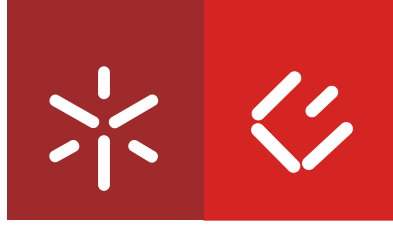


**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

Eva Glória Alvarez Peixoto

**Dilemática Ética na Gestão Hospitalar:  
Questões Prementes do Fim de Vida**

Eva Glória Alvarez Peixoto  
**Dilemática Ética na Gestão Hospitalar:  
Questões Prementes do Fim de Vida**



**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

Eva Glória Alvarez Peixoto

**Dilemática Ética na Gestão Hospitalar:  
Questões Prementes do Fim de Vida**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Carla Maria Freitas da Costa Freire**  
e do  
**Professor Doutor Acílio Silva Estanqueiro Rocha**

julho de 2017

## Declaração

Nome: Eva Glória Alvarez Peixoto

Endereço electrónico: [evaalvarez82@hotmail.com](mailto:evaalvarez82@hotmail.com)

Número de Bilhete de Identidade: 12157725

Título da dissertação:

“Dilemática Ética na Gestão Hospitalar: Questões Prementes do Fim de Vida”

Orientadores:

Professora Doutora Carla Maria Freitas da Costa Freire

Professor Doutor Acílio Silva Estanqueiro Rocha

Ano de conclusão: 2017

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE A DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 31/07/2017

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Agradecimentos**

Não cabe na finitude das palavras a imensidão do meu agradecimento aos professores que permitiram a concretização desta tese, que une a Filosofia à Gestão. À Professora Doutora Carla Maria Freitas da Costa Freire, por abraçar as minhas liberdades de narradora, num dócil assentimento, e pela enternecedora paciência com que orientou a tese na área da Gestão e ao Professor Doutor Acílio Silva Estanqueiro Rocha, pela sua nobreza de espírito e enormíssimo braço de saberes, fecundo latifúndio da Filosofia e guia venturoso da minha escrita.

Às minhas tão estimadas, Alice Carvalho, Ana Cunha e Joana Fernandes pelas palavras que misturaram o amor e a elevação que só cabe na mais genuína amizade e agitaram as minhas, acardumadas no fundo.

Ao meu irmão Gonçalo, que abriu o sol a cada rojar de sombras no meu espírito, por que se cumprisse o seu múnus, no assombroso credo do sangue.

Ao Hospital de Braga, pelo suporte na realização deste trabalho, na guarida da sua filosofia que propaga o espírito criativo e a Investigação na área da Saúde.

E no lugar solene do fim, a quem tanto me inspirou...

## Resumo

Os Indicadores de Qualidade em Saúde têm assumido, nos últimos anos, capital importância na deliberação de regras que comandem as condutas dos Profissionais de Saúde. Indicadores protetores de uma visão curativa e encurtada da saúde, almejada com a maior rapidez, em resultados. Contudo, resvalam estes objetivos curativos nos princípios paliativos promulgados pela Organização Mundial de Saúde, a qual zela o conforto físico, psicológico e espiritual dos doentes.

Este trabalho debruça-se sobre uma área, o fim de vida, ainda desprovido de indicadores que aprimorem a sua qualidade, reverberada não em resultados de saúde, pois esta é inexistente nos que findam a vida, mas do processo de cuidar até à morte.

A primeira parte do trabalho é constituída pela revisão bibliográfica dos dilemas em estudo, que recaem essencialmente na contradição entre a qualidade pretendida dos indicadores de saúde e a promulgada pelos cuidados paliativos. São escassos os estudos desenvolvidos na expansão dos assuntos em questão, tendo sido, contudo, extraído deles substância relevante para o seu ulterior entendimento e aprofundamento.

O presente trabalho dá ainda a conhecer outros dilemas sentidos pelos enfermeiros no diário cuidar de doentes em fim de vida, bem como dos principais entraves sentidos pelos doentes em fase terminal, à sua qualidade de vida ao longo do internamento no Hospital.

Dada a natureza dos problemas de investigação, o estudo foi desenvolvido de acordo com o paradigma quantitativo e qualitativo, com recurso a uma amostragem de categoria não probabilística do tipo de amostra por conveniência composta por 100 enfermeiros e 30 doentes os quais foram inquiridos por meio de questionários e entrevistas.

A análise dos dados permitiu aferir discrepâncias entre a realidade comandada por indicadores de qualidade e o idóneo exercício profissional, na área dos Cuidados Paliativos. No culminar do trabalho são sugeridas medidas que possam ascender além dos limites atuais à cabal qualidade dos cuidados paliativos.

## **Abstract**

The Health Quality Indicators have assumed, in the last years capital importance in the rules deliberation that command Professional Health conduct. These Indicators protect a curative and shortened health vision, which aims quickness in results. However, these curative objectives slip in the palliative principles promulgated by World Health Organization, that zeals for physical, psychological and spiritual confort of terminal patients.

This work looks over an area, the life 's end, still devoid of indicators that improve its quality, reverberated not in health results, once that is nonexistent in the ones that are in the end, but in the care process until death.

The first part of the work is constituted by literature review of the study dilemma, which focus essentially in the contradiction between the pretended quality of health indicators and the one promulgated by Palliative Care. The studies developed in the expansion of the concerned subjects are scarce, though it has been extracted from them relevant substance for their further understanding and deepening.

The presente work still reveals other dilemas felt by nurses in their daily care to terminal patients, as well as the main hindrances felt by terminal patients to their hospitalisation life quality. Given the investigation nature problems, the study has been developed accordingly with the quantitative and qualitative paradigm, with resource to a convenience sampling technique, using a non-probablistic sample of the population composed by 100 nurses and 30 patients, who have been inquired through questionnaires and interviews.

The data analysis allowed to gauge the discrepancies between the Indicators quality commanded reality and the most suitable professional practice, in Palliative Care.

The work culminates with the suggestion of measures that can ascend beyond the actual limits to the thorough palliative care quality.

# Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	iii
<b>Resumo</b> .....	iv
<b>Abstract</b> .....	v
<b>Lista de Abreviaturas/Siglas</b> .....	xi
<b>Índice de Gráficos</b> .....	xii
<b>Índice de Tabelas</b> .....	xiv
<b>Capítulo 1 - Introdução</b> .....	15
<b>Capítulo 2 – Revisão da Literatura</b> .....	18
2.1 Contextualização da Dilemática Ética na Tríade: Filosofia, Gestão e Cuidados em Fim de vida .....	18
2.2 Desígnios Contemporâneos da Saúde: A Economia e a Humanização .....	21
2.2.1 Elementos estruturais da Gestão Hospitalar .....	23
2.2.2 Indicadores de Qualidade em Saúde .....	23
2.2.3 O cumprimento de Indicadores de Qualidade em Saúde, sob o esteio económico: um desafio à Qualidade de Cuidados de doentes em fim de vida.....	25
2.3 A Eficiência e a Vulnerabilidade .....	26
2.3.1 O estudo analítico-experimental das políticas da Gestão Hospitalar à Luz da Ética .....	28
2.3.2 O estrangulamento dos mais Vulneráveis: Um encontro de Teorias .....	29
2.3.2.1 A Vulnerabilidade de um povo: Hannah Arendt.....	29
2.3.2.2 Sartre e a Vulnerabilidade da Ética.....	32
2.3.3 Gestão Hospitalar: desafios sazonais.....	33
2.3.4 Transferência de Serviço, uma mudança de paradigma centrada no doente mais vulnerável .....	35
2.4 Aprimoramento da Ética na Gestão Hospitalar .....	36

2.4.1	Uma Gestão centrada no Doente .....	38
2.4.2	Investigação do Valor dos Resultados .....	39
2.5	Valências da Linguagem na Gestão Ética Hospitalar.....	41
2.6	Dimensões Sociais e Psicológicas: Novos constructos de Indicadores de Qualidade Paliativos.....	42
2.7	Benefícios da Ética na Economia .....	44
2.8	Conflito Ético-político: origem e fim .....	46
2.9	A imperiosidade da Ciência e Amenidade da Filosofia no Final da Vida: A revisão de Indicadores de Qualidade à luz da Equidade .....	47
2.9.1	A criação de Indicadores de Qualidade para o Fim de Vida .....	48
2.9.2	Reportação de casos de exceção aos Indicadores de Qualidade .....	49
2.9.3	O traslado paradigmático do Utilitarismo para a Equidade .....	50
2.9.4	O acerto da Gestão com a Vulnerabilidade Humana: o porvir da equidade .....	51
<b>Capítulo 3 – Metodologia .....</b>		<b>53</b>
3.1	Especificação do Problema de Pesquisa e do Paradigma de Investigação .....	53
3.2	Caracterização da Pesquisa .....	54
3.3	Método de Amostragem.....	55
3.4	População e Amostra .....	56
3.5	Considerações Éticas .....	57
3.6	Descrição do Método de Recolha de Dados .....	57
3.6.1	Questionários aos Doentes .....	58
3.6.2	Questionários aos Profissionais de Saúde .....	59
3.6.3	Entrevistas aos Doentes .....	60
3.6.4	Entrevistas aos Profissionais de Saúde .....	60
3.6.5	Realização do Pré-teste .....	60
3.7	Tratamento dos Dados .....	60
<b>Capítulo 4 - Análise e Apresentação dos Dados.....</b>		<b>61</b>
4.1	Análise Quantitativa dos Dados .....	61



4.2 Apresentação e Análise dos Dados – Questionários aos Doentes .....	62
4.2.1 Perfil Sociodemográfico da Amostra .....	62
4.2.2 Análise Estatística dos Dados .....	64
4.2.2.1 Análise Descritiva da Dimensão “Dor” .....	65
4.2.2.2 Análise Estatística da Dimensão “Falta de ar” .....	67
4.2.2.3 Frequência de Feridas dos Doentes resultantes da Permanência na sua Posição de Conforto.....	71
4.2.2.4 Transferência de Serviço .....	72
4.2.2.5 Novos Indicadores de Qualidade para Doentes em Fim de Vida.....	74
4.2.2.6 Fatores clínicos contraditórios ao conforto .....	74
4.2.2.7 Fatores associados ao internamento que não minoram o sofrimento dos doentes .....	75
4.2.2.8 Estratégias para minorar o sofrimento, dos doentes, associado ao internamento.....	78
4.2.3 Discussão dos resultados dos questionários aos doentes.....	81
4.2.3.1 O Indicador de Qualidade “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão” versus o Conforto dos doentes em fim de vida .....	81
4.2.3.2 Frequência de úlceras de pressão decorrentes da permanência na posição de conforto .....	83
4.2.3.3 A transferência de serviço.....	83
4.2.3.4 Novos indicadores no fim de vida .....	85
4.3 Apresentação e Análise dos Dados - Questionários aos Profissionais de Saúde.....	86
4.3.1 Análise Estatística dos Dados .....	87
4.3.1.1 Análise comparativa da importância da dimensão “Dor” e “Risco de úlcera de pressão” na conduta profissional dos enfermeiros, no fim de vida.....	87
4.3.1.2 A transferência de serviço de doentes em fim de vida.....	92
4.3.2 Discussão dos resultados dos questionários aos profissionais de saúde.....	94

4.4	Análise Qualitativa dos Dados.....	96
4.4.1	Resultados das entrevistas aos doentes.....	97
4.4.1.1	Grelha de análise.....	97
4.4.1.2	Os prazeres da alma que reacendem a candeia da vida.....	102
4.4.1.3	O tempo oco .....	103
4.4.1.4	A rebelião e a resignação .....	104
4.4.1.5	O desafoço da dor, a suma necessidade.....	105
4.4.1.6	A marca indelével no fim de vida: O que fica por fazer .....	106
4.4.1.7	O sol, e a penumbra .....	107
4.4.1.8	Entraves à realização de atividades lúdicas e à saída temporária: A Dor .....	108
4.4.2	Reflexões em torno dos resultados das entrevistas aos doentes .....	109
4.4.3	Resultados das entrevistas aos profissionais de saúde.....	110
4.4.3.1	Grelha de análise.....	112
4.4.4	Reflexões dos resultados das entrevistas aos profissionais de saúde.....	119
	<b>Capítulo 5 - Conclusões</b> .....	122
5.1	Implicações para a Prática.....	123
5.1.1	Indicadores de Qualidade vigentes versus o conforto dos doentes em fase terminal – A Reportação de casos de exclusão – uma medida solucionadora .....	125
5.1.2	A presença de úlceras de pressão em doentes em fase terminal de vida.....	126
5.1.3	Novos Indicadores de Qualidade de Cuidados Paliativos .....	127
5.1.4	Outras linhas orientadoras .....	131
5.2	Limitações dos estudos e sugestões para futuras pesquisas .....	133
5.2.1	A transferência de doentes em fase terminal .....	133
5.3	Considerações Finais.....	136
	<b>Referências Bibliográficas</b> .....	140
	<b>Anexos</b> .....	147

Anexo 1 – Questionários aos doentes.....	148
Anexo 2 – Questionários aos Profissionais de Saúde .....	155
Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética .....	158
Anexo 4 – Qualidade dos serviços Clínicos – Parâmetros de Desempenho de Resultado .....	161

## **Lista de Abreviaturas/Siglas**

GCD – Grande Categoria de Diagnóstico

GDH – Grupo Diagnóstico Homogéneo

INE – Instituto Nacional de Estatística

NPUAP/EPUAP – The European and US National Pressure Ulcer Advisory panels

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

QOF - Quality and Outcomes Framework

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UP – Úlcera de Pressão

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Sexo dos doentes.....	61
Gráfico 2 – Faixa etária dos doentes.....	63
Gráfico 3 – Frequência de doentes com um grau habitual de falta de ar .....	69
Gráfico 4 – Frequência do grau de falta de ar dos doentes na posição de alívio .....	69
Gráfico 5 – Frequência do grau de falta de ar dos doentes noutras posições, que não a de conforto .....	70
Gráfico 6 – O impacto da transferência de serviço nos doentes em fase terminal de vida .....	72
Gráfico 7 – Fatores que diminuem a qualidade de vida dos doentes em fase terminal, no internamento.....	74
Gráfico 8 – Número de doentes que considera que o dia tem muitas horas livres .....	75
Gráfico 9 – Número de doentes que considera a televisão suficiente para preencher as horas livres .....	76
Gráfico 10 – Número de doentes que tem pensamentos negativos várias vezes ao longo do dia .....	76
Gráfico 11 – Número de doentes que gostaria de realizar atividades lúdicas durante o internamento .....	77
Gráfico 12 – Número de doentes que gostaria de sair um dia do hospital durante o internamento .....	78
Gráfico 13 – Relevância dada pelos enfermeiros do Serviço de Cardiologia/Pneumologia à dor e ao risco de úlcera de pressão, na sua prática em doentes terminais .....	86
Gráfico 14 – Relevância dada pelos enfermeiros do Serviço de Oncologia à dor e ao risco de úlcera de pressão, na sua prática em doentes terminais .....	87
Gráfico 15 – Relevância dada pelos enfermeiros do Serviço de Medicina Interna à dor e ao risco de úlcera de pressão, na sua prática em doentes terminais .....	88
Gráfico 16 – Relevância dada pelos enfermeiros inquiridos à dor e ao risco de úlcera de pressão na sua prática em doentes terminais .....	89

Gráfico 17 – Comparação das respostas dos enfermeiros dos Serviços de Cardiologia/Pneumologia, Oncologia e Medicina Interna, relativamente à importância dada à dor e ao risco de úlcera de pressão em doentes terminais .....	90
Gráfico 18 – Conflito interior vivenciado pelos enfermeiros dos serviços de Cardiologia/Pneumologia, Oncologia e Medicina Interna na transferência de serviço de doentes em fase terminal.....	91

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Faixa etária dos doentes inquiridos .....	63
Tabela 2 – Frequência de doentes com posição de alívio .....	64
Tabela 3 – Frequência de doentes que apresentam aumento de dor noutra posição, que não a de conforto .....	65
Tabela 4 – Estatística descritiva da dimensão “dor” .....	66
Tabela 5 – Frequência de doentes que respira melhor numa determinada posição .....	67
Tabela 6 – Frequência de doentes que sentem agravamento da falta de ar noutra posição, que não a de conforto.....	68
Tabela 7 – Frequência de feridas dos doentes inquiridos, resultantes da permanência na posição de conforto.....	71
Tabela 8 – Análise de Conteúdo das entrevistas realizadas aos doentes .....	99
Tabela 9 – Análise de conteúdo das entrevistas aos profissionais de saúde .....	109

## Capítulo 1 – Introdução

A investigação surge como uma tentativa de solução face a uma lacuna no conhecimento de determinado domínio, instigando o investigador a focar todo o processo de pesquisas em torno dessa carência epistémica, culminando na produção de novos conhecimentos científicos. A área científica da saúde reveste-se de extrema importância no desenvolvimento das profissões que abarca, uma vez que, permitindo conhecer a essência de novos fenómenos, habilita os profissionais de saúde a um progressivo aprimoramento da qualidade dos cuidados prestados. A investigação é, assim, imperiosa para o crescimento de toda a teia de profissões que asseguram a delicada estrutura hospitalar, possibilitando o fornecimento de dados para a tomada de decisões relativamente a políticas de saúde, onde se inscreve o propósito deste trabalho.

A investigação é um processo cognitivo que se desenvolve das sementes de palavras e feitos que esvoaçam nos ares da prática e uma vez caídas no peito dos profissionais, germinam ocultos, em indagações, até que, subitamente, rebenta da crosta endurecida um pequeno botão de ideias inovadoras que medra à luz do estudo da bruta natureza do vezo humano.

Ao longo da dissertação destaco alguns temas advindos do confronto de um conjunto de vivências atreitas ao cuidar de doentes em sofrimento intenso, numa fase, o final da vida, onde deveriam ser propiciados todos os meios geradores de conforto e prazer. Falo das coisas que sempre me provocaram um atrito interior, como profissional de saúde e pessoa que cuida de pessoas.

A sua elaboração surgiu de uma necessidade premente, como enfermeira num Hospital central, em iluminar as áreas marginais dos que se encontram no limiar da morte. Expor dilemas éticos que assomam a realidade hospitalar na confluência de duas áreas, eis o escopo que nos anima: dados numa Gestão específica relativa ao ambiente hospitalar, por um lado, e princípios éticos concernentes à fase terminal de vida, por outro. Estas são também dimensões presentes no meu quotidiano profissional, e que interferem de forma significativa na Arte do Cuidar no meio hospitalar. São áreas que embora intrinsecamente ligadas aos Cuidados de Saúde, se apresentam muitas vezes como dicotómicas.

Por tudo isto, o meu trabalho de investigação versará o tema: Dilemática Ética na Gestão Hospitalar: Questões prementes do fim de vida. O objetivo primário da dissertação é uma análise aprofundada entre as causas de sofrimento intenso de doentes em fim de vida, no meio hospitalar,



interligadas aos agentes de uma gestão hospitalar com os objetivos que colidem, na vertente de racionalização de custos, atreitos ao cumprimento de algumas taxas, na minimização desse sofrimento. Neste estudo, busco, em concreto, analisar os efeitos da qualidade, demandada por indicadores vigentes, de índole curativa, reverberada em resultados sujeitos a incentivos e punições financeiras, sobre a qualidade do processo do cuidar no fim de vida, que muito difere da natureza da qualidade dos indicadores curativos, conduzindo a antagonismos entre a prática profissional e os princípios dos Cuidados Paliativos. Tem ainda como missão contribuir na solução prática das problemáticas questões da gestão hospitalar que recaem sobre os doentes no término da sua vida. Neste sentido, foram inquiridos doentes e profissionais acerca das perceções da qualidade de vida, na sua fase final, de modo a identificar encontros e discrepâncias no seu entendimento. Foram, igualmente, identificados junto dos doentes, os entraves à qualidade de vida inerentes à sua hospitalização, com o desígnio de criar novos indicadores de qualidade que reflitam a qualidade dos Cuidados Paliativos.

Incorporada à dissertação, está a concretização de um projeto a realizar no hospital, em parceria com uma empresa, que tem como missão, a criação de um espaço e de uma agenda artística aos doentes, que findam a vida no Hospital, restando-lhes a arte para não morrerem da verdade. “A arte simbólica é precisamente aquela em que o espírito não conseguiu domar suficientemente uma realidade que aparece como desmesurada e informe, isto é, a ela alheia” (Choza, 2001 in Cantista, 2001, p.181).

Esta proposta de dissertação pretende delinear esse trabalho de fundo e terá como orientadora a Professora Doutora Carla Maria Freitas da Costa Freire, em coordenação com o Professor Doutor Emérito Acílio da Silva Estanqueiro Rocha, da Universidade do Minho de Braga.

A Dissertação encontra-se dividida em cinco capítulos, que seguidamente descrevo, de forma sucinta.

O primeiro capítulo constitui a presente introdução onde é apresentado o tema e o escopo da investigação, com uma breve alusão aos objetivos do estudo.

