estão a pressionar porque, entrou um laranja ou porque há medicação para fazer não sei á quantas horas no Alert e tu não consegues ter disponibilidade de tempo, estás a falar e estás sempre a fugir para trás para as pessoas não te fazerem mais perguntas (...)E2</p>
<p>Existência primordial do Modelo biomédico</p>		<p>(...) a dificuldade do modelo biomédico, é aquilo que á pouco falava, é a intenção curativa (..)E3</p> <p>(...) dificuldade p.ex. na hipodermóclise não é utilizada neste serviço, muitos médicos não prescrevem a via subcutânea, continua a ser a via endovenosa a privilegiada, ou seja o modelo biomédico e muitas vezes estamos a tentar puncionar uma pessoa duas, três, quatro vezes para lhe administrar uma analgesia e para mim isso é uma dificuldade, a hipodermóclise é muito mais</p>

<p>Existência primordial do Modelo biomédico</p>		<p>prática, muito mais fácil de se conseguir, muito menos dolorosa para a pessoa e toda a medicação que o doente possa necessitar pode ser dada pela via subcutânea, no entanto o modelo convencional biomédico prevalece (...)E4</p> <p>(...) parte do modelo biomédico, o curar (...) M3</p> <p>(...) muitas delas não entendem que no contexto de urgência estamos muito vocacionado para rapidamente salvar vidas, sermos agressivos, invasivos, não conhecendo muito bem a situação pensamos que muitas vezes que á beneficio em determinadas medidas que ás vezes se revela que talvez não haja (...) M4</p> <p>(...) As dificuldades é que o serviço de urgência não está vocacionado para isto, para paliar, ponto número um. Há muitos doentes (...) M1</p>
<p>Tomada de decisão</p>		<p>(...) Primeiro, os obstáculos que eu encontro para decidir é perceber o que o doente tem, para chegar aos limites da intervenção, ou seja é para fazer um tratamento curativo, ou é para fazer um tratamento paliativo exclusivo, mas isto não é linear, muitas vezes no caso da pneumonia administramos antibiótico e iniciamos morfina, mas o doente já estremado é só paliativo, primeiro temos que tomar a decisão que é só paliativo (...) M2</p> <p>(...) dificuldade da tomada de decisão em contexto urgente (...) M4</p>
<p>Informação insuficiente</p>		<p>(...) Vemos muitas vezes que em contexto de urgência que o nosso conhecimento sobre o doente é muito pontual, nós não temos um conhecimento como tem uma equipa, um médico assistente (...) M4</p>

Área Temática: Necessidades dos Enfermeiros e médicos do SU no Cuidar da Pessoa em Fim de Vida		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Adquirir formação em cuidados paliativos		<p>(...) formação de profissionais a nível de cuidados paliativos, mentalizar as pessoa e dar formação no sentido de alguma terapêutica para alívio de sintomas e não ter medo de fazer essa terapêutica, acho que a necessidade de formação é fundamental (...)E1</p> <p>(...) Falta formação aos profissionais, acho que estamos muito centrados no curar, na patologia, na doença e não no doente (...) E3</p> <p>(...) alguma formação no sentido de homogeneizar os cuidados prestados tanto para médicos e para enfermeiros, no sentido de que os médicos não tenham receio de medicar estes utentes, ou que haja uma pessoa que possa ser contactada no sentido de permitir uma maior adequação da terapêutica no doente em fim de vida(...) E4</p> <p>(...) é necessário formação da equipa (...) E5</p> <p>(...) falta a preparação das pessoas ou o á vontade em gerir isto, ou seja a formação (...) Acho que estamos francamente melhor do que o que estávamos á uns tempos atrás, durante meu internato as coisas mudaram muito, estou cá á 7 anos, acho que as coisas mudaram aos poucos é um facto mas mudaram e acho que estamos melhor, mas longe do ideal. Mas acho que as pessoas estão mais sensibilizadas para este tipo de doente (...) M1</p> <p>(...) a falta de formação dos outros profissionais, às vezes é difícil. Eu acho que grande parte dos profissionais não sabe identificar a fase dos últimos dias/horas de vida e depois ainda há muito a ideia que não se pode morrer, que morrer é uma falha, um insucesso, é porque fizeste alguma coisa de errada(...)M3</p>