O segundo capítulo é dedicado à revisão da literatura, onde são enunciadas teorias e estudos existentes, que comportem a contextualização do trabalho e suportem a estrutura da sua investigação. A existência de estudos, nesta área é parca, nomeadamente a que questiona a apropriação dos indicadores de qualidade vigorantes no Serviço Nacional de Saúde, sobre a qualidade promulgada pela filosofia dos Cuidados Paliativos.

O terceiro capítulo reporta-se aos procedimentos metodológicos utilizados no decorrer da investigação, sendo, aqui, apresentado o problema de pesquisa e do paradigma de investigação, a caracterização da pesquisa, o método de amostragem, a população e amostra, considerações éticas e a descrição do método de recolha de dados, sendo esta última, composta de quatro fases metodológicas, a saber, questionários aos doentes, questionários aos profissionais de saúde, entrevistas aos doentes e entrevistas aos profissionais de saúde.

O quarto capítulo é destinado à análise de dados, encontrando-se, dada a natureza da pesquisa, que combina o paradigma positivista ao interpretativo, subdividido em duas partes, a análise quantitativa e a análise qualitativa. Na parte cabida à análise quantitativa encontra-se descrito o tratamento estatístico dos dados advindos da aplicação de questionários aos doentes e profissionais de saúde, bem como a discussão dos resultados alusivos às duas amostras inquiridas. Na análise qualitativa é efetuada análise de conteúdo, primeiramente às entrevistas dos doentes, sob a divisa de penetrar no seu complexo mundo e identificar obstáculos à deleitosa estadia no internamento, bem como de atividades artísticas que lhes encheria a alma de prazer, nas horas vagas. Por último, é apresentada a análise de conteúdo às entrevistas dos profissionais de saúde, com o intuito de averiguar outros dilemas éticos que assomam o seu quotidiano exercício.

O quinto capítulo apresenta as conclusões do estudo, enunciando as implicações para a prática, limitações dos estudos e sugestões para futuras pesquisas, tecendo, no fim, algumas reflexões acerca dos resultados do estudo.

Finalmente, é apresentada a referência bibliográfica utilizada na elaboração da dissertação.

## Capítulo 2 – Revisão da Literatura

Este capítulo é composto por nove divisões. Na primeira é efetuada uma contextualização à dilemática ética da tríade que permeia a dissertação: Filosofia, Gestão e Cuidados em fim de vida. Na segunda secção são abordados os designios hodiernos da Saúde, a economia e a humanização, sendo detalhados os seus elementos principais para o entendimento deste trabalho, a estrutura atual da gestão hospitalar, os indicadores de qualidade em saúde e o desafio que o seu cumprimento, exigido pelas taxas económicas, coloca à cabal qualidade promulgada pelos Cuidados Paliativos. A terceira parte trata da eficiência da gestão hospitalar e da vulnerabilidade humana, à luz da teoria de Hannah Arendt e de Sartre, especificando ainda pontos onde o confronto entre estas duas dimensões se verifica no mundo hospitalar, ou seja, nos difíceis desafios sazonais com elevada afluência de doentes e na transferência de serviço de doentes, nomeadamente os que se encontram em fase terminal, por uma eficaz gestão hospitalar das camas vagas. A quarta secção é alusiva a medidas que promovam o aprimoramento da Ética na Gestão hospitalar, com base numa gestão centrada no doente e na investigação do valor dos resultados da qualidade dos indicadores. A sexta parte faz referência à influência das valências da linguagem, sobretudo da primazia da palavra saúde, na Gestão Ética Hospitalar. Na sétima divisão são abordadas as dimensões sociais e psicológicas na construção de novos indicadores de qualidade dos Cuidados Paliativos. A oitava secção aponta para os benefícios da ética na economia. A nona divisão trata do conflito ético-político, da sua origem e da antevisão do seu fim. A décima parte aborda a imperiosidade da ciência na formulação de indicadores de qualidade e da necessidade da sua revisão à luz da equidade dos cuidados, nomeadamente, da concordante com a filosofia dos cuidados em fim de vida. Neste ponto, são abordadas estratégias que façam frente a esta problemática, o traslado paradigmático do utilitarismo para a equidade, e o acerto da gestão hospitalar com a vulnerabilidade dos doentes em fim de vida.

### 2.1 Contextualização da Dilemática Ética na Tríade: Filosofia, Gestão e Cuidados em Fim de Vida

Verifica-se, não poucas vezes, uma resistência de cariz mais simbólico que efetivo em resolver qualquer assunto que proteja como couraça a frágil pele dos doentes. Esta obstinação

advém de um enfadonho acervo de burocracias que desfalece o ânimo do mais pertinaz combatente dos direitos humanos. Para tal resignação, não só conta essa rigorosa ordenação, como os estados latentes que borbulham no subsolo do mundo, de colocar acima dos elevados valores espirituais, os baixos interesses económicos. A solução passa por desconstruir, dismantelar, fundindo o ferro dessa relutante e ancestral estrutura ao calor do sangue humano. Como refletido por Agostinho da Silva (1957), “A atitude inteligente e largamente humana não é a de aceitar dilemas, mas ou a de mostrar que são falsos ou a de se encarreirar a terceiras soluções de que o lógico se não lembrou, a não ser que lhe não fosse conveniente pô-las” (Nunes, 1986, p. 56).

Os efeitos de um tratamento organizacional que dissipa da sua voz comandada por entidades de acreditação, um mar de regras equivalentes a todos os doentes, mantem uns flutuando nas suaves águas da superfície e outros embrulhados nas correntes do fundo. Cabe a quem deposita o olhar diariamente sobre as diferentes refulgências humanas, comunicar à entidade gestora do Hospital as regras que desferem golpes nas ténues e fugazes vidas que se desfecham no seu interior, até que todas as singularidades expostas a céu aberto se esgotem na sua resolução, e o sol atinja o zênite.

No complexo mundo hospitalar, de índole humana e organizacional, é frequentemente necessário recorrer à psicologia, sociologia e filosofia, para dar respostas aos complexos desafios da gestão, nomeadamente quando estes vestem a pele humana, no sentido de moldar a retidão que a caracteriza, aos contornos das questões humanas. A única solução passa por aliar as ciências exatas às ciências humanas. Existem algumas questões que legitimam esta articulação, pois o mundo hospitalar está envolto de inúmeras questões que carecem de valiosíssimas competências humanas, que exigem o trabalho de pensar, questionar e criar. Não apenas um retoque a pincel de alguma humanidade, mas encarná-la, como substância que entulha os espaços vazios das rígidas regras, de interioridade e morosa reflexão que o acelerado e vertiginoso mundo tecnológico e científico deixam em branco.

São cada vez mais as empresas que enveredam por esta sinergia entre as ciências exatas e as humanas, não podendo ser negada a prosperidade das que apostam em doses similares de gestão económica e filosofia.

Na fase terminal de vida é de assaz importância assinalar os “Cuidados Paliativos”, um novo prisma no cuidar humano de doentes destituídos da esperança da cura, recaindo toda a essência do cuidar na minimização do sofrimento e valoração da qualidade de vida, primando a

dignidade na vulnerabilidade extrema “...tentamos neutralizar a parte sofredora e interessamo-nos à pessoa na sua globalidade, ainda viva e suscetível de emoções” (Abiven, 2001, p.106). Na atualidade permanece, contudo, um embrião teórico. Esta relutância à cabal instauração dos Cuidados Paliativos está intimamente ligada ao enaltecimento da medicina curativa, numa sociedade que prima o avanço tecnológico, descuidando a dignidade da morte.

O Hospital, local de esperança, é igualmente o lugar trágico dos que morrem longe do aconchego do lar, do conforto íntimo de familiares e amigos. É a enxerga onde os doentes depositam o silêncio da solidão na doença, que solidão é, mesmo quando a interrompem conversas de alento. Como referido por Crisp (2014, p.35), “é preciso detetar onde estão as necessidades, as carências”, reforçando a ideia que “Num hospital generalista, se não considerarmos as crianças e os serviços de maternidade, a maioria dos utentes são pessoas nas faixas etárias dos 70 ou dos 80. E do que é que esses precisam? Precisam de outras coisas como atenção, cuidados de boa vizinhança” (Crisp, 2014, p.35).

Surgem assim, alusões à implementação de um sistema que proteja os doentes das ameaças organizacionais de escopo financeiro e tecnológico, e da propensão que a elevada sofisticação tecnológica embute no interior do hospital: a cura da doença, tornando a morte um fracasso da medicina. Deste modo, a falência de todos os meios terapêuticos, que aproximam o doente do inevitável fim, compromete o cuidar do sofrimento intenso de doentes em final de vida para que continuem a viver com qualidade e dignidade. “A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças, a sofisticação dos meios utilizados, levou, de algum modo, a uma cultura de negação da morte, de triunfalismo heroico sobre a mesma, de ilusão de pleno controlo sobre a doença, relegando para segundo plano as intervenções na saúde que, longe de garantir a cura promovessem um final de vida condigno” (Neto & Barbosa, 2006 pp.17-18).

A vertente económica, que nos últimos tempos talhou de forma significativa a Gestão Hospitalar na humanização de cuidados, carece de uma escrupulosa atenção. A privatização de hospitais, pertencentes à Segurança Nacional de Saúde, levanta algumas questões de cariz ético relativos à sua gestão, nomeadamente a que debate se o Hospital, assente numa estrutura empresarial, poderá ser regido pelos objetivos intrínsecos de prosperidade e lucro, forçando a uma ética mitigada, ou a uma ética do negócio, quando a sua natureza interior se reveste do Cuidar Humano, impregnada de princípios como o respeito pela autonomia, integridade, os direitos humanos, a justiça distributiva e a equidade.

O estudo de Rego et al (2006) considera que a satisfação concomitante da ética e da eficácia económica é difícil de atingir no seu exímio rigor, pelo que apenas uma ética “atenuada” dos seus critérios permite ao gestor ter sucesso em ambas funções.

Agravando esse quadro, verifica-se o incremento de uma obsessão por medidas financeiras rigorosas, pois “O Ministério das Finanças, atavicamente focado numa Gestão meramente orçamental, vê o seu poder reforçado pelos nossos credores, e obriga a cortar despesas duma forma cega, sem qualquer perspetiva holística do sistema de saúde, nem respeito pelos resultados já alcançados pelas melhores unidades, em eficiência e qualidade.” (Correia, 2014, p. 37). Além disso, “a focagem excessiva no aumento de produção, sem contrapartida de igual preocupação com a qualidade, a adequação e a pertinência dos cuidados prestados, não é, apenas, fator de desumanização, como pode ter resultados negativos, do ponto de vista económico” (Correia, 2014, p. 37).

Toda esta amálgama de constrições financeiras e económicas, agregadas ao envelhecimento da população, ao aumento de incidência de doenças oncológicas, ao sucesso da inovação científica com acréscimo da sobrevida populacional, confirmando a “transformação de doença letal em doença crónica” (Ramos, 2015, p. 22), torna a Gestão Hospitalar um verdadeiro nó górdio, dificultando a conciliação dos valores económicos e éticos.

Misturam-se assim tópicos que confluem das nascentes das duas serras que se elevam na paisagem hospitalar: A Gestão e o Humanismo. Na planície, borbulham dilemas éticos, mistérios da moralidade, a crise económica, a igualdade na diversidade, obumbramentos da doença na gestão das vagas hospitalares, o isolamento dos doentes do Mundo, o abalroamento de sentimentos dos profissionais entre a obrigação do alcance de objetivos de indicadores de qualidade, e os valores e os princípios flamantes na fase final de vida.

## 2.2 Desígnios contemporâneos da Saúde: A Economia e a Humanização

A Gestão dos Cuidados de Saúde é um termo recente que despontou à superfície dos tempos em simultâneo com a privatização do Sistema Nacional de Saúde. Um conceito deliberadamente criado como “um remédio mais eficiente ao impetuoso crescimento dos custos em saúde” (Rimler & Morrison, 1993, pp. 494). É, no entanto, igualmente percecionado, por outros, pelo reverso da sua face como “... anátema à relação altamente prezada entre o

profissional de saúde e o doente” (Rimmler & Morrison, 1993, pp. 494). De acordo com os mesmos autores a sua definição real deverá deslizar entre esses dois extremos, isto é, entre a vertente financeira de racionalização de custos e a humanização dos cuidados.

O dilema ético basilar dos Cuidados de Saúde surge do embate entre as duas incumbências da Gestão hospitalar: a coadjuvante com a sua missão, na maximização da saúde e a qualidade de vida dos doentes, e a resultante da reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1990, onde os ganhos nos resultados passaram a ser medidos conforme as regras do negócio, em termos da sua contribuição para a economia. (Maxwell, 1994). Como consignado por Dracopolou (1998), a introdução da Gestão no SNS teve como intuito a melhoria da sua eficiência e eficácia, e dirigir o SNS segundo os cânones do negócio. Deste modo, equipara a Ética na Gestão das Unidades de Saúde à Ética no negócio. Assim sendo, a prática dos gestores hospitalares numa perspectiva de gestão empresarial, requer uma ética centrada nos interesses dos pacientes, similar ao comportamento ético indispensável à plena satisfação das expectativas e necessidades das partes interessadas. No entanto, de acordo com Vallance (1996), esta preocupação constitui apenas um meio para o seu mais acurado fim, o do negócio, e a obrigação que estes devem aos seus clientes. Não admira que, nesta ótica do negócio, os cuidados de saúde sejam medidos pelo rigor numérico de taxas indicativas de qualidade, as quais por não se moldarem aos diferentes contornos humanos, desferem golpes à sua dignidade, no “cego” cumprimento das mesmas. Pelo facto dos indicadores de qualidade se acoplarem a benefícios congratulantes do seu alcance ou coimas económicas punitivas no insucesso do mesmo, a que os gestores são, por ordens cabidas à sua função, sensíveis, e também por os seus sentidos, demasiado distantes, não alcançarem o inaudito estrépito de dor causado a cada estrita obediência fincada ao acatamento económico dos mesmos, estabelecem políticas de saúde que salvaguardam a execução de atitudes terapêuticas necessárias à obtenção dos ínfimos indicadores, ainda que não salvaguardem as verdadeiras e alagadiças necessidades dos doentes, que esbordam dos limites dos percentis.

Assim, se o propósito maior do Serviço Nacional de Saúde é providenciar os melhores cuidados de saúde, então o objetivo primário dos gestores hospitalares será o de garantir cuidados de saúde mais benéficos aos pacientes. “Beneficiar os pacientes e maximizar a saúde são, por definição, os seus objetivos últimos, ao contrário do negócio privado, cuja preocupação primária é a obtenção de lucro” (Dracopolou, 1998, p.5), devendo, contudo, ser resguardada a faceta económica inerente às suas funções. Como asseverado por Draper (1996), uma das responsabilidades dos gestores das Unidades de Saúde é o cauteloso uso dos recursos do SNS.

No entanto, considera que ao invés de serem unicamente influenciados por incentivos financeiros, deveriam ser igualmente motivados, pelo que anima os profissionais de saúde, a satisfação de cuidar dos doentes.

### 2.2.1 Elementos estruturais da Gestão Hospitalar

Rimler & Morrison (1993), reportam-se à Gestão em Saúde como uma abordagem coordenada e sintonizada designada ao planeamento, financiamento e prestação de Cuidados de Saúde, que equipondera os custos e a utilização de recursos, com vista a cuidados de alta qualidade. Mencionam, ainda, a existência dos seguintes elementos essenciais à estruturação da Gestão em Saúde: a revisão e intervenção na tomada de decisões relativas aos serviços de saúde providenciados no sentido de reduzir custos desnecessários; cuidados de saúde com qualidade, e um nível de cuidados apropriados à condição clínica do doente, atestando a eficácia bem como a continuidade de cuidados para o restabelecimento das suas capacidades funcionais. Outro aspeto, relatado pelos mesmos autores, pilar da estrutura da Gestão de Unidades de Saúde, assunto que irá ser relevado adiante, são “programas formais que asseguram o progresso da qualidade e a sua inspeção, e os incentivos financeiros significantes, para que todos os membros utilizem os procedimentos planeados” (Rimler & Morrison, 1993, pp. 494). Programas que permitam avaliar os resultados e a adequação dos indicadores de qualidade, bem como do efeito coercivo das suas taxas económicas sobre os distintos cuidados na área da Saúde.

### 2.2.2 Indicadores de Qualidade em Saúde

A conceção de avaliação do desempenho remonta ao tempo da “revolução científica em que a matemática serviria de respaldo às experiências e à validação dos processos operacionais” (Da Cunha & Corrêa, 2013, p. 487), ideias que, posteriormente, influenciaram os administradores, nomeadamente “os clássicos Taylor e Fayol, que se apoiavam na medição de tempos e cálculos de posicionamento para a busca da melhor produtividade das atividades operacionais” (Da Cunha & Corrêa, 2013, p. 487). O estudo sobre a “monitorização e avaliação de desempenho e eficiência das organizações teve uma evolução significativa, principalmente, nas duas últimas décadas do



séc. XX” (Da Cunha & Corrêa,2013, pp. 486). Apesar de se ter verificado um incremento de estudos nos anos subsequentes, remanescem ainda lacunas, por se tratar de uma área emergente. “Diante dessa necessidade, um dos sectores que merece uma atenção especial é o das organizações de saúde” (Da Cunha & Corrêa,2013, pp. 486). Os mesmos autores realçam a necessidade em estabelecer métodos de avaliação da eficiência e da qualidade, atendendo às especificidades das diferentes Unidades de Saúde, de modo a evitar a arbitrariedade da qualidade dos cuidados.

Na visão de Crisp (2014), “Se eu tivesse que dar um conselho a um jovem gestor hospitalar em Portugal, dir-lhe-ia: assegure-se que compreende as questões de natureza clínica, assegure-se que compreende o que os doentes desejam, passe algum tempo com eles, oiça as suas opiniões; passe também algum tempo junto dos médicos e dos enfermeiros” (Crisp, 2014, pág. 32). O autor defende ainda que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde passa por “congregar as pequenas mudanças para gerar a grande mudança e tornar a mudança sistemática” (Crisp, 2014, pág. 33).

Reforçando o pensamento anterior, destaca como pontos essenciais de uma reforma do Serviço Nacional de Saúde: “dar mais empowerment aos doentes, deixá-los tomar conta de coisas que lhes dizem respeito...e há uma quarta – é a Qualidade” (Crisp, 2014,p.33). É justamente da união destas duas áreas que surge o casamento perfeito duma renovada gestão hospitalar, pois o entendimento da gestão hospitalar depende da visão de vários agentes. Uma ideia suportada pela teoria dos stakeholders no que concerne à partilha de informação entre os diversos stakeholders: gestores, clientes, colaboradores, governo... pois “o papel dos administradores, bem como a sua percepção acerca da importância, dos atributos e da legitimidade dos interesses dos stakeholders, constituem a dimensão descritiva e empírica da teoria” (Campos, 2006, p.114).

### 2.2.3 O cumprimento de Indicadores de Qualidade em Saúde, sob o esteio económico: um desafio à Qualidade de Cuidados de doentes em fim de vida

Os incentivos económicos, associados ao alcance dos indicadores de qualidade, podem incorrer no seu efeito contraditório e constituírem-se como desincentivos, não concretamente aos indicadores, mas à sua soberana regente, a qualidade. Isto, no caso de não se verificar um ajustamento milimétrico entre a potência metafísica dos doentes, das suas ânsias e vontades, e o domínio dos cuidados, que contornando o liminar da agonia, palavra que apenas lhe conhecemos as letras e o som, não o seu eco martirizante na carne humana, façam convergir todos os raios luminosos da razão, na berma da sua faixa, largando todo o interior à incomensurável escuridão do tormento.

De acordo com Petersen, Woodard, Urech, Daw, Sookanan (2006), o Instituto de Medicina dos Estados Unidos descobriu que os incentivos económicos aliados a certas situações clínicas podem constituir um fator obstrutivo à qualidade. Múltiplas organizações de saúde têm em consideração este pressuposto quando delineiam programas de melhoria da qualidade (Peterson et al, 2006). No entanto, de acordo com os mesmos autores, existe uma lacuna na avaliação sistemática da eficiência, que alia incentivos económicos à suprema qualidade dos cuidados de saúde, resultando em questões fundamentais sobre a sua obtenção. A análise do trabalho dos autores teve como propósito determinar a solidez deste constructo de ideias, assente na crença que os incentivos económicos constituem o combustível à qualidade da prestação de cuidados de saúde. Para tal, realizaram estudos empíricos tendo concluído que ocorre uma reposta aos incentivos financeiros, mas não necessariamente ao objetivo dos mesmos, ou seja a prestação de cuidados dos profissionais é influenciada pela coação dos incentivos ou coimas económicas adstritas aos cuidados, mas não necessariamente à respectiva qualidade. Por outro lado, Peterson, et al. (2006), conclui que as avaliações do processo do cuidar, são mais sensíveis às diferenças da qualidade do que as cabidas aos resultados, uma vez que maus resultados não advêm necessariamente de uma má qualidade de cuidados. Ao longo do meu trabalho, pretendo destrinçar se o problema colocado no estudo de Peterson et al. (2006), relativamente ao facto dos incentivos financeiros poderem constituir um obstáculo à qualidade, não resultará antes, dum desajuste entre os indicadores de qualidade dos cuidados de saúde (mormente curativos), adjuntos a incentivos e coimas económicas aferidos por taxas, e a finalidade desses cuidados, díspares nos dois grandes grupos de doentes, os de carácter curativo e os de índole paliativo.

Enquanto os resultados em saúde não poderão ser obtidos recorrendo à experiência do doente, dada a assimetria de informação que detém, comparativamente ao pessoal clínico, no que toca à sua condição clínica, à terapêutica demandada e aos resultados em saúde esperados, o mesmo não acontece no que diz respeito à sua vivência hospitalar, no que alude à dor, e ao sofrimento não atenuado por certas políticas hospitalares. No que diz respeito a estas questões, a perspectiva do doente é útil na compreensão da finalidade dos seus cuidados e subsequente qualidade.

### 2.3 A Eficiência e a Vulnerabilidade

Apesar duma questão intemporal e universal, existem particularidades contemporâneas na relação entre a Ética e a Economia na Saúde, que merecem reflexões no sentido de solucionar os problemas emergentes que pingam sobre a humanidade.

A equidade, uma questão ética que abala fortemente o solo da Gestão hospitalar, abre fendas por onde escorregam filamentos de vidas, do grande caudal da humanidade. Os gestores económicos, orbitando a largas léguas do núcleo magno, onde fervem bolhas de dilemas que rebentam, conforme rebentam angústias no peito dos que as abrigam, não sentem os seus respingos ardentes.

Culyer (2001) assegura que a maioria dos gestores económicos formulam políticas de acordo com o trépido objetivo do princípio do utilitarismo, o de atingir o melhor patamar de custo-benefício. Revela, no entanto, que emerge, nos tempos que correm, um grupo de gestores que guardam a sua conduta profissional ao abrigo de uma abordagem distinta, assente na maximização do bem social. Ao contrário do objetivo utilitário, são mais empíricos, baseando-se na evidência para traçar objetivos de maximização de ganhos em saúde. Contudo, o desígnio de maximização da saúde levanta uma série de questões que faça jus ao seu cabal alcance: Quais os diferentes aspetos do funcionamento do ser humano que deveriam ser tidos em conta? Como deverão ser escalados nesse grande matiz de “melhor” a “pior”?

Todas estas décadas passadas, e ainda não basta o conhecimento e a experiência para fazer face aos confrontos entre a eficiência da Gestão e a vulnerabilidade de que padecem os que habitam no duro mundo hospitalar. Ainda não é possível avistar, atrás da elevada encosta onde se encavalitam as montanhas da Ética e da Gestão, os vales onde serenamente convivem os seus

princípios e fins, o furo artesiano de onde afluem pacificamente os desejos de sumo valor dos doentes e os desideratos de uma Gestão profícua.

Tem sido feito contas miúdas acerca de quem deveria ter maior peso na última decisão, quanto aos procedimentos clínicos, mas não quanto aos regulamentos da Gestão que incorrem na vida dos doentes, e que sendo por eles que a Gestão existe, não poderá ser desenvolvida com exímio rigor, sem eles.

As atuais regras servem as carências gerais dos doentes e os seus valores mais alargados, mediante a faculdade da lógica dedutiva. No entanto, a um nível mais específico, a interação entre os pontos de fratura, isto é, a determinação das políticas de saúde para aglomeração das ilhas isoladas da dor dos doentes e o grande rochedo do custo-eficiência, parece roçar uma ética analítico-empírica, para evitar o abalroamento dos afloramentos humanos por regras da Gestão Hospitalar, baseadas em incentivos lucrativos e conhecimentos científicos. Este novo modelo de Gestão seria sucessor do atual protótipo regulador da tomada de decisões clínicas, centrado no doente, antitético ao obsoleto modelo paternalista, o qual competia cabalmente aos cientistas e profissionais de saúde, sendo antes permeado da vontade uníssona dos doentes, em decisões que por respeitar aos próprios, os inclui. “a níveis mais específicos, a interação entre aqueles, sobre os quais se tomam decisões, e os detentores de conhecimento técnico, deveria determinar os valores requeridos para um determinado propósito... Tal, parece sinalizar uma nova era que poderia ser definida como “ética empírica”. Não se trata de “ética aplicada” no seu sentido habitual, mas o estudo da quantificação de tipos particulares de valores éticos. Os economistas tiveram um papel preponderante na inauguração desta nova era – e na definição de assuntos que a ética empírica endereça de uma forma útil” (Culyer, 2001, p.219).

Culyer (2001) relata o estabelecimento do “citizens council”, uma medida tomada pelo Reino Unido, no sentido de fazer frente às regras autoritárias das entidades que se encontram distantes do seio onde germinam os problemas éticos da Gestão, substituindo-as pelo testemunho representativo de uma amostra da população que os vivencia. De acordo com Culyer (2001), existem confrontos inevitáveis entre a eficiência e a justiça distributiva. Uma justiça que encontra as suas raízes na vulnerabilidade extrema de todos os doentes no término da sua vida, por toda a dor que esta fase lhes inflige. Assim, de modo a ir ao encontro do mais delgado filamento da raiz do problema da equidade, a vulnerabilidade, é premente desenterrar da alma dos doentes os seus medos e anseios mais ocultos, preenchendo a fundura das fendas do solo da gestão, da terra mais fértil à germinação robusta do seu caule, a equidade.

Coloca-se aqui a maior questão problemática na fusão dos objetivos da Gestão e do Humanismo: o princípio do utilitarismo económico e a dignidade humana, a neutralidade do custo-benefício, que percepciona o ser humano a um assunto racional, e a singularidade humana das ligações sentimentais com os demais.

Nesta sucessão, surge a imperiosidade de um método sistemático de avaliação dos efeitos das políticas de Gestão Hospitalar nos doentes.

### 2.3.1 Estudo analítico-experimental da Gestão Hospitalar à Luz da Ética

Todas as novas decisões tomadas no âmbito da Gestão devem ser vistas na sua forma embrionária, sujeitas à evolução de estudos experimentais e depoimentos de profissionais de saúde, em contacto direto com o magma do hospital, os doentes, onde fervilham dilemas éticos ao lume faiscado pelo atrito entre as duas pedras basilares da Gestão Hospitalar: a eficiência e a vulnerabilidade humana. É, assim, imperioso divisar junto das camadas mais profundas do subsolo da Gestão Hospitalar, doentes, familiares e profissionais de saúde, as necessidades e valores emergentes da sua vivência no interior do mundo hospitalar, de uma forma sistemática. Por outro lado, é de insofismável urgência trazer os processos de deliberação de políticas, outrora proventos e mantidos à escuridão de decisões alojadas nos confins de uma razão individualizada, à luz da transparência, através do diálogo com as partes interessadas, doentes e profissionais de saúde, bem como pela divulgação dos pensamentos que concluíram os mesmos.

Maynard (2001) endereça duras críticas à realidade hospitalar, abundante tanto de princípios éticos implícitos como de resultados práticos arbitrários, por carecerem de uma abordagem sistemática dos mesmos, ou seja por ausência de claridade nos objetivos e de um método analítico para a sua obtenção. É necessário transformar as palavras enredadas, numa linguagem inteligível, como o desanuviar dos ares nebulosos numa atmosfera frescal e límpida, onde se pise com nitidez o solo ético da Gestão.

Dowie (2014) considera que, por meio de uma visão analítica, é possível tornar os “pontos fracos” da Ética, em “pontos fortes” da Gestão, e deste modo enrobustecer a Gestão Ética Hospitalar. Para colmatar tal efeito, é premente, segundo o mesmo autor, desenvolver uma abordagem instrumentalista que suture as duas bainhas dos Cuidados de Saúde na fase terminal, o florescimento humano e a eficiência dos meios na aceção do custo-benefício, que sirvam esse fim ético. Contudo, Williams (2006) rejeita a objetivação e quantificação das questões éticas na

Gestão, contrariando a abordagem de análise pura promulgada por Dowie (2014), uma vez que carece da sensibilidade imprescindível à “infinita variedade da experiência humana”. Williams (2006) refere que os assuntos relativos à Ética, raramente são binários, isto é, domínios exclusivos do mundo “preto e branco”, assumindo, pelo contrário uma ampla gradação de cores. Nos contornos da Gestão Ética, não podemos afirmar que um assunto seja simplesmente “relevante” ou “irrelevante”, mas o resultado aferido de métodos experimentais que sejam nada mais que um grande espelho, com o único fim que nele reverberem as singularidades humanas, e não apenas as imagens majoritárias. Uma visão que seja como uma balança onde, colocados os diferentes pesos de cada situação, nos pratos da eficiência e da equidade, o fim penda para o lado mais avultado.

No sentido de complementar estas duas visões, devem ser efetuados esforços para divisar um método que alie a visão analítica à experimental, a economia da saúde à vulnerabilidade humana, e que possibilite descortinar soluções aos dilemas éticos que assomam a Gestão Hospitalar, nomeadamente as acicatadas pela esgrima da eficiência e da equidade. É neste contexto que se incorpora o desenvolvimento de estudos de investigação experimental e analítica dos diversos procedimentos da Gestão Hospitalar à luz da Ética. Estas problemáticas, não se inserindo nos contornos da superficial objetividade, carecem de um olhar que escave aos confins da razão e da sensibilidade, até onde se encontrem estes, dois braços do mesmo corpo, de mãos apertadas.

### 2.3.2 O estrangulamento dos mais vulneráveis: Um encontro de Teorias

#### 2.3.2.1 A vulnerabilidade de um povo: Hannah Arendt

Há um estrangulamento, que sempre atinge os mais vulneráveis, como se as forças da Natureza e da Gestão fossem barras de ferro, prensando a massa mais mole, a humanidade na sua forma mais vulnerável.

Arán & Júnior (2007) defendem que a “ definição de vulnerabilidade diz respeito tanto a um grupo de pessoas momentaneamente incapazes de exercer a sua liberdade por uma contingência física, ou por consequências “naturais” do percurso da vida, quanto a um outro grupo que também se mostra incapaz, mas por consequências ‘sociais’ e ‘políticas’...”, salientando

como característica fulcral deste segundo grupo a “indefinição do estatuto de sua cidadania” (Arán & Júnior, 2007, p.2). Uma visão que remonta à teoria de Hannah Arendt.

O Hospital é um mundo geográfico, onde as especialidades abrem fissuras, onde muitos encontravam o seu chão. Escorregam nos declives dos corredores caindo em serviços não designados, como terras de ninguém, onde poisam o corpo nómada, que vagueando nos ímpetos da doença, parte do serviço nativo, feito a doença do seu órgão congénito. Errante, a doença viaja pelo corpo, torna-se de todo ele, como o espírito de todo o mundo e o corpo de todo o hospital. Na viagem, que os abandona, saem de si mesmos, seguindo o rasto de saudade que ficou para trás. As massas rochosas de dentro, num súbito abalo de rodas, precipitam-se existência abaixo, derrubando-se nas tumultuosas agitações da cama, que rola, a pique, pelos socalcos do Hospital. A queda sacode os últimos fragmentos de honra, das algibeiras do interior, até que apenas o vazio, imenso, a deixar-se ocupar pelo único que sobra, o ar frio.

De tão leves se tornarem, ascendem a um mundo permeado das mais belas e puras coisas da vida, não entendido pela grotesca consciência dos que arroupados de trajes pesados de enfeites fazem luzir o ego. Vivem como habitantes dum Mundo sem nação, fronteiras... porque navegam, como intrusos a vogarem ao de leve pela Terra. Sem regras, costumes, leis, tiranias, deitam ao chão as duras vestes, que como tecido encardido, já não se molda aos suaves contornos de um corpo, revestido por uma pele nova, da maciez que recobre a tenra carne de um recém-nascido que apenas encontra conforto nas mais simples malhas de algodão.

Como um povo sem poiso terrestre, porque do inteiro mundo se sente, e ao jugo de leis de um mundo material, objetivado, que fere no cego cumprimento dos seus propósitos, a alma mais indefesa e vulnerável até ao seu mais profundo desvão, aparenta-se, nesse único ponto, ao desabrigado povo judeu, que a história cruelmente usou no mais hediondo desastre humanitário, partilhando algumas semelhanças com esta população que vive na fina esteira deste Mundo. Como promulgado por Arendt (2008), “Dois factos reais foram decisivos para a formação dos conceitos erróneos e fatídicos que ainda permeiam as versões populares da história judaica: 1. Em parte nenhuma e em tempo nenhum depois da destruição do Templo de Jerusalém (no ano 70) os judeus possuíram território próprio e Estado próprio; 2. A sua existência física dependeu sempre da proteção de autoridades não judaicas... Isto não significa que os judeus nunca tiveram força, mas a verdade é que, em qualquer disputa violenta, não importa por que motivos, os judeus eram não apenas vulneráveis mas também indefesos” (Arendt, 2008, p. XVI). Assim, também no mundo hospitalar, embaciado pelo cansaço, no meio da poeira da luta violenta contra um estado

de urgência, alvoroçado pela grande afluência de doentes ao hospital, a correria de pernas e pensamentos não se detêm no cuidado que esse delicado cuidar requer. São embrutecidos os finos sentidos dos profissionais às determinações económicas, à gestão mais eficiente e módica segundo os ditames da economia, pisando as carnes frágeis, esboroando os ossos, derretendo as almas ao abrasivo sofrimento, que se diluem nas elevadas temperaturas do tormento, para depois se moldarem aos gélicos contornos de regras do mundo hospitalar.

Tal como no anti-semitismo, que radica na exclusão de uma parte, considerar estes doentes, de uma natureza interior diferente, como uma população à parte, e segregá-los em serviços “próprios”, servindo não as necessidades especiais dos doentes, mas sim da gestão administrativa, pode obnubilar o humanismo no tratamento diferencial que realmente estes doentes necessitam.

Com a perda da identidade no mundo hospitalar se reforça a analogia ao povo judeu. “No auge do seu desenvolvimento no século XIX, o Estado-nação concedeu aos habitantes judeus a igualdade de direitos. Esconde contradições profundas e fatais a evidente incoerência do facto de os judeus receberem a cidadania dos governos que, no decorrer dos séculos, haviam feito da nacionalidade um pré-requisito da cidadania e da homogeneidade de população a principal característica da estrutura política” (Arendt, 2008, p. 13).

Também na sociedade atual se reforça a assimilação de uma identidade fundamentada no estatuto, poder, ego, aparência, escamoteando a ideologia de pertença dos que nus se encontram desse vestal. É urgente uma visão do mundo emancipada em igualdade não dos corpos, mas das almas que os habitam. Uma transcendência no olhar da humanidade, que derrube relevos de supremacias em fardas e estatutos e alise vales de inferioridade nos leitos adoecidos.

Tal como “os judeus eram definidos pelo sistema político” (Arendt, 2008, pág. 17), os doentes o são pelo sistema político que permeia a saúde, palavra que já antagoniza a condição dos que não mais gozarão dela, sendo de raiz excluídos na mensagem subliminar da hegemonia que essa palavra encerra no mundo hospitalar. “Como, porém, esse sistema político carecia de base assente numa realidade social, eles situavam-se, socialmente falando, no vácuo” (Arendt, 2008, p. 17), também estes doentes se situam num vácuo muito mais que social, o existencial. Postos ao jugo das leis do poder económico, são despojados da sua vontade, dignidade, humanismo para se transformarem em meros números.



### 2.3.2.2 Sartre e a Vulnerabilidade da Ética

As técnicas de Gestão por meio de indicadores de qualidade ou exigências cabidas à função destinadas a aumentar a força econômica, incorporam uma dura disciplina que se faz sentir sobretudo nos mais vulneráveis. A Ética, um embrião legislador, envolve estas vidas de filigrana em algodões de pensamentos, amparando-as na sua branda textura, da brutalidade dos dias. No entanto, essas almofadas de algodão são facilmente esmagadas pelas implacáveis determinações políticas e econômicas, únicas detentoras do poder, representando a concretização última da economia sobre o humanismo.

Todas as entidades protetoras da Ética, não se encontrando assentes no peso da pedra política e econômica, projetam a realidade defendida por Sartre (1976), onde apenas os vencedores da força política poderão estabelecer “tribunais”, e todos serão julgados conforme a força, não da lei nem da moral, mas da sempre triunfante “legalidade econômica”. “Sartre pretendia delimitar uma fundamentação metafísica para a atitude moral de intervir em política; uma ação de assaz importância na conclusão de *O Ser e o Nada*” (Rodriguez, 1987, p. 24). Nesta obra, Sartre (1976), reconhece que “ a ontologia não se pode formular de prescrições morais. Ocupa-se unicamente daquilo que é, e não é possível extrair imperativos dos seus indicativos” (Sartre, 1976, p. 757).

Assim, perduram os efeitos de uma legislação deturpada por interesses estratégicos da sociedade capitalista. Todos os que se dedicam ao manto acalentador da humanidade, a Ética, são destituídos de qualquer força ou poder para sancionar as atitudes que a mancham. Têm, contudo, o direito de lançar o vendaval de detritos que jorram do atrito entre a consciência ética e as práticas do exercício de um trabalho que os alienou a vestir a carcaça de um mostrengo com portinholas para o espaço hospedeiro dos interesses exteriores, que, não sendo seus, raspam a sua interioridade, protetora das leis universais.

Há, deste modo, os profissionais de saúde dotados dessa sensibilidade que se veem confrontados diariamente com o dilema ético entre a autonomia e conforto do doente, e a punição econômica do não atingimento do indicador de qualidade que o demanda. Contudo, ao incidir somente no segundo mando orientador, podem deslizar para um facilitismo e um totalitarismo nas suas atitudes, não reconhecendo os limites à sua autoridade, onde os doentes não participam na tomada de decisão de aspetos básicos da sua vida, coagindo o seu livre-arbítrio segundo um esquema de valores e indicadores, orientador da maioria dos aspetos de vida dos doentes internados, no atual Serviço Nacional de Saúde.

### 2.3.3 Gestão Hospitalar: desafios sazonais

Há uma sazonalidade do internamento que agrava a capacidade da Gestão hospitalar se balizar nos delicados contornos da Ética, sendo invadido por enchentes como as ruas das fortes chuvas, no rigoroso Inverno. Quando o Outono vai já adiantado, sentem-se algumas bâtegas de doentes, o prelúdio de uma orquestra de tubas de agonia, percussão de murmúrios, um burburinho de azáfama, silvos de máquinas que troam no céu do Hospital. Num meio caótico, o sistema organizacional é confrontado com as maiores pressões e desafios do ano, e só um prodigioso milagre para que o céu se escampe das negras nuvens que obnubilam a Gestão Hospitalar, do zeloso cuidado com que deve operar, na fase terminal de vida.

Nestas épocas, a Gestão Hospitalar é alvo de severos juízos, dadas as evidências que transbordam dos corredores de urgência, amotinados de longas horas de espera, abalroados por uma enchente de doentes que o Inverno sempre trama. No entanto, um bom sentido de justiça não afunilará o seu olhar sobre “a válvula de escape” do Sistema de Saúde, o hospital, sem reconhecer os seus atenuantes, em pleno embuste Invernal. Ao longo das intempestivas épocas, a chuva transforma a terra firme em remota lembrança, engolindo-a de pronto num mar carregado de violentas ondas, largando a visão do Hospital como de um portentoso navio, firmemente ancorado, a um barco subitamente apartado do cais, numa longínqua travessia feroz, que o apequena na imensidão desse mar numa delgada “tábua de salvação”, onde embarcam toneladas de peso da humanidade doente. Tal deve-se ao precário sistema organizacional de saúde, forçando o Hospital, numa autêntica inundação de doentes, a criar “serviços-contentores” onde os possam albergar nos largos meses de Inverno. Entalado entre a “espada” da falha dos Cuidados de Saúde Primários, que “...não dão resposta adequada ao atendimento das situações agudas não urgentes/ emergentes, levando a um encaminhamento inadequado dos utentes para os SU”, e a “parede” barreiral da Rede de Cuidados Continuados e Paliativos que tendo “...como missão a continuação de cuidados, conforme as regras estabelecidas...”, escoam a maciça entrada de doentes na diminuta saída de um funil, por todo um processo “... difícil, lento, moroso levando a uma demora média muito alta na referenciação dos utentes, implicando uma barreira relevante para a disponibilidade de camas nos internamentos hospitalares de agudos” (Próspero, 2016, pp. 11 - 12).

Para agravar as já mencionadas causadoras da calamitosa situação invernososa, “Os utentes por falta de campanhas de sensibilização/pedagogia recorrem indevidamente ao SU por situações clínicas do âmbito dos Cuidados de Saúde Primários...” (Próspero, 2016, pág. 12).

Um pensamento suportado por Crisp (2014), segundo o qual o primeiro passo da reforma do sistema Nacional de Saúde seria “reforçar a componente local e comunitária dos serviços, isto é, reforçar os cuidados primários” (Crisp, 2014, pág. 33), aludindo igualmente à instrução dos doentes, acreditando haver “um potencial de trabalho vastíssimo para a saúde na área da educação...” (Crisp, 2014, pág. 30).