		(...) A formação em cuidados paliativos neste momento não é universal, há colegas quer da parte médica quer enfermeiros que têm, mas nem toda a gente tem, mesmo do ponto de vista da competência não esta tão assim tao generalizada quanto isso (...) M4
Criar espaços de Discussão de casos clínicos		(...) criar um grupo de discussão de algumas situações que temos, do que fazer, o que não fazer, até que ponto devemos ir, acho que isso é muito bom (...) E1
Criar espaços promotores da privacidade		(...) As necessidades no contexto de trabalho na prestação de cuidados a estes utentes, primeiro é realmente um espaço privilegiado para estes utentes (...) E4 (...) acho que era importante uma sala para informação do prognóstico e más notícias, ás vezes vamos conseguindo arranjar alguns sítios, salas de outras especialidades, mas ás vezes não há. E há outra questão quando não conseguimos arranjar um local silencioso, não é o melhor ambiente (...) M2
Melhorar o circuito de informação		(...) muitas vezes a família não esta cá e temos que ligar, se houvesse um estrutura burocrática melhor, mais eficaz, se calhar se houvesse alguém que fosse chamar os familiares lá fora, se houvesse uma comunicação mais rápida a nível telefónico, registos da nossa parte, organização nossa, estes registos são feitos por internos na consulta, mais novos e muitas vezes não está lá escrito que mais cedo ou mais tarde este tipo de doente vai entrar em falência multiorgânica e não é para fazer nada e muitas vezes isto não está claro, há uma descrição mas não há uma interpretação e ás vezes é difícil, isto era importante mudar (...) M2

Área Temática: Razões que levam os enfermeiros e os médicos a adotarem estratégias terapêuticas centradas no âmbito curativo à pessoa em fim de vida		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Modelo essencialmente biomédico		(...) acho que fundamentalmente o nosso modelo é muito biomédico(...) E1
Lidar com o processo de morrer		(...) Incapacidade de os profissionais lidarem com a morte, lidarem com a perda, lidarem com o fracasso, é a minha opinião, acho tem muito a ver com isso e por isso é mais fácil (...) E1 (...) Quando as pessoas veem em fase terminal acho que as pessoas em vez de proporcionar cuidados de conforto acabam por tentar curar, curar aquela infeção para prolongar um bocadinho mais aquela vida (...) E2 (...) incapacidade para lidar com a morte (...) E5 (...) é o receio que o doente faleça, que ainda é uma falha para muitos profissionais(...)M3
Desconhecimento do significado de agonia		(...) o não ter conhecimento da fase de agonia (...) M3
Assumir que é um doente em processo de morrer		(...) o assumir que é um doente para conforto, que não é para ter qualquer tipo de intervenção curativa (...) E1 (...) Eu acho que às vezes adotam esta terapia curativa no sentido de prolongar um pouco mais a vida do doente, mas também para toda a gente é muito difícil aceitar a morte e dar por terminado aquela situação (...) E2 (...) Quando as pessoas vêm em fase terminal acho que as pessoas em vez de proporcionar cuidados de conforto acabam por tentar curar, curar aquela infeção para prolongar um bocadinho mais aquela vida (...) E3 (...) Eu penso que os profissionais de saúde têm receio de assumir que vão utilizar limite de medidas nalgum doente, ou porque não o conhecem suficientemente bem ou porque ainda é uma pessoa e utiliza-se muito o termo ainda tem vida de relação, é

<p>Assumir que é um doente em processo de morrer</p>		<p>um doente que ainda comunica, ainda reconhece as pessoas e portanto acabam por ter algum receio em assumir este tipo de cuidados (...) E4</p> <p>(...) a própria noção do que é terminal e depois há outra questão que é: eu faço uma avaliação no momento e parece que é para iniciar paliativos mas tenho dúvidas que me esteja a falhar alguma coisa e o meu colega que vem a seguir, diga este doente se fosse visto por mim teria iniciado tratamento curativo e se calhar estaria vivo. Se calhar o nosso medo de falhar e de fazer uma avaliação errada com um peso tão grande como é o morrer (...) M2</p> <p>(...) É o não reconhecer a fase final de vida (...) M3</p> <p>(...) Acho que passa muito pela insegurança, receio de assumir (...) M5</p>
<p>Défice de formação em cuidados paliativos</p>		<p>(...) Acho que há pouca formação e mais que formação é sensibilização do profissional de saúde. (...) E3</p> <p>(...)a falta de formação na área de cuidados paliativos(...)E5</p> <p>(...)a falta de formação (...) M3</p> <p>(...) Sem dúvida, nós somos essencialmente treinados para isto neste momento, já se começa a falar da obrigatoriedade da formação dos cuidados paliativos na fase pré graduada na medicina, mas ainda são umas pequenas aulas. Quase toda a filosofia ainda é muito centrada que o nosso sucesso se mede pelas vidas que salvamos por aquilo que curamos, ainda é visto como uma derrota (...) M4</p> <p>(...) acho que falta muita formação e a insegurança vem daí, a insegurança que falei no início vem daí, falta formação em cuidados paliativos(...)Acho que passa muito pela falta de formação, sobretudo nos colegas que só fazem Urgência que não têm depois a experiencia de internamento em que temos tempo para nos dedicarmos a esse tipo de cuidados e esse tipo de reflexões (...) M5</p>

Mecanização dos cuidados		(...) Nós na urgência, estamos mecanizados a fazer aquelas atitudes muito interventivas, fazer o máximo para salvar o doente, o doente tem que sair daqui vivo, custe o que custar, e não este espírito, esta filosofia (...) E5
Desconhecimento da situação clínica anterior		(...) temos acesso algum tipo de informação que está no sistema, há médicos que em algumas situações crónicas decidem que não será um doente para suporte invasivo ou algo do género, mas a maior parte não, isso não é explícito (...)O Senhor tem uma doença crónica, isto pode progredir, pode exacerbar, perante esta situação ou aquela o que quer fazer, ou qual é a expectativa que tem? Não temos esta estratégia definida. E depois quem recebe os doentes na urgência partindo do princípio que isto não está discutido nem é uma estratégia que está definida e explicita, sente-se constrangido, então agora eu é que vou decidir qual é que o futuro. Então agora isto é o fim de vida, não vou fazer este antibiótico, este oxigénio, esta nebulização, isto é extremamente desconfortável, não é. E muitas vezes a estratégia é tentar reverter quele quadro na altura. Esta dificuldade de estamos a assumir as coisas quando vemos um doente pela primeira vez e não sabemos o filme todo como estava para trás e as vezes isto é extremamente desconfortável, e às vezes a informação também nem sempre é a mais correta (...) são estas decisões todas que a gente tem no momento, e que às vezes se tendem a adotar estratégias curativas (...) M1
Inexperiência clínica		(...) Relacionados com a experiência clínica, p.ex. se forem internos com mais inexperiência clínica, também pelo facto de sermos um hospital escola. Estes doentes, requerem experiência e sensibilidade e às vezes os profissionais pensam, ao menos faço tudo pelo doente (...) M2
Influência cultural		(...) questões culturais, e a questão da própria subjetividade, ficamos sempre com o ratinho roer nos

		na cabeça de se calhar podíamos fazer alguma coisa se calhar o doente podia ter sobrevivido(...) M2
Sentimentos de culpa		(...)a nossa sensação de culpa, sensação de não fizemos tudo o que era possível para o doente ser manter vivo, muitas vezes á custa da qualidade de vida(..) M2
A subjetividade da clinica		(...)as questões subjetivas da própria clinica, há médicos que vivem melhor ou acham que subjetivamente é melhor correr o risco de oferecer um tratamento, correr o risco de iatrogenia, compensa a probabilidade do benefício do tratamento e há outros que acham que não. Se calhar a iatrogenia apesar de ser mais provável é muito pior do que o benefício que o tratamento traria e isso as vezes é uma questão subjetiva (...) M2
Défice de tempo para a tomada de decisão		(...) O contexto da urgência é um contexto difícil, porque temos pouco tempo para discutir e para decidir(...)Agora não tomar medidas de índole curativa não é fácil assumir isso, nem devem assumi-lo sozinhos, até eu tenho muitas dúvidas e é um processo que carece de discussão e um acumular de experiencia (...)M4
Formação de base na perspetiva curativa		(...) E sendo nós formados muito nesta perspetiva curativa é natural que nos primeiros anos seja esta a nossa abordagem e principalmente por não temos espaço e tempo para discutir os doentes (...) M4 (...) Nós temos pouco tempo para agir, ou seja estamos formatados numa urgência para agirmos rapidamente e o rapidamente implica ter por detrás o objetivo de curar, é o doente agudo, o doente crítico independentemente do que trás com ele de bagagem, e o serviço de urgência implica que estejamos formatados para agir muito rapidamente e em pouco tempo, muitas vezes para pensar se pôr exemplo é um doente para por antibiótico, para não pôr antibiótico, temos pouco tempo para pensar nas limitações de intervenção no Serviço de urgência e isso passa não só pela afluência dos doentes como também pela