Todo este cenário é agravado pela teia kafkiana de burocracias supérfluas que enredam a gestão hospitalar numa trama de trilhos inúteis, de transferências de doentes de serviço em serviço, encaixando-os nas respetivas especialidades, retratando os que aí já não cabem, pela extensão da doença, a “serviços-contentores”, onde aguardam a transferência para a rede de Cuidados Paliativos ou Rede de Cuidados Continuados, com o correspondente malgastar de recursos humanos.

Dados da OCDE, confirmados recentemente pelo INE, revelam uma diminuição significativa da taxa de ocupação de camas de internamento hospitalar por doentes oncológicos. Apesar de se tratar de uma “tendência desejável que se justifica essencialmente por duas razões: a inovação tecnológica que permite a ambulatorização dos cuidados e a criação e desenvolvimento da rede nacional de cuidados continuados integrados que cria uma alternativa ao internamento hospitalar, inexistente até 2006”, o que acontece na atual realidade é que “ Nos anos mais recentes a redução de camas foi determinada por objetivos de contenção de despesa (o memorando da troika impunha redução da despesa hospitalar) não tendo sido acompanhada pelo normal crescimento da oferta em cuidados continuados, o que pode ter gerado estrangulamentos” (Ramos, 2015, pág. 25).

#### 2.3.4 Transferência de Serviço, uma mudança de paradigma centrada no doente mais vulnerável

Importa uma organização, não em total prol das especialidades, mas dos doentes, para que não se criem nos soalhos dos serviços buracos de humanidade por onde descaem os mais frágeis, sem força para se sustentarem nos escarpados beirais, por onde, tombando de andar em andar, esfacelando pedaços da alma, chegam ao último num indecifrável farrapo do outrora belo pano que lhes cobria a identidade. Nessa queda da existência, vai-lhes sendo delapidada as vestes da sua personalidade que lhes conferia solene dignidade. Tudo isto porque, extinto o motivo essencial, o órgão primário que motivou o seu internamento no serviço especializado, tombam de calha em calha, até ao subsolo do seu mundo, abaixo dos destroços humanos, dos sentimentos desfeitos e lá jazem até o seu último dia, no silêncio da solidão que só o próprio ouve. Em vez desta corrente de Gestão, que vai em contramão ao suave curso das águas da humanidade, criar um fluxo organizacional que se faça no mesmo sentido do fluxo do doente, caminhos sulcados no mar da Gestão saídos de redemoinhos que se processam em torno do doente. “ É possível repensarmos todo o internamento hospitalar não em função das especialidades, de determinados critérios que são pré-definidos por cima e por alguém, mas em função do doente” (Ferreira, 2016, p.24-25).

São estes “os processos de gestão centrados exatamente naquilo que é o fluxo do doente, o processo do doente desde que entra até que sai. Esses processos de gestão implicam que nenhum serviço ou especialidade se deve centrar em si mesmo, mas no doente. Significa que um hospital não deve ser constituído por um conjunto de quintas que estão dispostas em justaposição, paralelas, umas em cima das outras num edifício de vários andares, mas, bem pelo contrário, deve ter as portas abertas no sentido de levar o conhecimento e a tecnologia ao serviço do doente; e isso não significa ou justifica que o doente tenha de estar atrás de uma porta fechada (que é da especialidade A ou da especialidade B), significa que o doente tem de estar no local mais adequado para poder estar o mais confortável possível, o mais integrado e sentir-se o mais próximo do seu lugar, e é o conhecimento, as especialidades que vão ao doente, sempre respeitando naturalmente que há questões de ordem técnica que obrigam a que haja algumas áreas específicas – cuidados intensivos, etc” (Ferreira, 2016, p. 32).

Tal acontece quando o doente, deixando de ser alvo da especialidade onde se encontra internado por progressão da doença, como no caso dos doentes neoplásicos que, tendo o seu corpo invadido do tumor primário para outros órgãos, são transferidos do objetivo curativo para o paliativo. Nestes casos, enquanto aguardam a morosa transferência para os cuidados paliativos,

muitas vezes intercetada pela própria morte, são exilados do seu já doce poiso, após semanas ou meses de internamento no serviço que os acolheu, para outro que não detenha o título de internamento de agudos, por vezes nos últimos escassos dias de vida, onde a mudança acarreta uma sobreposição de sofrimento e angústias de quem é retirado da sua zona de conforto, do calor humano do contacto direto das mãos de profissionais que já se tornaram o seu núcleo, como aquele que lá fora designam por família. Uma mudança atroz que os submerge no isolamento, num vozear interno de tubas gritantes. Uma passagem a outro mundo, que, ao invés de ser atenuada por calorosas pontes de afeto, que só a comunhão de longos dias permite, é feita no mais gélido e contundente tempo, num caminho arduo e solitário. “Do meu ponto de vista, o isolamento é uma doença real” (Crisp, 2014, p.35).

#### 2.4 O aprimoramento da Ética na Gestão Hospitalar

Em 1997, a “American Hospital Association” desenvolveu uma iniciativa designada por “Ética Organizacional”, que consistia num projeto educacional piloto que almejava fomentar o desenvolvimento da ética em todos os membros da instituição, considerando que, como líderes de uma organização de saúde, seria crucial estabelecer firmes linhas orientadoras da ética na Gestão, não a regalando ao alvedrio do senso comum (Spencer, Mills, Rorty, Werhane, 2000). Dada a vulnerabilidade dos que habitam o mundo hospitalar, sob o teto da Ética, não poderá nunca esta ser julgada como dado adquirido.

Os autenticos criadores das sucessivas e renovadas políticas éticas serão sempre os profissionais de saúde, pois os dilemas éticos roçam diretamente nos seus corações, do fino e direto tato diário das ulceradas vidas. “Em última análise, a eficácia de uma iniciativa ética organizacional está inexoravelmente associada às decisões e comportamentos observáveis e concretos dos profissionais da instituição de saúde” (Spencer et al, 2000, p.8). É no seu testemunho que as imperfeições mais remotas da Gestão se deslindam, como um espelho que reflete um mundo inteiro de pesar e abandono dos que somente têm uma ninharia de dias à sua frente. “A ética profissional tradicional está baseada no ideal de que um profissional de saúde deveria ser sempre o advogado do paciente e atuar de acordo com o seu melhor interesse” (Spencer et al, 2000, p.13).

Desde 1990, com a empresarialização das Instituições de Saúde, que os cuidados de saúde se tornaram uma arena onde se trava uma dura batalha entre o supremo sentido dos

profissionais de saúde, o alcance abrangente dos Princípios Universais dos que cuidam e os limites dos objetivos do negócio, de eficiência, do custo-benefício e da produtividade. “Uma vez que muitos dos que trabalham no ramo da saúde, subitamente se viram obrigados a desempenhar papéis duais, como profissionais de saúde e como funcionários de uma empresa, abundam desde aí os choques entre as incumbências financeiras e as responsabilidades profissionais” (Spencer et al, 2000, p.15).

No fim de tudo, deseja-se uma vitoriosa aliança das duas partes, da Ética clínica e organizacional, como mãos contrárias do mesmo corpo, que se entrelaçam ocupando, numa perfeita conjunção, as fendas que se abrem entre os seus dedos, e que apoiando-se nos vales que separam os seus desfiladeiros, não mais tremerão na solitária sustentação.

Ao longo do trabalho será desemaranhado o cordel da montanha de valores, da ponta extrema da singularidade ética, do seu escrutínio a nível individual, ao deslinde das políticas organizacionais que no sopé cristalizam a verdade numa fase de transição, e que por isso se apresenta ainda em gérmen. Um trabalho, sobre a verdade, sem solução de continuidade perceptível, a realizar até divisar a sua forma madura e universal.

Um longo trabalho que pretende afundar a macroética hospitalar, composta de políticas organizacionais aos recantos mais remotos da microética, onde não chega a luz, provocando uma metamorfose organizacional, como crisálida que rompe do casulo, adejando o mundo hospitalar nos mais recônditos lugares, com renovadas funções e cores.

Aquilo que hoje cremos ser uma universal verdade pode, por efeitos do tempo na ciência ou no entendimento, tornar-se um erro de juízo, como se por uma suspensão dos movimentos de rotação e translação da Terra permanecesse numa zona de penumbra, onde ainda não chegou a luz da faculdade, porque ninguém se lembrou. Até que alguém, descalçando-se das suas botas, decide pisar essa terra não cultivada e brava e, com a devida cautela de examinador, se arranha ao de leve nos silvados, os mesmos que arremetem numa alvorçada fustigação os que são pousados a nu, nesse inicial mundo que logo findará, ao cabo duma cruel jornada.

#### 2.4.1 Uma Gestão centrada no doente

No decorrer do tempo, com os novos avanços tecnológicos, verificou-se um afastamento entre profissionais de saúde e gestores hospitalares. Barry & Edgman-Levitan (2012) rememoram que em 1988, o atualmente designado “Picker Institute”, cunhou o termo “cuidados centrados no paciente” no sentido de atrair a atenção coletiva dos profissionais de saúde para a necessidade de um câmbio da cultura hospitalar, focada essencialmente na doença, de volta ao doente e à família. Facto trazido também à superfície dos tempos, por Correia (2014), recordando que o “Picker Institute” conduziu, ao longo de vários anos, um projeto de investigação com pacientes e respetivas famílias, tendo, ao longo do mesmo, considerado “8 dimensões fundamentais numa abordagem centrada no utilizador/ doente: rapidez no acesso aos cuidados de saúde; garantia de cuidados de qualidade; participação nas decisões e respeito pelas suas preferências; informação clara, compreensível e apoio à autonomia; amenidades; apoio emocional, empatia e respeito; envolvimento de familiares e cuidadores; e continuidade de cuidados” (Correia, 2014, p. 37).

Reafirmando esta conceção, Epstein, Fiscella, Lesser & Stange (2010) afiançam que o prisma dos Cuidados de Saúde centrado no doente é determinante da qualidade da relação entre os doentes e o corpo clínico. Recalam factos da evidência que demonstram que uma visão centrada no doente melhora os resultados em saúde e qualidade de vida dos pacientes, sendo crucial para fazer frente às disparidades socioeconómicas que assomam os Cuidados de Saúde e respetivos resultados.

A Institute of Medicine (2001) Quality Chasm enunciou a seguinte definição de “cuidados centrados no doente”: “Um cuidar que respeita e vai de encontro às preferências, necessidades e valores individuais dos doentes, assegurando que os seus valores guiam todas as decisões clínicas”. Vou um pouco mais além nesta designação, englobando-a não só nas decisões clínicas, mas também nas decisões de Gestão Hospitalar que interferem fortemente na qualidade de vida intra-hospitalar dos doentes. Uma visão que conduziria à implementação de políticas atenuadoras da ansiedade e do sofrimento, gerando um sentimento de confiança e de apoio social em relação à organização. A equidade debatida na clínica é a que assegura cuidados não variáveis no tocante à qualidade por características pessoais, como o género, a etnicidade, a localização geográfica e o estatuto socioeconómico. No entanto, a equidade a que me refiro diz respeito a um cuidar diferenciado conforme as diversidades singulares.

## 2.4.2 Investigação do Valor dos Resultados

O rápido aumento de custos, nos cuidados de saúde, levantou renovadas questões acerca do seu valor. Assim, têm-se verificado, ao longo dos últimos anos, esforços no sentido de averiguar quais os resultados, através da investigação, que mais se aproximam do objetivo último que se pretende nesta área, a melhoria do estatuto funcional dos doentes (Robert, 2006).

A ascensão do domínio da Gestão privada no meio hospitalar, com o seu intrínseco modelo empresarial de produtividade, estimulou o surgimento de uma renovada conceção dos cuidados de saúde, tornando-se a anterior obsoleta por carecer de um vasto armazenamento de informação empírica que permita a ponte entre as intervenções de saúde e os seus resultados (Robert, 2006, p.4).

Como referido por Robert (2006), a investigação de resultados deveria ser desenvolvida por diferentes razões: tomada de decisões no mercado, facilitando a tomada de decisões por parte dos consumidores acerca de qual a organização de saúde que melhor serviria os seus cânones de qualidade, e aprimorar o conhecimento-base das decisões em saúde, uma vez que o estabelecimento rigoroso de “políticas de saúde” é enfraquecido pela ausência de um banco de dados empíricos que comprovem a sua adequação, estando, a grande maioria unicamente assente num dúbio consenso clínico.

Embora alguns céticos considerem que as linhas orientadoras de saúde devem ser unicamente firmadas com base em estudos científicos randomizados, existe ainda uma imensidão dentro destas políticas entregue ao “Não sei”, a qual será ocupada por respostas, se acoplados à informação resultante da sua avaliação experimental, pois as características dos doentes ocupam grande parte desse território. Para uma melhor apreensão dos factos, recorrer à experiência dos fenómenos é como lançar uma pedrinha de verdade na pele da água e observar se as ondas, do confronto entre o sólido facto e a superfície real, se propagam aos mais longínquos horizontes da verdade universal. A “investigação dos resultados em qualidade de vida” deveria ser percecionada como complementar e não como rival dos estudos científicos randomizados, no intuito de entender como as linhas orientadoras da área da saúde, no mundo real, produzem uma miríada de resultados, por vezes contraditórios à filosofia de vida de certo grupo de doentes.

Os estudos científicos estão circunscritos a rigorosos parâmetros de tensão arterial, fisiologia da pele, índices de massa corporal, rubores e branqueamentos, de sintomas e sinais perscrutados por um minucioso exame físico. Robert (2006) defende que um outro tipo de resultados igualmente valioso deve ser obtido através da informação colhida junto dos doentes:



dados que refletem a vivência da doença conforme as políticas de saúde instituídas, bem como os efeitos destas na sua vida. Regra geral, os clínicos depositam confiança nos resultados obtidos em laboratório ou da observação direta, desconsiderando os relatos dos pacientes. Contudo, tal não é apropriado na medicina, pois, por exemplo, a úlcera de pressão de um doente pode ter evoluído favoravelmente na sua cicatrização, ao desprimor da dor que o alívio da pressão para o tratamento desta condiciona, aprisionando o doente a pungentes posições que contrariam a filosofia da delgadíssima tira de vida na qual se encontra, o conforto e prazer em fim de vida. Um desdouro da qualidade de vida à vanglória caprichada da ciência.

Para que se dê o crescimento da Gestão hospitalar, na área dos Cuidados Paliativos é necessário empurrá-la, feito barco ao alto mar, largando o conforto do cais seguro da ciência à navegação de mares novos, rumo a uma humanidade rejuvenescida. É indesmentível que importa, na fase terminal de vida, muito mais o processo do que o resultado final, pois este encontra-se traçado num risco intocado desde o começo da vida, a servir um momento cifrado.

Por meio de uma sistemática comparação entre o resultado e respetivo processo do cuidar, “os técnicos de saúde apoiar-se-iam nos processos validados para aceder a cuidados de qualidade” (Robert, 2006, p.8). Posteriormente, seria dado maior peso ao elemento que tivesse suma importância na qualidade de vida do doente, pois não raras vezes, existe uma discrepância entre estes. A forma mais apropriada de cuidar, pode não compactuar com os resultados estipulados pelas atuais entidades acreditadoras da qualidade de cuidados de saúde. É premente frear a ansiedade científica que urge na criação de rápidas “guidelines”, na frieza do escritório, e colocá-las à prova da experiência dos doentes, por meio do trabalho de campo. “Invertendo o sistema, a validade das políticas orientadoras pode ser testada, verificando se os que aderiram às políticas atingiram melhores resultados, do que aqueles que não aderiram” (Robert, 2006, p. 9). Se os resultados forem inversos ao que é esperado dos cuidados de saúde a determinados doentes, então as políticas orientadoras devem ser revistas, tendo, contudo, clara a finalidade de tais guidelines – o ponto exclusivo da sua atuação, o bem-estar geral do doente. Tal como os diagnósticos clínicos servem para agrupar os doentes em áreas específicas de tratamento, o prognóstico será crucial para definir o desígnio das políticas de saúde, ou seja a filosofia dos cuidados de saúde, tanto a nível clínico, como a nível da Gestão. Assim, o escopo da “investigação do valor dos resultados” consiste em atingir a melhor aproximação da verdade na relação processo-resultado”.

“Uma abordagem mais precisa consiste em primeiro apurar que tipo de cuidados produzem os melhores (ou pelo menos níveis aceitáveis de) resultados para um dado problema (de um grupo de doentes) ” (Robert, 2006, p.12), pois “a ciência da medicina depende do acerto entre o tratamento e a necessidade” (Robert, 2006,p. 13).

## 2.5 Valências da Linguagem na Gestão Ética Hospitalar

Existe uma determinação sociológica na realidade das coisas, por valências da linguagem a ligar razões. Uma simples ideia é realçada pela palavra primeira da frase, uma realidade é alteada sobre a outra pela ordem com que as palavras se encastelam para a desenhar, com retoques de garridas cores que o pincel da política sempre tinge.

Será a realidade, assim, uma mestra composição das palavras adequada à circunstância humana. Como na arte da fotografia, a focagem de um ponto borra outros, também na vida, a mudança de lentes permite corrigir o olhar manchado pela névoa da miopia das coisas além, como se aquém. Falo de uma política de saúde que cambie as lentes que apenas atingem o aquém imediato da cura da doença, do acelerado e vertiginoso mundo científico, por outras que rompam a espessa bruma do mundo hospitalar que permanece por trás desse ponto, como um enorme borrão, onde mal se percebem os elementos que a compõem, o sofrimento, a dor, a solidão, todo o sangue largado na terra da sua árdua rapação, a mísera vida que antecede a morte. Basta, para isso, que na emblemática expressão “Cuidados de Saúde”, se altere o eixo de órbita do Mundo Hospitalar, fazendo com que o feixe que sempre incidia sobre a “Saúde” derrame toda a sua luz fulva sobre a sempre tocada pela sombra, “Cuidados”. “Quando os cuidados de saúde são justificados primariamente em termos de cuidar ao invés de saúde, as metas do sistema de cuidados de saúde modificam” (Engster, 2014, p. 149). A qualidade dos cuidados de saúde não será apenas mensurada conforme os resultados em saúde, mas também de acordo com a sua capacidade em prover a melhor qualidade de vida. Esta mudança de paradigma encarrilhará as políticas do sistema de saúde por outros caminhos, alterando o rumo da prestação e alocação de serviços. Este prisma alternativo resultará na abertura do espectro dos cuidados de saúde, da sua finalidade somente direcionada à cura da doença, para a melhoria da qualidade de vida dos afetados por doenças crónicas, mormente dos que se encontram na extrema ponta da vida, que dada a curteza do cumeado que percorrem descaem com maior facilidade aos abismos do olvido. Assim, serão enveredadas novas formas de concetualizar, medir e organizar um sistema de saúde

equitativo. “Promover a saúde representa unicamente uma parte (e talvez a menor parte) do que um Sistema de Saúde justo deveria almejar” (Engster, 2014, p. 150).

É premente limar a pedra romba que empederniu os “Sistemas de Saúde”, descobrir a sua essência feita de matéria orgânica, mineralizada por efeitos do tempo em contornos tecnológicos, avolumada por ásperas camadas de objetivos, que raspam o interior macio da alma dos doentes, à cadência da sua respiração.

## 2.6 Dimensões Sociais e Psicológicas: Novos constructos de Indicadores de Qualidade Paliativos

No início dos anos 70, vários investigadores estudaram o impacto dos fatores sociais na saúde, incluindo o salário, a educação, o stress no local de trabalho e o status social. (Kunst & Mackenbach, 1994; Wilkinson, 1996; Marmot, 2004; Marmot & Wilkinson, 2006; Siegrist & Marmot 2006; Wilkinson & Pickett, 2009; Conti et al., 2010). Uma importante conclusão retirada destes estudos foi a de que os cuidados médicos têm pouco impacto na saúde das pessoas, relativamente aos fatores ambientais e sociais. (Mann, 1997; Brock, 2000; Barry, 2005; Heymann et al., 2006; Blank & Burau, 2007; Sreenivasan, 2009; Goldman & Lakdawalla, 2010).

Daniels (2008) desenvolveu um importante trabalho onde argumenta: “Uma teoria de “saúde justa” (o título do livro) deve ir além da discussão da natureza dos “cuidados de saúde justos” (o título do seu livro anterior) e abranger todos os fatores sociais controláveis que podem afetar o estatuto da saúde, incluindo a pobreza, a educação, a nutrição, a segurança ocupacional, iniquidade, racismo etc” (Daniels, 2008, pp. 12-13). Defende ainda que o investimento sobre os fatores sociais e ambientais irá proteger os direitos de um número mais alargado de indivíduos, nomeadamente dos mais desfavorecidos (Daniels, 2008).

Os escassos recursos financeiros, a privatização dos hospitais e subsequente Gestão assente numa estrutura empresarial, regida por objetivos de prosperidade e lucro, bem como a elevada sofisticação tecnológica e sua inerente finalidade: a cura da doença conduz a um empedernimento do Sistema de Saúde com políticas direcionadas unicamente aos resultados em saúde. Contudo, o Sistema de Saúde desempenha um papel fundamental, de não menor relevância, sobretudo nos dias de hoje, onde em tão pouco tempo se caminha tanto na medicina, verificando-se um incremento da longevidade e das suas não isoláveis doenças crónicas. Os cuidados de saúde desempenham um outro cargo essencial, permitindo uma vida funcional dentro

dos limites de corpos assomados por graves doenças, no alívio da dor e do sofrimento, na readaptação social e gestão de sintomas das doenças crónicas.

Enquadrando o tópico anterior nesta quadra textual, quando os cuidados de saúde forem fundamentados em termos de “Cuidados” e não apenas em termos de “Saúde”, emergirá um outro conjunto de prioridades para medir o Sistema de Saúde, ou seja, novos indicadores que espelhem a realidade subliminar à nova palavra que assume o timão da filosofia dos cuidados de saúde, orientada para um sentido diferente.

Este novo prisma que a Ética concede à realidade, modifica-nos o entendimento do que na justa limpidez deveriam ser os Cuidados de Saúde, não um feixe de luz estreito e artificial incidido na cura e saúde, mas uma luz natural e ampla quão a do sol, iluminando a todos quantos existam entre os seus meridianos, os cuidados. Contudo, os indicadores de saúde prevalentes incidem sobre os resultados em saúde, advindos da focagem do sistema sobre a cura imediata, descurando os cuidados vocacionados para outra finalidade imbuída na doença crónica, que engloba o compromisso em manter níveis adequados de funcionalidade dos doentes, bem como o apaziguamento da dor imposta por uma patologia que se tornou parte da sua vida.

Apesar do quão excelente seja o hospital a atingir os indicadores de saúde, assentes em taxas rigorosas, pode simultaneamente ser deficitário em prover cuidados de qualidade apropriados à condição clínica dos doentes, e deste modo, falho na satisfação de suas necessidades peculiares.

Concluindo, um sistema de saúde justo deveria igualmente ser medido conforme a qualidade que devota à maior fatia da sua esfera, os doentes crónicos e em fase terminal de vida. Vários trilhos rasgam a orografia hospitalar da eclosão desta nova justiça nos cuidados de saúde. Primariamente, surgirão novas ou renovadas políticas, provedoras não só dos objetivos de saúde, como de cuidados de qualidade, harmonizando os declives da atenção proporcionada aos doentes agudos em detrimento dos crónicos, apesar dos últimos constituírem a sua grande substância. Em segundo lugar, sob a contenda da restrição de custos, é fundamental uma parcimoniosa utilização de meios terapêuticos invasivos em doentes em fase terminal de vida, cujo resultado não os beneficiará ou travará o curso da doença, mas pelo contrário lhes agravará a dor e o desconforto. Para selar este último propósito, deverá ser consultado de antemão os órgãos de Ética Hospitalar, que, com os seus apurados sentidos, decidirão juntamente com o doente e família o melhor curso de tratamento. Uma matéria que abordarei com maior detalhe adiante.

De modo a preencher todas as ínfimas lacunas e beiras do sofrimento humano, que as prévias medidas deixaram em branco, ou a bem falar a negro, por que a cor do padecimento, falidos todos os meios burocráticos e reguladoras da Ética, para apagar as sombras mais ocultas do sofrimento, somente a luz da humanidade poderá valer. Sobejam, neste enorme púcaro de cimento, silêncios aflitivos à espera dos mais puros júbilos, antes que sobre eles caia o sepulcral silêncio.

## 2.7 Benefícios da Ética na Economia

De acordo com Daly (2000), um dos melhores métodos para gerir a crescente rebenção de custos, consiste em atuar sobre a configuração dos cuidados de saúde, levando a uma melhoria da sua qualidade, mediante a antecipada consulta da equipa de Ética Hospitalar acerca dos casos dilemáticos emergentes, nomeadamente no fim de vida.

Daly (2000) desenvolveu um estudo onde comprovou que uma atempada e significativa comunicação entre o doente, a família e os profissionais de saúde, para uma procedente tomada de decisão sobre o desfilhar do seu tratamento, resulta num uso mais apropriado dos recursos da organização de saúde.

Este estudo assume um valor primordial tendo em conta, por meio da força dos costumes, a utilização de meios terapêuticos invasivos de índole curativa não obstante a filosofia de vida de confortação e regalo, que permeia os doentes em fim de vida. A maior espícula dos cuidados que se enterra nesse mundo brando, no litoral da vida, é a de decifrar o encoberto momento em que os doentes invocam já os céus e não a terra. Os profissionais de saúde, obnubilados por uma miuçalha de medos, como chuvinha miúda de molha-parvos, caída de nuvens rasteiras ao chão, engrenam atitudes veladoras pela sobrevivência, mas não pela vida ou morte digna. Agravam-lhes o tempo em vez de lhes aliviar o céu, por tão difícil ser arrancar as pessoas do seu sítio e das suas pessoas, e no limbo do horizonte do cuidar, agem ora conforme o azul dos ares ora o verde dos campos de esperança, divididos entre o céu e a terra. É assim premente convocar os órgãos da entidade Ética hospitalar, para que, auxiliados pelo seu vaticinador olhar e apurados sentidos, clareiem o ofuscado momento de desgarro geológico para o rasgo atmosférico, numa jornada afeiçoada pelos caminhos menos acidentados, por mor das parcas forças dos lazarentos, por que possam desferir voo ao alto céu, aliviado de tempestades.

O estudo de Daly (2000) comprovou que a conformidade das práticas de saúde com as recomendações manadas pela Entidade Ética hospitalar, o apoio aos doentes e respetivos familiares, conduziu a uma concordância entre os tratamentos e a missão dos cuidados dos doentes em fase terminal e à sua subsequente qualidade de vida, bem como a uma melhor gestão de custos da organização. Tal, verificou-se por uma consistente diminuição de intervenções médicas após a consulta e intercessão da Entidade Ética hospitalar, em todos os casos analisados.

Daly (2000) assevera que nos tempos correntes, os elevados custos com que as Instituições de Saúde se defrontam, levaram a uma reestruturação das políticas organizacionais como meio de sobrevivência às exigências económico-sociais advindas da sua empresarialização. Uma das estratégias a que os gestores hospitalares deveriam recorrer no intento de conter os custos, mormente nos serviços de cuidados de saúde de agudos e especializados, seria o parecer de claridade auroral do Conselho de Ética, que deslindando a propensão dos doentes que se encontram no orilha do horizonte, entre céu e terra, e averiguando antecipadamente o pendor dos primeiros, declinariam o mais precocemente possível técnicas e meios invasivos, antagónicos ao seu sentencioso fim.

Daly (2000) faz menção a vários estudos desenvolvidos no sentido de demonstrar que a solicitação e ação proactiva das Entidades Éticas hospitalares conduziu a uma redução considerável de custos em saúde, nomeadamente os respeitantes aos tratamentos de doentes críticos de prognóstico muito reservado. A comunicação com os órgãos de Ética levou a uma tomada de decisões mais acertada, a uma diminuição da permanência em unidades de cuidados intensivos, bem como um decréscimo no uso de meios terapêuticos invasivos, em doentes em fase terminal de vida.

O estudo analítico desenvolvido por Daly (2000), apesar de se reportar a uma pequena amostra, permitiu desvelar o potencial das Entidades de Ética em prol do custo-benefício e da redução de gastos económicos para a instituição e restante comunidade financiadora de impostos. Muito disto devido à mudança do paradigma dos cuidados prestados aos doentes em causa, numa transfiguração dos meios terapêuticos mais dispendiosos e avançados para outros de cariz mais parcimonioso, em termos económicos e em termos da dor que infligem aos doentes.

A Intervenção da Comissão de Ética e a sua clarividência comunicativa com doentes e familiares mune-os de um sentido de controlo sobre as suas vidas, facilitando o coping com o fim de vida, e fornecendo suporte a todos os envolvidos na determinação dos meios terapêuticos mais

apropriados a estes doentes. Por último, acima de todos estes desideratos económicos e clínicos, está a suma finalidade da honra na vida e dignidade na morte.

## 2.8 Conflito Ético-político: origem e fim

Nas complexidades da vida hospitalar, devemos examinar com afinco as suas contradições mais fundas, pois as congruências, essas afluem em harmonia à superfície. Contudo apesar da coerência da frase "uma boa ética é boa para o negócio" (Bucaro, 1998, p. 11), o autor alerta para a camuflada "lacuna ética" que consta na diferença entre o que é ético e o que é desejável para o negócio, confirmando que no mundo dos negócios, é frequente o sacrifício da ética em prol do lucro corporativo.

As organizações de saúde, pertencendo hoje ao grande ramo do negócio, não são imunes à "lacuna ética", predominante nas zonas de fratura entre a Gestão e a Ética. De acordo com Brosman & Roper (1997), a realidade dos conflitos político-éticos, onde a ética e as políticas não se misturam, compõe a lacuna ética.

Inicialmente, as organizações de saúde procuraram lidar com questões éticas específicas, contudo, não tendo esta medida individual alcançado sucesso na resolução das mesmas, verificou-se o desenvolvimento de uma nova visão holística da reformulação das leis morais do sistema.

Grosenick (1994), assertor da abordagem holística do sistema refere que qualquer tentativa de alterar os valores de uma organização, seja por meio da educação dos participantes acerca dos princípios morais, ou por coação de líderes comprometidos aos mais elevados princípios éticos, o conteúdo de uma cultura organizacional deve ser laborada diretamente, desde a sua raiz, para que possa ocorrer uma mudança positiva do sistema. Assevera ainda que, na tentativa de reorientar os valores, ignorar a cultura imanente de uma organização é similar a ignorar as causas e tratar os sintomas.

Renz & Eddy (1996) consideram que a comunicação e a aprendizagem de Ética é um meio de fomentar uma cultura de integridade na qual todos os funcionários da organização ajam de acordo com a sua visão e valores. O processo tipicamente segue os estádios de consciencialização, experiência, adoção e institucionalização.

## 2.9 A imperiosidade da Ciência e Amenidade da Filosofia no Final da Vida: A revisão de Indicadores de Qualidade à luz da Equidade

Os sistemas de suporte financeiro de avaliação e monitorização das Unidades de Saúde, no Serviço Nacional de Saúde de vários países europeus, substituíram as taxas hospitalares por pontos, associados a um determinado valor económico e subordinados ao nível de resultados e à qualidade alcançada, segundo os indicadores de saúde estabelecidos. No entanto, “a implementação dos sistemas financeiros de avaliação do desempenho encontra-se em constante crescimento” (Boeckxstaens, De Smedt, De Maeseneer, Annemans & Willems, 2011, p.1). Sendo neste âmbito de destacar o exemplo da *“Quality and Outcomes Framework”* (QOF), entidade remuneratória do desempenho do Serviço Nacional de Saúde de Inglaterra, País de Gales e Escócia, que agrupou os indicadores de saúde em quatro domínios: clínico, organização dos cuidados, experiência dos doentes e serviços adicionais. (Boeckxstaens et al, 2011, pp. 1,2).

Perseguindo o aperfeiçoamento do sistema, mediante uma mudança evolutiva, “após a sua introdução em 2004, a *“Quality and Outcomes Framework”* (QOF) sofreu várias adaptações relativamente ao número e à natureza dos indicadores, bem como do seu impacto nos quatro domínios” sendo assinalável o facto de que “ a mudança nas políticas ou organização dos cuidados de saúde requer uma monitorização dos seus efeitos em todas as dimensões dos cuidados” (Boeckxstaens et al, 2011, p.2).

O maior entrave, apontado por Boeckxstaens et al (2011) à monitorização dos cuidados de saúde é a equidade, ou melhor, a sua ausência. Há um consenso na literatura relativamente à conceptualização da equidade de acordo com os seus três principais domínios, ou seja, no acesso a cuidados de saúde, na igualdade de tratamento e na igualdade de resultados dos tratamentos. Apesar da sua latifundiária definição, talhada por três quinhões apenas, é esta a aceção exata que compõe um terreno demarcado, onde facilmente se identificam os regueiros de iniquidade que poderão atravessar as suas fronteiras na prestação de cuidados de saúde.

Todos estes domínios de equidade foram já estudados, ultrapassando muitos, a capacidade de controlo do Sistema Nacional de Saúde devido a fatores de índole pessoal, económica, social e cultural. Contudo, é possível controlar a nível intra-hospitalar uma iniquidade existente. Falo da iniquidade de indicadores, por serem estes inexistentes num grupo de doentes, os que vivem na fina esteira da vida, com diferentes necessidades de tratamentos e resultados. É, por isso, necessário reformular as mensagens que drapejam nas bandeiras de indicadores de qualidade com insígnias curativas, que sopradas pelos ventos da morte fustigam os corpos



entregues à sua predestinação. É premente a identificação das necessidades reais dos que baloçam entre a borda da vida e o abismo do fim e transcrevê-las em objetivos firmes, de modo a que se criem indicadores com insígnias paliativas que honrem as cores dessa terra despatriada. Um terreno regrado por uma penúria de indicadores que liga bem aos dias de vida dos doentes, sujeitos a indicadores que lhes retêm a volição num corpo amordaçado, e que por isso não fazem outra coisa que contradizer a filosofia dos seus cuidados. Com base nestas orientações devem ser criados “objetivos diferenciados para grupos específicos de doentes” (Boeckxstaens et al, 2011, p. 13). Deste modo existe uma falha de equidade na qualidade, por esta se encontrar ao cuidado de indicadores que protegem mormente os fins dos doentes curativos, e serem vãs de objetivos paliativos. “ Não só é necessário diferenciar nos indicadores os objetivos a serem alcançados dependendo das necessidades do grupo de pacientes, como devem ser colocadas questões sobre a relevância e a inteireza dos indicadores. Alguns dos indicadores da QOF focam-se principalmente no processo e nos resultados intermediários” (Boeckxstaens et al, 2011, p.12).

Para fazer frente a este impropério da filosofia dos cuidados paliativos devem ser formulados indicadores, através da investigação da “necessidade sentida” dos doentes ao invés da “necessidade normativa”, emitida por perceções de peritos e profissionais de saúde, alicerces da criação de indicadores de qualidade atuais. “Um dos princípios centrais da conceptualização da equidade é a ‘necessidade’. A ‘taxonomia da necessidade’ identifica as seguintes dimensões: ‘necessidade normativa’ (definida por um perito ou profissional de acordo com os seus padrões), a ‘necessidade sentida’ (onde as pessoas identificam o que querem) e a ‘necessidade expressa’ que pode, posteriormente, ser conceptualizada como uma exigência dos cuidados, se esta for realizável (Boeckxstaens et al, 2011, p.2,3).

### 2.9.1 A criação de Indicadores de Qualidade para o Fim de Vida

Estabelecendo um paralelismo com o afinado sistema de acreditação inglês, para que se resguarde a independência desta área limítrofe da vida, que descendo degrau em degrau, obedece ao natural descair dos beirais do mundo como o dos montes em taludes, é necessário lavrar a sua paisagem de quatro grupos de indicadores, que atendam às doces pautas que dirigem o concerto da última oitava da vida, pois “Os sistemas de melhoria da qualidade assentes em motes financeiros, utilizando meramente indicadores biomédicos podem conduzir à perda de aspetos importantes da qualidade dos cuidados de saúde como a confiança e a comunicação

empática e de elevada qualidade” (Boeckxstaens et al, 2011, p.12). “Além disso, foi documentada a necessidade de uma abordagem que compreenda a qualidade numa vertente médica, contextual e política... onde os profissionais sejam confrontados com a complexidade do indivíduo e não só com a complexidade da doença” (Boeckxstaens et al, 2011, p.12,13).

Os mesmos autores consideram importante proceder à avaliação dos cuidados de saúde mediante estratégias de um sistema de saúde alargado, que deixe transluzir nos indicadores, a complexidade humana. O enlace de indicadores à qualidade de vida dos doentes no interior do hospital, não somente cingidos a parâmetros físicos e de doença, pode constituir uma resolução útil. Uma proposta assente na prosaica reflexão do respeito pelos mais velhos e enfermos, pobres e oprimidos, que carece de elucubrações filosóficas, por constituir o dever de qualquer sociedade civilizada proteger as quebrantadas almas, padecentes dos efeitos do tempo e dos malogros da vida. Deste modo, no fim de vida, deve ser dada uma nova direção aos indicadores equitativos do porvir.

#### 2.9.2 Reportação de casos de exceção aos Indicadores de Qualidade.

Uma medida que poderá ser estabelecida para atenuar os efeitos nefastos dos indicadores de qualidade nos doentes em fim de vida, será a de reportar os casos de exceção de doentes à abrangência dos indicadores de saúde. Uma estratégia já em vigor no sistema de acreditação dos cuidados de saúde em Inglaterra. “A reportação de exceções foi introduzida no contrato ... permitindo aos profissionais de saúde excluir pacientes, aos quais o indicador de qualidade não se aplica por existirem outras considerações precedentes” (Boeckxstaens et al, 2011, p.3).

Com esta medida é garantido, o respeito pelo supremo interesse dos doentes em fim de vida, provindo da sua primária filosofia de conforto, excluindo-os da demanda profissional do indicador úlceras de pressão, sempre que o seu cumprimento infira um acréscimo de dor ao doente.

Este estudo aponta benefícios resultantes da aplicação desta medida referindo que “reportar exceções traz benefícios substanciais aos programas de avaliação de desempenho financeiros, atestando que o processo foi usado apropriadamente” (Boeckxstaens et al, 2011, p.11). Para além disso, “há uma preocupação alargada que o foco nos sistemas de melhoria de

qualidade dirigidos por incentivos financeiros possa conduzir a um aumento da iniquidade existente nos cuidados de saúde” (Boeckxstaens et al, 2011, p.11).

### 2.9.3 O traslado paradigmático do Utilitarismo para a Equidade

A estratégia de engatar incentivos económicos ao processo do cuidar poderá, igualmente, contribuir para a mudança do paradigma atual, que focaliza toda a interação entre doente e profissional, para um sistema de cuidados centrado no paciente, firmando o utilitarismo arcaico e firmando a passagem desse tempo limítrofe para outro, o da equidade, que como o horizonte tem vindo a recuar um passo a cada passo dado em frente. Assim, no encontro desses dois tempos de justiça, selar a fronteira que os separa e efetivar o traslado paradigmático concertado, há muito formulado por John Rawls (1971), filósofo americano, na sua “teoria da justiça como equidade”, com a formulação de princípios da justiça acordados numa situação inicial, que é equitativa, da qual brota uma concepção política de justiça para as sociedades democráticas. Rawls elaborou uma “teoria da justiça” que, em vez do utilitarismo, pudesse cabalmente assegurar o modo e os requisitos em ordem a uma sociedade justa e bem ordenada; com esse escopo, publicou Uma Teoria da Justiça (1971). Ora, para Rawls, “a justiça é a virtude primeira das instituições sociais, tal como a verdade o é para os sistemas de pensamento” (Rawls, 1971, p. 27). Contrariamente ao utilitarismo, Rawls inspira-se no contratualismo da tradição liberal de Locke, Rousseau e Kant; aliás, o ponto de partida do autor é a ideia kantiana do igual valor intrínseco dos indivíduos, isto é, do princípio segundo o qual todas as pessoas são fins em si mesmas, devendo ser a referência última de preocupação moral. “Uma vez que todos os participantes estão em situação semelhante e que ninguém está em posição de designar princípios que beneficiem a sua condição particular, os princípios da justiça são o resultado de um acordo ou negociação equitativa (Rawls, 1971, p. 34) ”.

O estudo de Boeckxstaens et al (2011) veio unir-se ao alvorecer das ideias de Margaret Whitehead (1992) que formulou um conceito de equidade em saúde, recorrendo ao modelo igualitário de justiça formulado por Rawls (1971). Segundo esta autora, “iniquidades em saúde dizem respeito a diferenças desnecessárias e evitáveis, ao mesmo tempo tidas como injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (Whitehead, 1992). Assim, o princípio de equidade apareceu conjuntamente com os direitos de minorias, introduzindo a consideração da diferença, no âmbito do exercício da cidadania.