		própria agitação inerente ao espaço, e é difícil ter clareza de espírito para parar e pensar sobre isso(...)M5.
Lidar com as emoções		(...)a dificuldade que nós temos em separar o racional do emocional(...)M5
Área Temática: Sugestões dos enfermeiros e médicos para potenciar um fim de vida com dignidade no SU		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Análise
Espaço físico confortável		<p>(...) Acho que essencialmente é muito importante a estrutura física (...) E1</p> <p>(...) Um espaço próprio, se calhar não devia ser em contexto de urgência devia ser em contexto dum internamento (...)mais privacidade para o doente e familiares, os próprios familiares estarem mais confortáveis porque aqui até podem passar o dia com o familiar, mas ficam em pé não tem uma cadeira para se sentarem, existem umas cortinas a proteger mas por vezes estão abertas e não há privacidade nenhuma. (...) E2</p> <p>(...) Portanto um espaço com maior privacidade que permitam o conforto destes doentes enquanto estão no leito (...) E4</p> <p>(...) O espaço (...) um espaço com silêncio (...) M2</p> <p>(...) Espaço mais adequado (...) M3; M5</p> <p>(...) Condições físicas é fundamental, nomeadamente no Serviço de Urgência não temos um sítio para falar com os doentes e famílias (...) M4</p> <p>(...) O que eu acho é que deveria existir uma sala mais privada, para pudermos falar com os próprios doentes e os familiares, porque também fazemos muitas comunicações de más notícias, e isso deve ser feito segundo algumas regras e cuidados, não digo com isto que um doente em cuidados paliativos deva estar isolado dos outros, mas que o doente tenha alguma tranquilidade a nível de ambiente, não digo que sejam</p>

		<p>quartos isolados, mas pelo menos alocar estes doente em áreas mais protegidas poderá ser mais adequado, o espaço físico é importante (...) M4</p> <p>(...)é essencial o Serviço de urgência reunir estruturas físicas e estruturais como ter uma sala adequada para a comunicação de notícias (...)M5</p>
Formação em cuidados paliativos		<p>(...) formação de profissionais (...) E1</p> <p>(...) acho que precisávamos todos de muita formação nesta área (...) E2</p> <p>(...) E não há quer nos cursos de base, quer na formação a nível da instituição muito a abordagem deste tema. E também não há muito a preocupação da nossa parte, porque é uma área sensível, é uma área que dá trabalho, é uma área que ainda é um bocado tabu, porque não é fácil lidar com o doente no fim de vida, com a família muito menos (...) E3</p> <p>(...) mais alguma formação nos sentido dos cuidados serem no sentido de controlara a sintomatologia do utente em vez de tentarem medidas invasivas desnecessárias (...) E4</p> <p>(...) Formação (...) E5</p> <p>(...) Pessoas formadas (...) M1</p> <p>(...) E uma maior formação dos profissionais (...) M3, M4, M5</p>
Apoio de psicólogo e psiquiatria na equipa de saúde		<p>(...) Intervenção e apoio de um psicólogo (...) E1</p> <p>(...) apoio de psicologia e psiquiatria no Serviço de urgência (...) M5</p>
Reuniões para discussão de casos clínicos e partilha de emoções e sentimentos		<p>(...) Reuniões dentro do próprio serviço, entre profissionais, enfermeiros e médicos, e que falemos uns com os outros, falemos das situações que nos chocaram, escutarmos os casos, e porquê que é assim, não será melhor outro tipo de abordagem (...) Acho que seria muito importante, também falarmos nós próprios dos nossos medos, das nossas vivências de mortes, que nos chocaram. Esta necessidade de não nos</p>

		ligarmos afetivamente a um doente para nos protegemos (...) E5
Comunicação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares		(...) os registos adequado daquilo que tem sido o percurso do doente e agora esta possibilidade da interface entre os cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares é muito útil para tomar decisões, isto vê-se mesmo no contexto da emergência é fundamental e ainda pode ser melhorado(...) M4
Mais recursos humanos		(...) A nível de recursos humanos acho que não somos em nº suficiente para o serviço de urgência de uma forma geral, e isso faz com que reduza o nº de profissionais a dedicar-se aquela pessoa em fase final de vida, portanto não somos em nº suficiente, auxiliares, enfermeiros, médicos estamos claramente insuficientes e estamos também claramente insuficientes os colegas que têm formação na área de paliativos, poderia haver gente dedicada a esta causa que pudessem dar apoio aos colegas que não têm formação em cuidados paliativos (...) M5
Valorização dos cuidados de conforto		(...) acho que devemos valorizar o conforto e quando valorizarmos mais o conforto, em detrimento do aspeto curativo que não lhe vai trazer vantagens em determinados casos, aí se calhar conseguíamos lidar melhor com a situação(...) E1 (...) penso que a pessoa em fim de vida deve ser identificada e os seus cuidados devem ser priorizados no sentido de que esteja confortável, que tenha alguma privacidade dentro do que é possível, e de preferência que tenhamos alguma atenção aos seus familiares, se queriam estar perto da pessoa em fim de vida ou não, e se poderíamos prestar alguma auxílio no acompanhamento religioso se for esse o caso, sinalizando devidamente algum sinal/sintoma de agravamento na pessoa em fim de vida(...) E4
Aceitar a ortotanásia		(...) encaramos a morte como um fracasso da nossa intervenção, ainda não a encaramos como uma coisa que é natural, que é inevitável, no entanto sabemos

<p>Aceitar a ortotanásia</p>		<p>que podemos ajudar o doente a morrer, a morrer dignamente(...) E1</p> <p>(...) nós médicos, enfermeiros não sabem muitas vezes distinguir limites, não é picar um doente exaustivamente á procura de um cateter para colher umas análises, que nós no fundo sabemos que não vão dar em nada, não é manter perfusões para aumentar os dias ou horas de vida, sabemos que o desfecho vai ser aquele e que neste momento já não há tratamento possível. Agora havendo situações que é possível tratar, sou de acordo que devemos investir no tratamento curativo. Agora acho que é sobretudo necessário sensibilizar a equipa e ajudar a equipa também a vivenciar a morte e a relação família-morte-equipa de saúde, porque a tendência geral é fugir (...) E5</p>
<p>Proporcionar segurança</p>		<p>(...) é um fim de um ciclo de vida e conseguir transmitir isso aos doentes, nós sentimo-nos confortáveis e transmitir essa segurança aos familiares e aos doentes, se calhar nesta fase acho que é muito importante, acho não, tenho a certeza(...)E2</p>
<p>Envolver o doente na tomada de decisão</p>		<p>(...) é tratar o que é possível tratar e que tem resposta, mas não ser obstinado e permitir ao doente intervir nas decisões de saúde, do que quer e do que não quer, e permitindo que ele usufrua da vida que tem com qualidade, sem dor sem sintomas associados e se calhar incentivar os doentes a terem ter objetivos concisos para cada etapa, usufruindo cada dia com objetivos realistas(...) E5</p>
<p>Facilitar a despedida</p>		<p>(...) chamar outros familiares, pessoas que se querem despedir, filhos, netos, pais, familiares(...) M2</p>
<p>Simplificar as medidas terapêuticas</p>		<p>(...) simplificar terapêutica, apenas terapêutica para controlar sintomas e sinais que o doente vá desenvolvendo e evitar atitudes fulcras como fazer gasimetria, colher analises, picar os doente, glicemias não sei quantas vezes por dia, pronto simplificar atitudes e evitar agredir(...) M3.</p>

<p>Identificar necessidades efetivas do doente e família</p>		<p>(...) Mesmo que não se tenha muito tempo deve ser uma preocupação que deve estar presente, e mesmo identificar pequenas necessidades, se o doente tem condições para regressar a casa se não tem, se tem que ficar por uma questão de se organizar melhor o suporte social, melhor organização dos cuidados em casa, acho que se podem dar os primeiros passos no Serviço de urgência (...) M4</p>
<p>Estabelecer uma relação empática</p>		<p>(...) consegue se criarmos uma relação empática com o doente, se o doente se sentir á vontade para expor tudo isso que o preocupa, porque senão rapidamente nos vai passar ao lado e não vamos conseguir tratar isso e este é um dos sintomas mais frequentemente associados a uma situação em fim de vida(...) M5</p>
<p>Área Temática: Opinião dos enfermeiros e médicos acerca do processo de morrer com dignidade no SU</p>		
<p>Categoria</p>	<p>Subcategoria</p>	<p>Unidade de Análise</p>
<p>Sim, proporciona um morrer com digno</p>		<p>(...) eu acredito que a pessoa no serviço de urgência tem um processo de morrer digno, quando os profissionais e nomeadamente os enfermeiros se envolvem no processo e investe no sentido de permitir cuidados de qualidade a este utente. Ou seja, um doente está na sala dos laranjas, e está a falecer, parte do enfermeiro a sinalização deste utente e acho que parte de nós o fim de vida ser digno, porque nós é que nos apercebermos do estado do doente (...)E4</p> <p>(...) Eu acho que sim, vamos lá ver uma coisa, há doentes em que o caso é tão grave que não vão ter tempo de ir para o internamento, ponto. Portanto aí, sim tentamos arranjar um espaço mais confortável possível, uma perfusão mínima para estabilização e acho que na urgência temos essa capacidade para o fazer, e tentamos proporcionar aos familiares e doente isso (...) M1</p>