O estudo de Boeckxstaens et al (2011) patenteia, igualmente, a necessidade de distinguir um grupo específico de doentes, que vivendo na área marginal da sociedade hodierna, com a sua natureza própria e pessoal, transportam consigo uma filosofia diferente por habitarem num lugar secreto, que ainda em vida pertence já à morte. Devem deste modo, ser consideradas finalidades diferenciadas para estes doentes. Contudo, para atender à diferença de pessoas, já não chega o referencial universal e abstrato de igualdade. Para seres éguas, não basta a mera homogeneidade: se igualdade significa a distribuição homogénea, isto é, a cada pessoa a mesma quantidade de bens ou serviços, equidade pressupõe que as pessoas são diferentes e têm portanto necessidades diversas. Sem esse cuidado, o alcance de níveis equivalentes poderia incorrer numa falsa impressão de equidade. Um serviço nacional de saúde que proporcionasse tal qual o mesmo atendimento para todos e em todos os lugares, ofereceria possivelmente serviços desnecessários para alguns, não atendendo às necessidades prementes de outros, mantendo assim desigualdades. Por outro lado, o estudo de Boeckxstaens et al (2011), contribuiu para a gestação da ideia de elaboração de indicadores que abracem a complexidade e não somente os dados biomédicos, ou seja, de indicadores centrados no doente, no processo do cuidar e por isso intermediários, tornando luminosos os que se encontram no fundo do poço, como a qualidade de vida de um doente em fim de vida dentro do hospital. Para que se operem tais mudanças, é necessário trabalhá-las no seu sector, como independentes, colecionando informação escrutável do paciente e criando possibilidades de monitorização de cuidados de saúde individualizados. Tal consumação poderá ser resolvida identificando os doentes, na plataforma ética, considerados excluídos do sistema de avaliação de acordo com os indicadores vigentes e “da colheita de informação a nível do doente, criando a possibilidade de monitorizar cuidados de saúde individualizados” (Boeckxstaens et al, 2011, p. 13). Neste sentido o estudo de Boeckxstaens et al. (2011) aponta a relevância da existência de “ estudos qualitativos que integrem a visão dos doentes e dos profissionais de saúde” (Boeckxstaens et al, 2011, p. 13).

#### 2.9.4 O acerto da Gestão com a Vulnerabilidade Humana: o porvir da equidade

Talvez a mais veraz forma de acertar a gestão hospitalar com a cósmica casualidade da robustez da alma, obra da acidental e celeste cortina que lhe caiu do alto, que com a sua densa ou translúcida tez protege a cada um, com maior ou menor vigor dos alvoroços humanitários, será

a de conhecer as complexidades do mundo social e económico de cada um, assim como da natureza do cordão que o ata à vida, se dum corda solidamente ancorada à terra ou dum ténue fio de lã ameaçando a cada instante desmanchar-se num sopro de ar.

Uma gestão que seria tanto mais eficaz quanto mais concertada com a gradação da vulnerabilidade humana que balanceia na borda do pavoroso vaticínio, sem saber em que momento se engolfará na funda escuridão.

Na Gestão hospitalar, é necessário compreender melhor as singularidades da vulnerabilidade, calcular os efeitos da plena consciência e dos vagos lampejos de lucidez, da mornidão familiar e da áspera solidão, do tempo alongado que sempre traz o terno conforto da habituação e da fugaz estadia que não deixa escavar as raízes da afeição. Deste modo, é necessário aferir todas as características que adelgaçam esse tule que protege a alma, e estabelecer critérios que, colocados na boa ordem, detenham a vida de desembainhar a gadaña pronta a rasgá-lo num sangrento sofrimento.

A par da estratégia do custo-benefício que constitui a viga mestra da Gestão, é necessário regê-la segundo a equidade que, vencendo as elevadas pressões atmosféricas, ecoe no mesmo céu, onde sol e lua resplandecem para todos, a voz que, pertencendo aos carecidos de poder nas cordas vocais, não alcança retumbar às alturas, o seu som martirizante. “É importante avaliar iniciativas que modifiquem o sistema de saúde no sentido de definir a equidade como um critério de igual importância a outros critérios como o de custo-benefício” (Boeckxstaens et al, 2011, p.13).

## Capítulo 3 – Metodologia

O presente capítulo destina-se a apresentar as opções metodológicas tomadas neste estudo. É apresentado o problema de investigação, a caracterização da pesquisa, o método de amostragem, a população alvo e tamanho da amostra, bem como os métodos utilizados para a recolha e tratamento dos dados. Neste capítulo são ainda, contempladas as considerações éticas que guiaram o curso do estudo.

### 3.1 Especificação do problema de pesquisa e do Paradigma de Investigação

Da questão central da tese, “Quais as políticas de saúde na Gestão Hospitalar, que não contribuem para minimizar o sofrimento dos doentes em fase terminal de vida?”, rompem sub questões que giram em torno do seu eixo principal, a criação de políticas minimizadoras do bruto sofrimento do débil ser humano em fim de vida., a saber: “De que modo os indicadores de saúde atuais, acoplados a incentivos económicos colidem com a filosofia de qualidade dos cuidados de doentes em fase terminal de vida?”, “Quais os domínios de qualidade, dos cuidados de saúde a doentes em fase terminal de vida?”, “Qual o efeito da transferência de serviço de doentes em fim de vida, sobre a sua qualidade de vida intra-hospitalar?”

Determinou a decisão metodológica, uma volitiva imposição de conhecer amplamente esta realidade, permeada por um paradigma positivista mesclado ao interpretativo, isto é, transitando a ponte da metodologia mista que permite a transcendência do debate qualitativo-quantitativo, unificando-os em prole da suma necessidade de analisar os complexos problemas psicossociais e económicos que conceberam este estudo. Combinam-se assim, ambas metodologias ultrapassando os antagonismos na sua complementaridade. “Analisar os problemas sociais exige abordagens diversificadas que combinem o que de melhor tem para dar cada um dos paradigmas litigantes: combinar a “precisão” analítica do paradigma quantitativo, com a “autenticidade” das abordagens sistemáticas de cariz interpretativo...”, é “uma coabitação que está longe de ser um luxo; é antes uma necessidade se desejamos que dela nasçam resultados frutíferos” (Salomon, 1991, p.17). O paradigma positivista utiliza uma metodologia de índole quantitativa, a qual postula que “o mundo social é semelhante ao mundo físico. Há razão e ordem no mundo social, as coisas não acontecem de forma arbitrária, pelo que importa encontrar

relações causa-efeito tal como no mundo físico” (Coutinho, 2011, p.13). Por outro lado, “a abordagem interpretativa/qualitativa... procura penetrar no mundo pessoal dos sujeitos, ‘(...) para saber como interpretam as diversas situações e que significado tem para eles’ (Latorre et al., 1996, p.42), tentando ‘... compreender o mundo complexo do vivido desde o ponto de vista de quem vive” (Mertens, 1998, p.11). Se a ação humana é intencional, pensam, há que interpretar e compreender os seus significados num dado contexto social” (Coutinho, 2011, p. 16,17).

Pautando-se no exposto, a investigação decorreu a partir dos pressupostos teórico-práticos, integrando o quantitativo e o qualitativo tendo sido, simultaneamente, colocadas questões que foram submetidas “à confrontação empírica ” (Coutinho, 2011, pp. 10,11), como recorrido à interação entre investigador e investigado, no sentido de interpretar o mundo onde vivem mergulhados. “Investigar implica interpretar ações de quem é também intérprete, envolve interpretações de interpretações – a dupla hermenêutica em ação” (Coutinho, 2011, p.17). Tendo este trabalho, igualmente, o escopo “... de melhorar a prática individual, contribuindo para a descrição e compreensão de situações concretas” (Coutinho, 2011, p. 27) optou-se por aliar a investigação qualitativa, de índole prática, à quantitativa.

### 3.2 Caracterização da pesquisa

Integrando o paradigma quantitativo e qualitativo, a pesquisa recorreu à metodologia mista, almejando a comprovação e validação de uma teoria, através do pensamento dedutivo e a melhoria da prática individual, baseando-se no método indutivo. Alicerça-se no modelo hipotético-dedutivo, que no caso do presente trabalho procura aumentar o corpus de conhecimento relativamente às políticas de Gestão que não minoram o sofrimento de doentes em fim de vida. Este objetivo foi conseguido através da “análise de factos e fenómenos observáveis” a dor, medida por meio da escala de Dor e da “...medição/avaliação de variáveis comportamentais ou sócio-afetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação empírica”, como a ansiedade e a tristeza no processo de transferência de serviço, com o recurso à escala de Lickert. Por outro lado, tem como intuito a resolução de problemas na prática, logrando um corpo teórico a partir da emergência dos dados.

No que concerne ao fim da pesquisa, caracteriza-se como descritiva uma vez que procura “descobrir a incidência e distribuição de determinados traços ou atributos de uma dada população, sem os procurar explicar... e é aplicado num momento único” (Coutinho, 2011, p.

277). Retomando a citação anterior, no que toca à periodicidade trata-se de uma pesquisa transversal, uma vez que “os dados são recolhidos num só momento no tempo...” (Coutinho, 2011, p. 278), período compreendido entre o início de Abril e início de Junho do ano 2017, tendo sido recolhido dados a partir de uma “... amostra representativa de uma população seja para descrever, seja para detetar possíveis relações entre traços/variáveis” Previamente à recolha de dados, foi solicitada a anuência do estudo de investigação, ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital, tendo-se procedido ao envio do projeto da tese às citadas entidades. O projeto destinou-se à explanação do tema, objetivos e questões de investigação, população-alvo e tipo de amostra, ressaltando os aspetos éticos interligados à sua consecução. Com o intuito de aferir alguns assuntos tocantes à aplicação do estudo, nomeadamente à população alvo mais frágil, os doentes, foram efetuadas duas reuniões com os elementos responsáveis da Comissão de Ética que após a anulação de alguns equívocos relativos aos inquéritos, deferiu a sua execução. Posteriormente, procedeu-se à aplicação dos questionários e realização de entrevistas a doentes e profissionais. Nesta etapa do trabalho, disponibilizaram-se os questionários aos enfermeiros nos serviços de internamento de Cardiologia/Pneumologia, Medicina Interna e Oncologia, tendo sido requerida a colaboração das enfermeiras-chefes dos respetivos serviços, na divulgação dos mesmos. A questão concernente à entrevista foi colocada a todos os enfermeiros dos serviços supracitados, uma etapa facilitada pelo profundo conhecimento da dinâmica dos serviços, não interferindo com a sua funcionalidade. Os questionários aos doentes dos serviços acima mencionados foram administrados com a cooperação dos enfermeiros no reconhecimento dos utentes detentores das características demandadas para o estudo, excetuando os que se encontravam demasiado debilitados para a sua consecução, respeitando as suas condicionantes físicas e psicológicas. No seguimento do preenchimento dos questionários foram colocadas as perguntas da entrevista aos mesmos doentes.

### 3.3 Método de Amostragem

Relativamente à abrangência da amostragem, optou-se por uma amostragem de categoria não probabilística do tipo de amostra por conveniência tendo em conta que foram selecionados os elementos representativos da população por especialidade, enfermeiros pertencentes a serviços onde vigoram doentes em fim de vida, identificando doentes “em função



das características que esses elementos possuem relativamente aos objetivos da pesquisa” (Barañano, 2004, p. 91). Por outro lado, a amostra de profissionais de saúde cingiu-se ao grupo profissional de Enfermagem por serem estes os profissionais que mais de perto vivenciam a dor e o sofrimento dos doentes em fim de vida, e também por caírem neles a obrigatoriedade de enveredar por atitudes veladoras da qualidade, não do fim de vida, mas antes da promulgada pelos indicadores instituídos.

Foram, de acordo com o mesmo critério de amostragem, selecionados os doentes que se encontravam em fase terminal de vida, apresentando um controlo de dor não efetivo e descompensação respiratória. Nesta parte da pesquisa foram efetuados questionários e entrevistas aos doentes e profissionais pertencentes aos serviços de Oncologia, Cardiologia/Pneumologia e Medicina Interna.

O número que compõe a amostra de doentes em fim de vida são trinta, por ser este considerado “... como o número mágico da amostra ‘ideal’” (Coutinho, 2011, p.93). A amostra de doentes foi efetuada de acordo com o mofo prognóstico que lhes calhou no rasgo temporal da realização de questionários e entrevistas. Dada a grande especificidade e raridade das particularidades demandadas para a fiel representatividade da amostra e o estreito período de tempo para a sua consecução, não foi possível expandir a pesquisa a um nível mais alargado. As características que os separa dos demais para a sua inclusão na amostra, o não controlo da dor ou dificuldade respiratória em fim de vida, tornam os seus relatos e histórias em latifúndios carregados dos mais puros e fidedignos dados para responder às questões de investigação do presente estudo, advindas de dilemas que com eles coabitam no fim de vida.

### 3.4 População e Amostra

Os serviços de Cardiologia/Pneumologia, Medicina Interna e Oncologia, constituíram os locais de seleção para a recolha de dados, uma vez que nestes serviços se encontra a maioria de doentes em fase terminal e como efeito, também os enfermeiros que deles cuidam, tendo sido inquiridos 100 enfermeiros, 32, 45 e 23 dos respetivos serviços de internamento acima mencionados e 30 doentes da totalidade dos serviços-alvo.

Após autorização formal dos respetivos diretores de serviço e da Comissão de Ética Hospitalar, deu-se início à recolha de dados.

### 3.5 Considerações Éticas

Por motivos éticos foram apenas realizadas questionários e entrevistas a doentes que se encontrassem na sua cabal faculdade mental, de modo a consentir de forma consciente a resposta sincera às questões colocadas. Os questionários foram administrados pela investigadora para facilitar o processo de recolha de dados e evitar o cansaço inerente ao mesmo, a doentes com alguma debilidade física.

No sentido de obter por parte dos enfermeiros de cada serviço, a resposta mais fidedigna e opinião mais sincera, procedeu-se à sua colheita ressaltando o seu anonimato, o que requereu a exclusão, nos questionários e entrevistas, do perfil sociodemográfico dos intervenientes, uma vez que a faixa etária, sexo e anos de trabalho constituem dados que serviriam em cada especialidade estudada, à identificação de certos trabalhadores, dada a grande disparidade de dados alusivas a estes itens.

### 3.6 Descrição do método de recolha de dados

Nesta fase do trabalho foram realizadas entrevistas e questionários a doentes e profissionais de saúde, no sentido de deslindar, no espesso silêncio que circunda a morte, todas as forças que ameaçam o conforto e sossego dos doentes em fase terminal, tribulando-lhes a vida, mais do que o dever de a sossegar. A Organização Mundial de Saúde, na sua definição de Cuidados Paliativos enaltece a “...prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, nomeadamente a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais” (<http://www.apcp.com.pt/faq.html>).

Na recolha de dados, foram levadas a cabo duas técnicas distintas de inquéritos: questionários e entrevistas. Os questionários utilizados eram do tipo fechado por conterem “uma lista pré-estabelecida de respostas possíveis...” (Barañano, 2004, p. 99), de entre as quais se optava pela mais próxima da pretendida à questão. As entrevistas eram diretivas, por apresentarem ao entrevistado “...uma série de questões numa ordem pré-estabelecida...” (Barañano, 2004, p.93) com a possibilidade de expansão das respostas.

A realização de entrevistas e questionários aos doentes e profissionais teve início a 5 de Abril e cessou a 9 de Junho. Tendo em conta a luz mortiça que se deixa entrever das frinchas de conhecimentos dos parques estudos na área da Gestão acerca das repercussões dos indicadores sobre a sua soberana regedora, a qualidade, no grande latifúndio dos cuidados de saúde, e a

inexistência de investigação acerca dos efeitos laterais de determinados indicadores de qualidade em saúde, nomeadamente “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão” sobre os cuidados a doentes em fase terminal, aos quais o objetivo saúde pouco importa, apenas o processo do cuidar, o presente trabalho demandou o método primário como fonte principal de recolha de dados. A aquisição destes dados permitiu responder à primeira questão de investigação, “De que modo os indicadores de saúde atuais, acoplados a incentivos económicos colidem com a filosofia de qualidade dos cuidados de doentes em fase terminal de vida?”.

“Quais os domínios de qualidade, dos cuidados de saúde a doentes em fase terminal de vida?” é a segunda questão que anima a investigação no sentido de, no meio dessa escuridão cognitiva, se alvejarem os primeiros pilares para a construção de um corpo de conhecimento relativo à ressonância dos indicadores de qualidade, massivamente entendida como resultados em saúde, sobre a qualidade esquecida da dignidade na morte, isto é sobre o processo do cuidar no fim de vida. Aqui, a investigação rumou por campos ainda não estudados, novamente colhendo e analisando dados da fonte primária deste saber, os doentes em fase terminal. Outro tema confrontado neste desígnio, proveio da terceira questão de investigação, “Qual o efeito da transferência de serviço de doentes em fim de vida, sobre a sua qualidade de vida intra-hospitalar?”.

O processo de investigação desenvolveu-se em 4 fases metodológicas, com a aplicação de questionários a doentes e profissionais de saúde, e a realização de entrevistas aos mesmos.

### 3.6.1 Questionários aos doentes

Os questionários aos doentes colocaram questões relativas às suas experiências e vivências, nomeadamente no que diz respeito à dor e à falta de ar, decorrentes das intervenções terapêuticas dos profissionais de saúde, que seguem as linhas orientadoras dos indicadores de qualidade, mais especificamente da “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão”. Segundo a definição de úlcera de pressão de NPUAP/EPUAP, “Uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às úlceras de pressão também estão associados fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido” ([http://gaif.net/sites/default/files/Guideline\\_Prevencao\\_da\\_UPressao\\_PT.pdf](http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf)). A pressão na pele, que resguarda as proeminências ósseas, pela permanência durante horas a fio

numa posição atenuante da dor ou da falta de ar, poderá provocar uma úlcera de pressão. Deste modo, os questionários aos doentes permitiram recolher junto destes, dados que ilustram se o cumprimento deste indicador não resvala no princípio mais alto do seu cuidar, o conforto, ao retirá-los da posição mais atenuante da dor e da falta de ar, por mor da prevenção de úlceras de pressão.

### 3.6.2. Questionários aos Profissionais de Saúde

Os questionários aplicados aos profissionais permitiram recolher dados relativos à prática da sua jornada profissional e às suas fundas considerações do que deveria ser feito neste âmbito, no sentido de averiguar se a conduta orientada pelo indicador de qualidade “Taxa de ocorrência de úlceras de pressão”, contraria ou se encontra em concordância com o seu consciencioso exercício. Deste modo, servem os questionários aos profissionais para revelar se existe uma concertação da sua prática profissional com as suas intuições morais do cuidar em fim de vida, ou se subsiste uma contradição entre elas, por força do indicador “Taxa de Ocorrência de úlceras de pressão”, adstrito a uma punição económica à instituição, caso exceda os limites definidos, instituído pela Health Quality Service, entidade de acreditação internacional. Tal coima económica conduz os enfermeiros a retirarem os doentes da posição menos dolorosa ou aflitiva em termos de falta de ar, para outras, num rodar de posicionamentos que crivam o corpo de dor, mas que obedece ao indicador de qualidade que previne úlceras de pressão.

Posteriormente, foram equiparados os resultados dos questionários, relativamente à perceção de qualidade de vida no seu fim, por parte dos enfermeiros e dos doentes, de forma a aferir o grau de concordância entre os dois. Esta confrontação foi efetuada no sentido de validar a premissa de Robert (2006) o qual defende a obtenção de informação junto dos doentes, isto é dados que reflitam a vivência da doença conforme as políticas de saúde instituídas, bem como os efeitos destas na sua vida, pois regra geral, os clínicos depositam confiança nos resultados obtidos em laboratório ou da observação direta. “Uma abordagem mais precisa consiste em primeiro apurar que tipo de cuidados produzem os melhores (ou pelo menos níveis aceitáveis de) resultados para um dado problema” (Robert, 2006, p.12), pois “A ciência da medicina depende do acerto entre o tratamento e a necessidade” (Robert, 2006, p. 13). Para além do objetivo de testar a validade da qualidade determinada por indicadores que abrangem os Cuidados Paliativos, a realização de questionários aos doentes, teve igualmente como escopo a obtenção de dados que firmassem o nascimento de novos indicadores de qualidade dos cuidados no fim de vida.

### 3.6.3. Entrevistas aos Doentes

As entrevistas aos doentes foram realizadas no sentido de averiguar os pendores artísticos, que lhes alumbrariam a escuridão dos maus pensamentos nas horas vagas do internamento, no intuito da criação de um projeto que animasse essas horas “mortas” de vida, e de possibilitar uma ausência temporária do internamento para concretizar os seus últimos desejos, deslindados ao longo da entrevista.

### 3.6.4. Entrevistas aos Profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde foram inquiridos acerca da presença de outros dilemas éticos que arrojam o cuidar de doentes em fim de vida, no curso da sua vida profissional.

### 3.6.5 Realização do Pré-teste

Previamente à obtenção efetiva de colheita de dados foi efetuada uma testagem dos questionários através das respostas obtidas por 5% da população de cada amostra, a saber, 5 questionários direcionados aos profissionais de saúde e 1 questionário dirigido a um doente que certificaram a compreensão dos dados pelos mesmos.

### 3.7. Tratamento dos Dados

Travado o processo de recolha de dados por meio de questionários e entrevistas a doentes e profissionais de saúde, deu-se início ao tratamento de dados, no sentido de obter respostas às questões de investigação. A análise dos dados concretizou-se com o suporte da plataforma eletrónica SPSS. Nesta fase procedeu-se à análise descritiva dos dados mediante a ilustração de tabelas e gráficos de frequências, com o intuito de avaliar estatisticamente a relação entre as variáveis. Numa segunda fase procedeu-se à análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos doentes e enfermeiros, no sentido de complementar e explicar os resultados obtidos mediante a análise quantitativa.