<p>Nem sempre proporciona um processo de morrer digno</p>		<p>(...) Acho que, depende das situações(hummmm), já vi morrer muitos doentes, já vi morrer doentes de forma digna, como já vi doentes a morrer de forma não tão digna. Tem muito a ver com diversas circunstâncias, nomeadamente com a equipa que esta nesse momento, com a experiência dessa equipa, com a formação dessa equipa, com o passado dessa equipa, também muitas vezes tem haver como o serviço está nesse dia em termos de afluência. Mas nem sempre tanto como desejava, eu acho(...) E1</p> <p>(...)É caso a caso, já assisti a muitas vezes a situações que realmente e idealmente não queria para mim nem para os meus. Não digo que seja impossível garantir condições de alguma dignidade da morte no Serviço de Urgência, digo é que muitas vezes elas não sejam garantidas (...) M4</p>
<p>Não proporciona de morrer digno</p>		<p>(...) Não, no nosso serviço não, pelos motivos que já falamos anteriormente, não tens um espaço acima de tudo, muitas das vezes vês situações que os doentes veem por um fio e tu coloca-los resguardados as vezes é num espaço onde estão mil e uma coisas á volta, máquinas a apitar, corres duas cortinas, uma espreita daqui, outo espreita dali, porque estão a procurar os doentes, depois abres a cortina dum lado, a família não tem a mínima de privacidade para estra ali. Isso para mim não é digno, não é. Tem a ver com a logística, com o espaço e organização do serviço. E acho que infelizmente no nosso serviço o morrer aqui não é digno (...) E3</p> <p>(...) Neste momento, na nossa urgência não. Acho que não temos um processo de morrer digno. Acho que as pessoas acabam por ficar escondidas atrás de uma cortina e fazemos o mínimo possível, tiramos a dor, pomos o doente confortável, mas depois acaba por ficar a li escondido (...) E2</p> <p>(...) Acho que nem sempre, porque nós voltamos as costas á morte, e acho que nesse sentido os doentes morrem muito sozinhos. Sozinhos, porque às vezes a</p>

<p style="text-align: center;">Não proporciona um processo de morrer digno</p>		<p>família também não conseguem acompanhá-los nesta fase final, a família se calhar se fosse previamente preparada, no entanto podemos tentar esclarecer os familiares que estar lá, que seria importante para o seu familiar, mas não é num dia, sobretudo na urgência, que se faz esta preparação (...) E5</p> <p>(...) Não, acho que não têm, por tudo isto que eu disse. Faz me muita confusão o local, a barulheira a falta de privacidade, às vezes á doentes e familiares a chorar e doente agitados ao lado. Mas a mim o que me faz mais impressão é o doente na sala laranja no meio da confusão e os familiares ali ao lado com a cortina corrida a chorar. Também a própria comunicação com os familiares não dá, existem muitas interrupções ou porque chega um laranja, ou porque outro doente descompensa e está a precisar de cuidados, e eu penso tenho que me despachar que tenho que ir vê-lo, é claro que não digo isso mas de alguma forma tento contornar a situação para me puder afastar (...) M2</p> <p>(...) Não, considero que é o último sítio onde as pessoas deveriam falecer, mas às vezes é o que acontece, não é o local ideal, não é o ambiente ideal, de modo algum é um sítio digno (...) M3</p> <p>(...) Não, por vários motivos um deles é o não termos espaço para o doente, para a família, não temos espaço físico onde isso possa acontecer naturalmente com privacidade e as nossas intervenções (...) falta esta questão da formação também tiram dignidade á pessoa na morte no SU, e há outras questões que temos de considerar sempre, é muito importante a forma como a família vê o doente na fase final de vida, ver o familiar com uma sonda, uma algália, é muito diferente de ver a pessoa como a trouxeram de casa, por exemplo, e temos de considerar isso e ver se vale apenas este tipo de intervenções, porque até isso a fragilidade é importante para a família. E neste momento não temos condições para o doente morrer no Serviço de urgência e morrem muito e todos os dias sem dignidade (...) M5</p>
---	--	---