## Capítulo 4 - Análise e Apresentação dos Dados

Os dois capítulos seguintes são dedicados à apresentação, análise e discussão dos dados colhidos ao longo da pesquisa, numa exposição detalhada de todo o caminho percorrido desde o início ao fim, isto é, desde o estudo dos dados obtidos por meio dos questionários aos doentes e enfermeiros, à cogitação das respostas às entrevistas efetuadas aos mesmos.

O primeiro capítulo é dedicado ao estudo quantitativo, sendo abordados, primeiramente, os dados relativos aos questionários dos doentes e posteriormente os dados relativos aos profissionais de saúde, divididos nos seguintes tópicos: apresentação e análise dos dados, mediante a ilustração de gráficos, e discussão e reflexão dos mesmos. O segundo capítulo reporta-se ao estudo qualitativo dos dados obtidos mediante as entrevistas aos doentes e profissionais de saúde, sendo igualmente tratados em tópicos de análise e discussão.

### 4.1 Análise quantitativa dos dados

No respeitante ao método quantitativo, tendo como pano de fundo a verossímil suposição de que os vultos de dilemas que me assombram desde o princípio assomam outros rostos, na banalidade quotidiana da profissão, foram colocadas algumas questões advindas dos dilemas que sempre me raspam a alma, a cada fugaz momento decisivo. Deste modo, foi elaborado um questionário aos profissionais de saúde, no sentido de perceber se também sentem esse instante desconfortante na decisão de posicionar doentes em fim de vida, onde se almeja o supremo conforto, com a dicotómica dor impressa pelo posicionamento, intervenção imperativa na prevenção de úlceras de pressão. Previamente a esta etapa, foram inquiridos doentes, fonte viva e fidedigna da qualidade de vida, acerca das repercussões dessas dimensões dos cuidados, no seu conforto. Esta abordagem busca a formulação de uma teoria que permita a generalização.

Neste método foi também contemplado o campo vazio, sentido no exercício profissional, da inexistência de indicadores que reverberem a qualidade dos Cuidados Paliativos. Neste âmbito foi possível a identificação de dados convergentes da investigação, quantitativa e qualitativa aos doentes, para a asserção de novos indicadores de qualidade. No intuito de averiguar as léguas que medeiam a vivência entre os doentes em fase terminal e os profissionais de saúde, no tocante

à transferência do serviço, foi também examinado este aspeto, amiúde imposto por uma eficaz gestão de vagas.

No subsolo desta investigação, encontram-se as seguintes questões de investigação: “De que modo os indicadores de saúde atuais, acoplados a incentivos económicos colidem com a filosofia de qualidade dos cuidados de doentes em fase terminal de vida?”, “Quais os domínios de qualidade, dos cuidados de saúde a doentes em fase terminal de vida?”, “Qual o efeito da transferência de serviço de doentes em fim de vida, sobre a sua qualidade de vida intra-hospitalar?”.

## 4.2 Apresentação e análise dos dados - Questionários aos doentes

### 4.2.1 Perfil sociodemográfico da amostra

Do processo de recolha de dados da amostra, referente a doentes em fase terminal com dor ou falta de ar, resultaram 30 questionários. No gráfico 1 são apresentadas as frequências da ocorrência do sexo dos inquiridos.

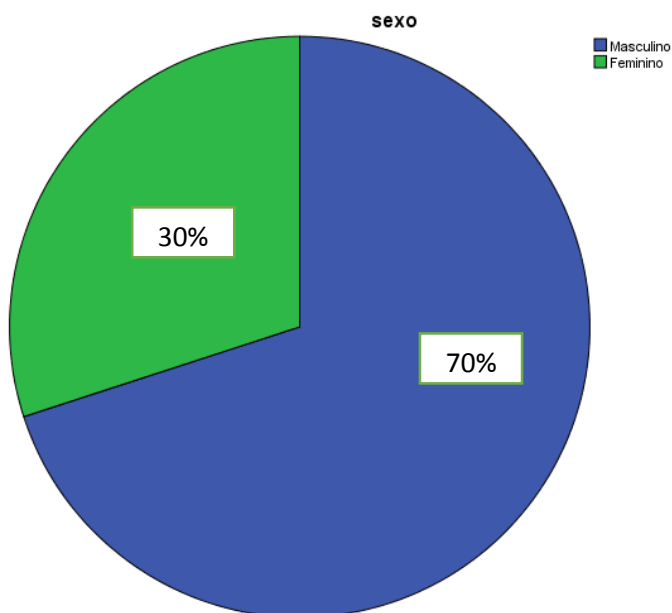


Gráfico 1 – Sexo dos doentes

De acordo com o gráfico 1, dos 30 doentes respondentes, 70% (21) são do sexo masculino, e 30% (9) são do sexo feminino.

A Tabela 1 revela a faixa etária dos doentes que compõem a amostra da pesquisa.

<b>Estatísticas Descritivas</b>						
	N	Amplitude	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	30	48	40	88	61,63	15,732
N válido (listwise)	30					

Tabela 1 - Faixa etária dos doentes inquiridos

Como evidenciado na tabela 1, a faixa etária dos doentes inquiridos, situa-se entre os 40 e os 88 anos, apresentando a média dos inquiridos 61 anos, encontrando-se ainda numa fase de vida ativa.

O gráfico 2 ilustra a faixa etária dos doentes que compõem a amostra da pesquisa.

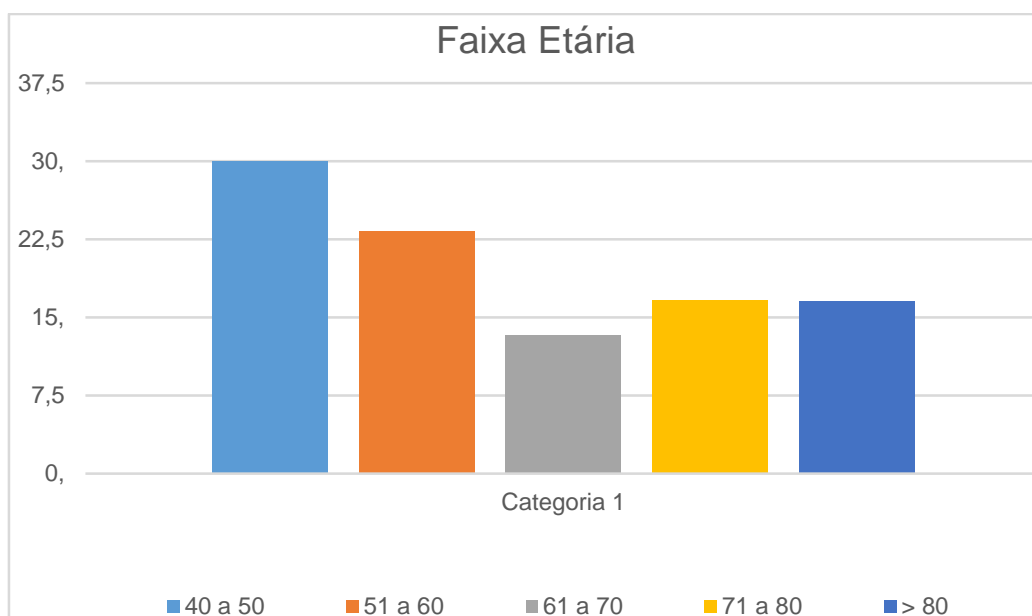


Gráfico 2 – Faixa etária dos doentes

Como podemos observar através do gráfico 2, a maioria dos doentes, 53,3%, está situada no intervalo dos 40 aos 60 anos, ou seja, formada por adultos numa fase ativa da vida. 13,3% dos doentes estão compreendidos entre os 61 e 70 anos de idade e 33,4% apresenta mais de 71 anos.



#### 4.2.2 Análise estatística dos dados (doentes)

A primeira sub-questão “De que modo os indicadores de saúde atuais, acoplados a incentivos económicos colidem com a filosofia de qualidade dos cuidados de doentes em fase terminal de vida?” refere-se a esse largo espaço, vão de indicadores harmoniosos com a filosofia dos cuidados paliativos, reduzindo os gritos de dor dos doentes a pequenos murmúrios que não chegam aos ouvidos dos profissionais porque tapados de indicadores de índole curativa. O objetivo primordial desta questão é o de encontrar os pontos de colisão entre o indicador atual de “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão” e o conforto dos doentes em fase terminal, medido de acordo com a escala da Dor, para aferimento do nível desta dimensão, quando os doentes são retirados da posição de conforto para outras posições de modo a salvaguardar a pele. Foi também medido o grau de falta de ar dos doentes nas várias posições, de acordo com a escala de Lickert, e destacada a diferença entre o grau de falta de ar na posição de alívio e noutras posições que são obrigados a cumprir, pelo risco de úlcera de pressão.

Na estimação destas proposições, surgem os resultados ilustrados nas tabelas e gráficos apresentados a seguir.

Na Tabela 2, encontra-se disposta a frequência de ocorrência de doentes que apresentam uma posição de alívio da dor.

<b>Posição de alívio de dor</b>					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	omisso	1	3,3	3,3	3,3
	Sim	26	86,7	86,7	90,0
	Não	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 2 – Frequência de doentes com posição de alívio

A tabela 2 revela que 86,7% (26) dos doentes em fase terminal apresentam uma posição de alívio da dor, por oposição a 10% (3) doentes que referem não apresentar a supracitada posição. A taxa de omissão de resposta a esta questão foi de 3,3%, isto é, apenas 1 doente.

A Tabela 3 evidencia a frequência de doentes que revelam um aumento no grau da escala de dor quando se colocam noutra posição, que não a de conforto.

		<b>Aumento de dor noutra posição</b>			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Omissão	2	6,7	6,7	6,7
	Sim	25	83,3	83,3	90,0
	Não	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 3 – Frequência de doentes que apresentam aumento de dor noutra posição, que não a de conforto

A tabela 3 ilustra que 83,3% (25) dos doentes em fim de vida referem aumento da dor aquando noutra posição que não a de conforto, em contraposição a apenas 10% (3) dos 30 doentes que referem não sentirem um acréscimo de dor noutras posições. Nesta questão verificou-se uma percentagem de 6,7% (2) de respostas omissas.

#### 4.2.2.1 Análise Descritiva da Dimensão “Dor”

Com o intuito de responder ao grau de disparidade do nível de dor dos doentes em fim de vida, quando mantidos na posição de conforto e quando submetidos a outros posicionamentos não preferenciais, foram colocadas algumas perguntas, descritas na Tabela 4.

### Estatísticas Descritivas

	N	Amplitude	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Nível de dor habitual	30	7	0	7	3,20	2,024	4,097
Apresenta uma posição de alívio de dor	30	2	0	2	*1,07	,365	,133
Nível dor na posição de alívio	30	6	0	6	2,47	1,525	2,326
Apresenta aumento da dor noutra posição	30	2	0	2	*1,03	,414	,171
Nível de dor quando não estão na posição de alívio	30	10	0	10	6,17	2,793	7,799
Alívio de dor quando muda de posição	30	2	0	2	*1,93	,365	,133
N válido (listwise)	30						

\*variável nominal: 1 - sim; 2 - não.

Tabela 4 – Estatística descritiva da dimensão “Dor”

Pode observar-se por meio da tabela 4, a existência de uma diferença estatisticamente considerável entre as médias respeitantes ao nível de dor na posição de alívio (2,47) e ao nível de dor noutra posição que não a de conforto, (6,17). É patente ainda o decréscimo da média do nível de dor habitual (3,20), quando o doente se coloca na posição de conforto (1,07), bem como um aumento da média da dor comum (3,20), quando o doente se posiciona para outro decúbito, que

não o de conforto (6,17). A constatação destes factos corrobora firmemente a hipótese inicialmente formulada de que o cumprimento do indicador de qualidade “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão” contraria o princípio fundamental dos “Cuidados Paliativos”, o conforto do doente.

Pautando-se, ainda, nos valores da tabela 4, no que concerne ao desvio-padrão relativo às variáveis, posição de alívio da dor, aumento da dor noutra posição, alívio da dor quando muda de posição, podemos verificar que sendo o desvio-padrão “uma medida de dispersão e o seu valor reflete a variabilidade das observações em relação à média” (Lunet et al., 2006, p.55), existe uma baixa dispersão das respostas relativamente à média, ou seja os valores das respostas encontram-se cerca da média, o que revela uma pequena variância da amostra e uma maior precisão da estimativa das repostas. Deste modo, a maioria dos doentes em fase terminal refere apresentar uma posição de alívio da dor (posição de conforto), denuncia um aumento considerável de dor noutra posição que não a de conforto, e não sente um alívio da dor quando cambia de posição.

#### 4.2.2.2 Análise Estatística da dimensão “Falta de ar”

No propósito de conferir maior robustez à análise do confronto entre o indicador “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão” e o conforto do doente, foi medido o seu impacto na dimensão “falta de ar”, o segundo maior obstáculo à qualidade de vida, a seguir à dor dos doentes em fim de vida, como se irá constatar adiante, neste estudo.

A Tabela 5 expõe as frequências de ocorrências de doentes que referem respirar melhor numa determinada posição.

**Respira melhor em alguma posição**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Omissão	16	53,3	53,3	53,3
	Sim	13	43,3	43,3	96,7
	Não	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 5 – Frequência de doentes que respira melhor numa determinada posição

Com base nos resultados da Tabela 5, podemos verificar 43,3 % (13) dos doentes respiram melhor numa determinada posição (posição de conforto), ao passo que apenas 3,3% (1) refere não apresentar nuances na dificuldade respiratória consoante a posição. 53,3% das respostas são omissas, por não caberem nessa variável, 16 dos 30 doentes questionados. Posteriormente, foram questionados os doentes quanto ao agravamento do grau de falta de ar sentido noutra posição, que não a que proporciona maior ventilação pulmonar. Os resultados estão dispostos na Tabela 6.

**Quando muda dessa posição sente agravamento da falta de ar**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Omissão	16	53,3	53,3	53,3
	Sim	12	40,0	40,0	93,3
	Não	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 6 – Frequência de doentes que sentem agravamento da falta de ar noutra posição, que não a de conforto

Os resultados evidenciados na tabela 6 demonstram que 40% (16) dos doentes revelam agravamento da falta de ar aquando a alternância da posição de conforto, para outra. Por outro

lado, apenas 6,7 % refere não experimentar agravamento da falta de ar na troca de decúbitos. 53,3% (16) dos doentes em fase terminal questionados, não apresentavam falta de ar, pelo que se manteve esta a taxa de omissão de resultados para a variável em questão.

Uma vez determinado o número de doentes que revela alívio ou agravamento da falta de ar, na alternância de posições, o passo seguinte é verificar a forma como a alternância da posição de conforto para outras posições, que não essa, interferem no seu grau de “falta de ar”. Os dados obtidos estão dispostos nos gráficos abaixo ilustrados. O gráfico 3 mostra a frequência do grau habitual de falta de ar dos doentes.

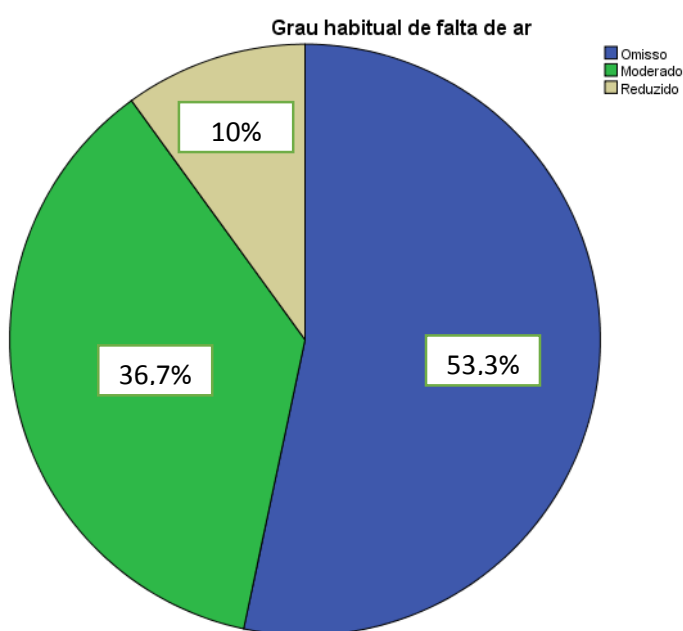


Gráfico 3 – Frequência do grau habitual de falta de ar dos doentes

No gráfico 3 podemos observar que 36,7% (11) dos doentes apontam para um grau moderado de falta de ar habitual, e 10% (3) um grau reduzido. Com relação à taxa de omissão, 53,3% dos doentes não respondeu às questões alusivas à variável “falta de ar”, por não padecerem deste sintoma.

O Gráfico 4 apresenta as frequências de ocorrências dos diferentes graus de falta de ar dos doentes, na posição de alívio.

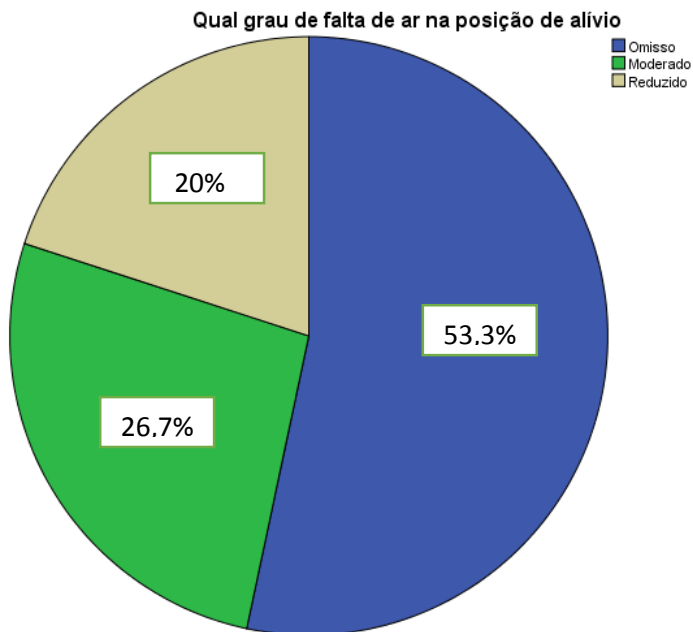


Gráfico 4 – Frequência do grau de falta de ar dos doentes na posição de alívio

No gráfico 4, que remete para a falta de ar na posição de alívio, é perceptível uma redução do grau enunciado no gráfico 2, sendo que apenas 26,7% (8) se mantiveram no grau moderado, enquanto 20% (6) apontaram para o grau reduzido. De seguida, são ilustradas no Gráfico 5, as frequências de ocorrências dos diferentes graus de falta de ar dos doentes aquando outra posição, que não a de alívio da dificuldade respiratória.

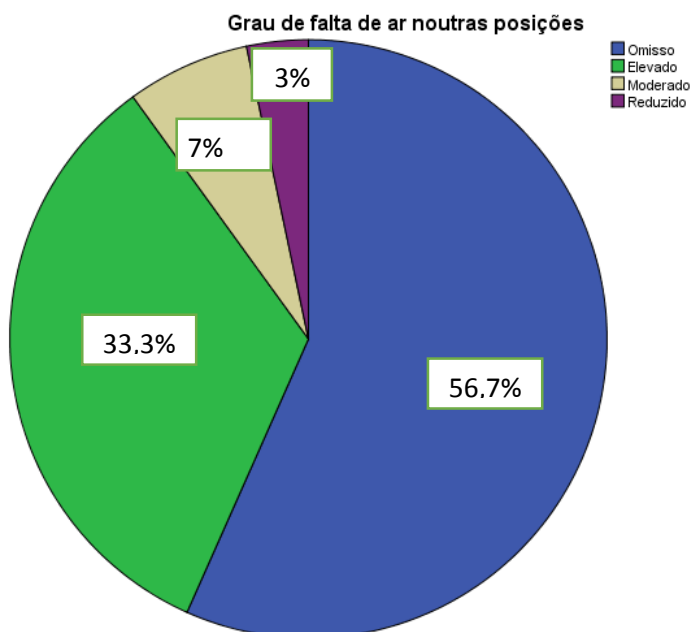


Gráfico 5 – Frequência do grau de falta de ar dos doentes noutras posições, que não a de conforto

Com relação à falta de ar, noutras posições que não a de conforto, o gráfico 5 revela o surgimento do supremo grau de falta de ar, o elevado, sendo mencionado por 33,3% dos doentes (10). 6,7% (2) enunciaram o grau moderado e apenas 3,3% (1), revelou manter-se no grau reduzido.

Por meio da análise dos gráficos 2, 3 e 4 podemos verificar que à semelhança da dor, a alternância de posicionamentos, causa a exacerbação do outro sintoma que mais assola os doentes em fase terminal, a dificuldade respiratória. Em conformidade com os percentis de dor, a falta de ar também regista um incremento do seu grau habitual quando os doentes não se encontram na posição de conforto, neste caso, na que respiram melhor. Em contrapartida, verifica-se uma franca diminuição do grau de falta de ar quando estão posicionados no decúbito que facilita a ventilação pulmonar. Estes resultados podem ser facilmente captados através dos gráficos acima ilustrados.

#### 4.2.2.3 Frequência de feridas dos doentes resultantes da permanência na sua posição de conforto

Sendo as feridas efeitos do tempo último que largou o vagabundo desejo da mudança, até do mais buliçoso corpo, para viver na quietude do seu conforto, foram questionados os doentes acerca da presença de úlceras de pressão, e do desconforto por elas causada, encontrando-se os resultados enunciados na tabela 7.

<b>Apresenta ferida resultante da permanência na posição de conforto</b>					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Sim	4	13,3	13,3	13,3
	Não	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela 7 – Frequência de feridas nos doentes inquiridos, resultantes da permanência na posição de conforto



Vale ressaltar o facto de que 86,7% dos doentes inquiridos não apresentavam nenhuma ferida ou úlcera de pressão resultante da permanência na posição de conforto. Como demonstrado na tabela 7, 13,3% dos doentes apresentavam uma úlcera de pressão resultante dessa posição, sendo de ressaltar o facto de se tratarem de úlceras de pressão grau I, isto é zonas de rubor, numa fase, o fim, que não dará grande aso ao tempo para que se escave na pele.

#### 4.2.2.4 Transferência de Serviço

A par da análise estatística centrada na validação e criação de Indicadores de Qualidade na fase terminal de vida, foi também colhida informação sobre a estratégia costumadamente utilizada pela Gestão hospitalar por que se faça um bom governo das camas vagas, a transferência de serviço dos doentes. Quando esta estratégia recai sobre as mais frágeis vidas, impõe-se uma questão que desponte maior sensibilidade para o assunto: “Qual o efeito da transferência de serviço de doentes em fim de vida, sobre a sua qualidade de vida intra-hospitalar?”.

A custosa decisão de retirar um doente do seu poiso inicial prende-se com a ligação emocional dos mesmos à equipa do serviço e ao tão debatido sentimento de ansiedade que qualquer mudança induz. É deste modo, cortado o cauto rumo dos últimos dias, desmanchando os torrões de afeto presos às raízes das emoções de quem deles cuidam, numa aflitiva transferência de serviço por que se faça uma boa gestão de vagas hospitalares.

O gráfico 6 evidencia alguns aspetos interligados à transferência de serviço que interferem negativamente na qualidade de vida dos doentes.

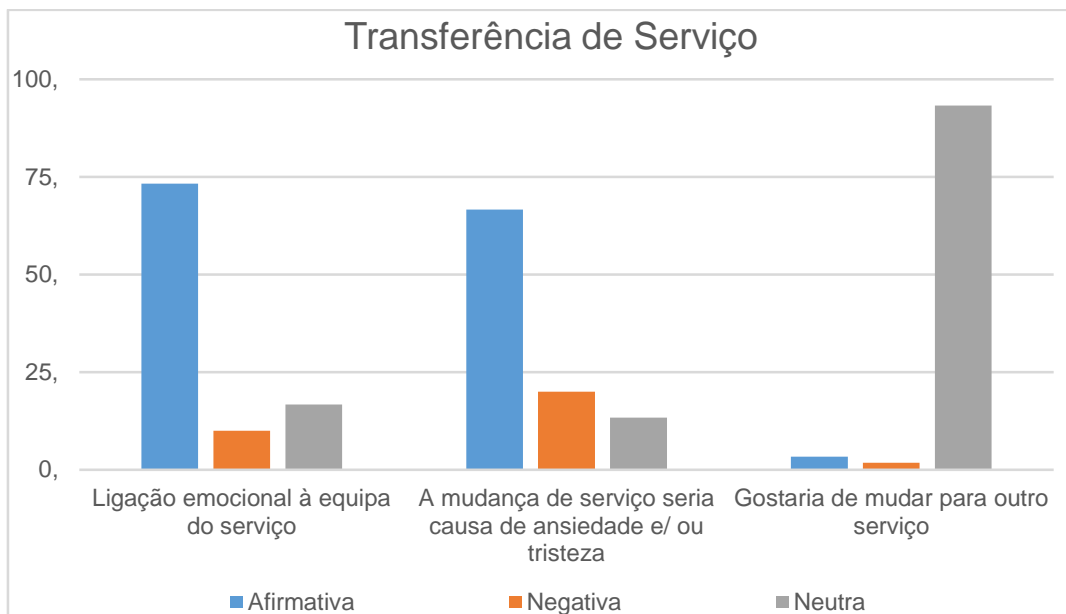


Gráfico 6 – O impacto da transferência de serviço nos doentes em fase terminal de vida

Como observável através do gráfico 6, foram analisadas 3 dimensões respeitantes à “transferência de serviço”, ilustrativas do seu impacto negativo na vivência do internamento dos doentes em fim de vida: a ligação emocional à equipa do serviço, a ansiedade e a tristeza que o desprendimento desta incute, e ao desejo em mudar de serviço. A resposta negativa dos doentes (93,3%) alusiva à última dimensão, a vontade de serem transferidos de serviço, é reflexo da resistência à mudança, ampliada nesta fase final, enquanto a percentagem de respostas afirmativas, 73,3% relativamente à “ligação emocional à equipa do serviço” e 67% no tocante a “a mudança de serviço seria causa de ansiedade e/ou tristeza”, espelha a contradição de sentimentos relativos ao bem-estar preconizado no internamento destes doentes, aquando a transferência de serviço.

#### 4.2.2.5 Novos Indicadores de Qualidade para Doentes em Fim de Vida

Para além do objetivo, previamente enunciado nas questões anteriores, de encontrar os pontos de colisão do indicador “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão” e das políticas de transferência, com o conforto dos doentes em fase terminal, esta pesquisa tem como desígnio, a criação de novos indicadores que reproduzam, feito amplificador de sons, o estrépito inaudível de gemidos que, em controvérsia à filosofia dos cuidados paliativos, aumenta a cada cumprimento estrito de alguns dos indicadores vigentes. A criação de novos indicadores consonantes com a filosofia de vida dos cuidados paliativos, de prazer e conforto, terá a seguinte questão liminar: “Quais os domínios de qualidade, dos cuidados de saúde a doentes em fase terminal de vida?”. Aqui serão colocadas perguntas aos doentes, no intuito de identificar os fatores contraditórios ao conforto, preconizado nesta fase, e questões alusivas a estratégias no sentido de minorar o seu sofrimento. Isto pois, “uma abordagem mais precisa consiste em primeiro apurar que tipo de cuidados produzem os melhores (ou pelo menos níveis aceitáveis de) resultados para um dado problema (de um grupo de doentes)” (Robert, 2006, p.12).

#### 4.2.2.6 Fatores clínicos contraditórios ao conforto

A pesquisa de novos indicadores, que façam jus à qualidade de vida dos doentes em fase terminal, iniciou-se com a indagação acerca dos maiores obstáculos sentidos para o seu alcance, ao longo do internamento. A “dor” e a “falta de ar” foram os dois sintomas clínicos impeditivos da qualidade de vida, referenciados pelos doentes, como podemos observar no gráfico 7.

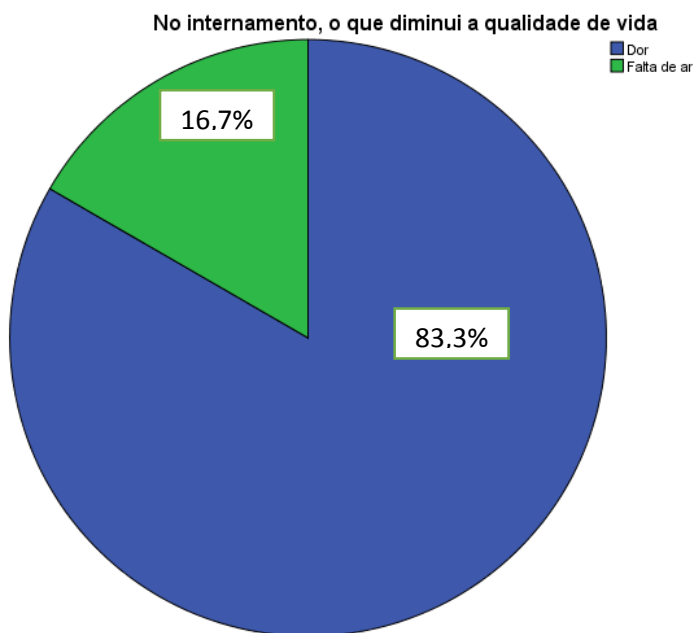


Gráfico 7 – Fatores que diminuem a qualidade de vida dos doentes em fase terminal, no internamento

Como exposto no gráfico 7, os dois principais entraves à qualidade da sua última estadia no mundo, consignados pelos doentes em fim de vida, são a “dor” e a “falta de ar”, sendo possível constatar que existe uma desproporção entre estes, sendo a dor, em 83,3% (25) dos casos, o espinho que os punge com maior truculência e frequência abaixo da pele. A “falta de ar” foi referida como principal obstáculo à qualidade de vida por 16,7% (5), dos doentes questionados.

#### 4.2.2.7 Fatores associados ao internamento que não minoram o sofrimento dos doentes

Para além da dimensão clínica, sobram alguns determinantes do meio, não facilitadores de uma vivência amena do internamento. Destacam-se nesta pesquisa os seguintes condicionantes: as horas vagas, que nisso é farto o internamento, a televisão (e a sua inaptidão para as preencher), e os pensamentos negativos que vagueiam nesse arsenal de horas.

Os gráficos 8, 9 e 10 ilustram o impacto desses aspetos, do lado de quem os experimenta.

O Gráfico 8 dispõe o número de doentes que considera o dia no internamento, uma compilação de horas de nada, exceto do absoluto marasmo.

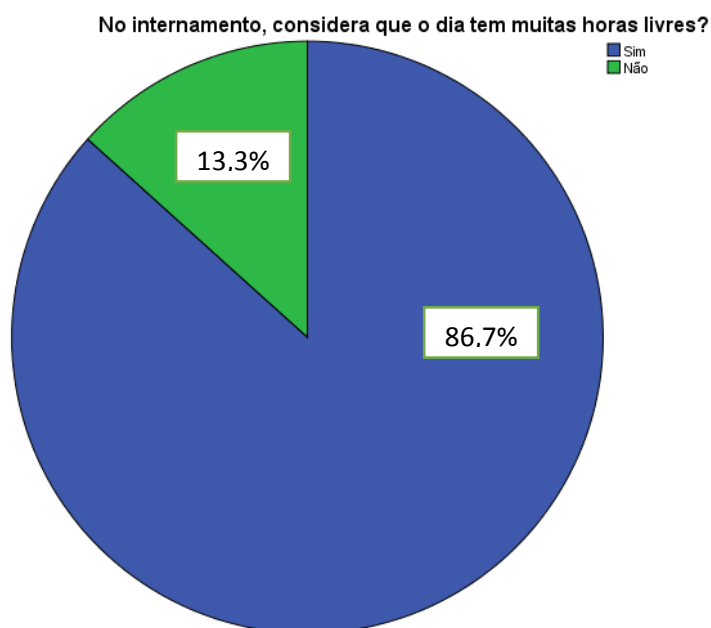


Gráfico 8 – Número de doentes que considera que o dia tem muitas horas livres

Como pode ser observado no gráfico 9, 86,7% (26) dos doentes entrevistados consideram que os dias no internamento têm muitas horas vagas. É de ressaltar que os 13,3% dos doentes que responderam contrariamente se situavam na faixa etária compreendida entre os 82 e 86 anos, numa fase de vida notavelmente menos ativa que a média dos inquiridos, o que poderá constituir um fator relevante para a percepção encurtada do tempo. Um tempo que, segundo a maioria, não se preenche com a televisão, único passatempo para quem todo o tempo já passou, como podemos constatar no Gráfico 9.

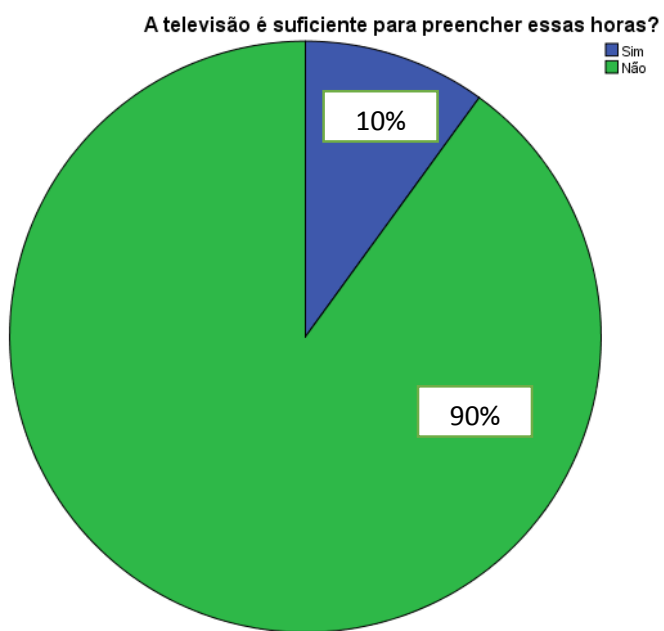


Gráfico 9 – Número de doentes que considera a televisão suficiente para preencher as horas livres

Pautando-se nos resultados do Gráfico 9, percebe-se que a maioria dos doentes, 90% (27), consideram que a televisão não é suficiente para preencher a vastidão de horas vagas do internamento.

O vazio das horas que sobram das rotinas propicia a disseminação de pensamentos nocivos, assolando o espírito de grande parte dos doentes em fim de vida, como podemos verificar no gráfico 10.

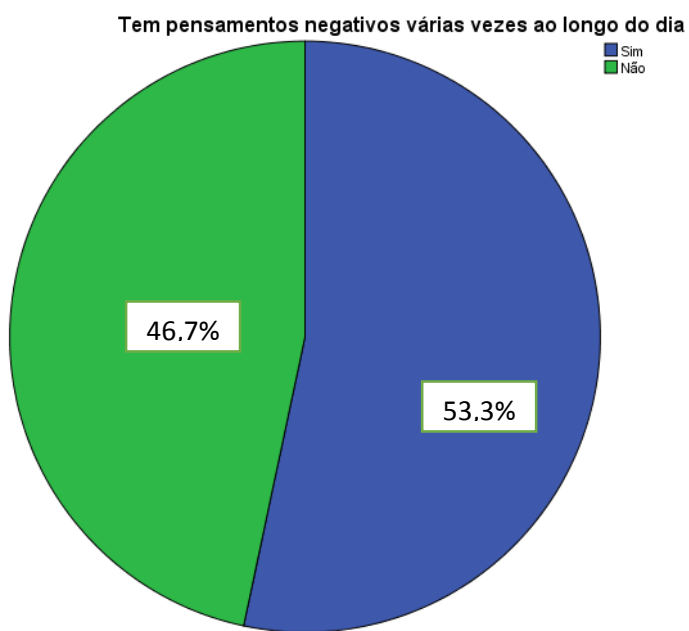


Gráfico 10 – Número de doentes que tem pensamentos negativos várias vezes ao longo do dia.

Com relação à frequência de pensamentos negativos ao longo do dia, pode-se constatar no gráfico 10, uma preponderância, 53,3% (16) dos que afirmaram serem assolados pelos mesmos no decorrer do internamento.

#### 4.2.2.8. Estratégias para minorar o sofrimento, dos doentes, associado ao internamento

Nesta fase do estudo foi solicitado aos pacientes que indicassem se teriam gosto em realizar uma atividade, ao longo do internamento, pela qual sentissem paixão ou prazer.

O gráfico 11 oferece a leitura da resposta a este item.

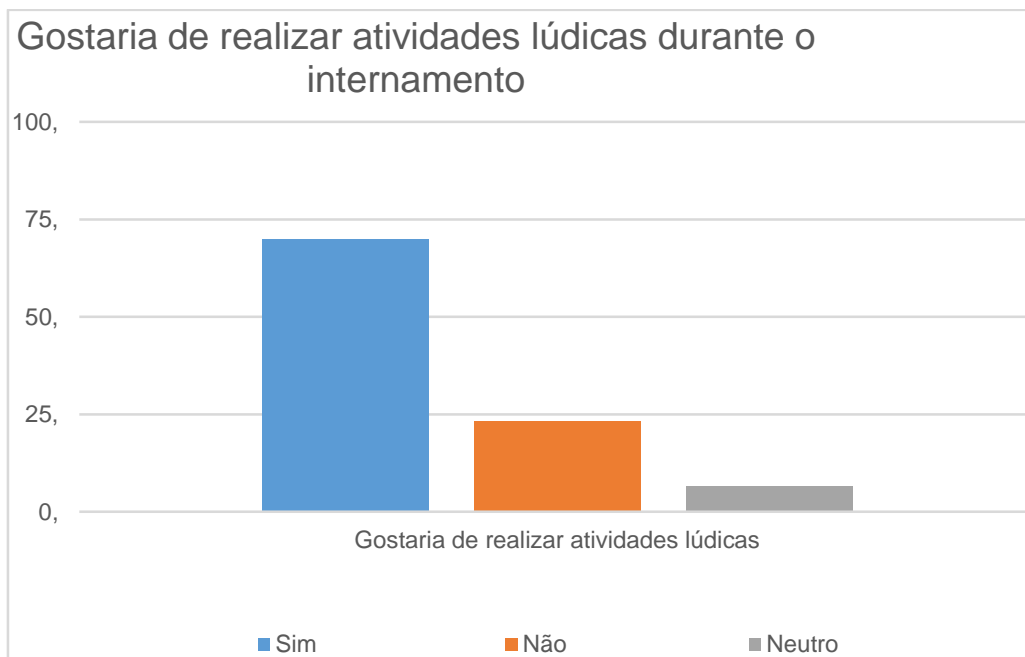


Gráfico 11 – Número de doentes que gostaria de realizar atividades lúdicas durante o internamento

Reforçando a ideia de um projeto artístico ocupante das horas vagas, servem os resultados do gráfico 11, onde 70% dos doentes em fim de vida demonstram interesse em realizar atividades lúdicas que preencham as horas vagas que a televisão não ocupa, servindo igualmente de um resguardo à ofensiva dos pensamentos negativos. Apenas 23,3% responderam negativamente pelo facto de não serem capazes de realizar qualquer atividade, tendo em conta as suas limitações nosológicas. 6,7% dos doentes não responderam a esta questão.

No intuito de amenizar o tempo, que sem pressa, arrasta o internamento ao desespero da infinidade, procurou-se conhecer se os doentes gostariam de sair do hospital, durante 12 horas, para confeccionar um dia com o seu sabor preferido da vida. O Gráfico 12 apresenta os resultados.



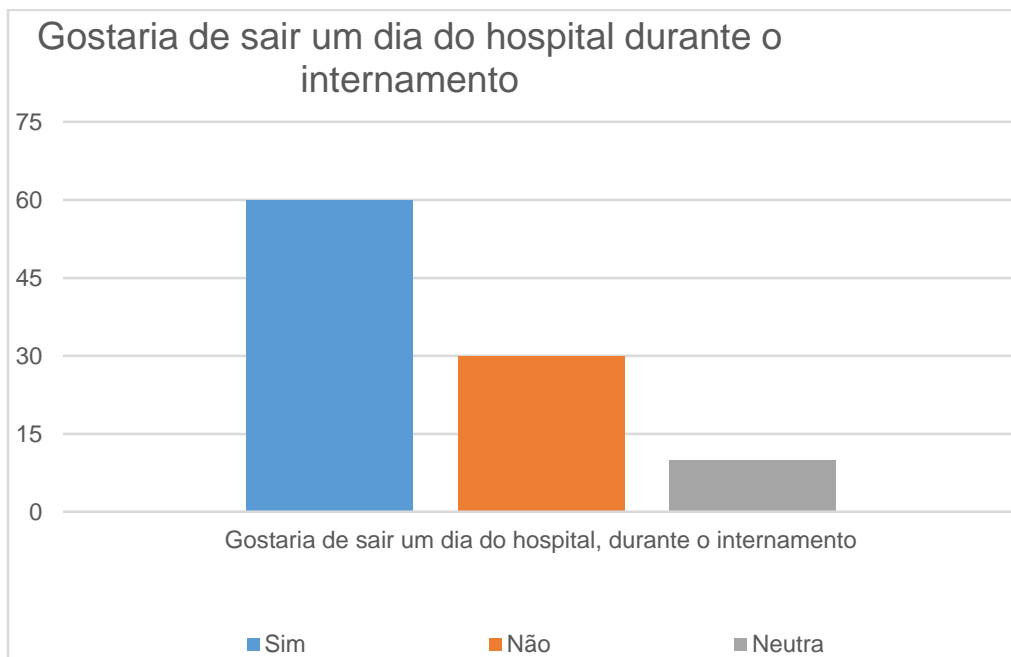


Gráfico 12 – Número de doentes que gostaria de sair um dia do hospital durante o internamento

Quando a vida não é mais do que um sucessivo transir na geada da última estação, apartada do aconchego do lar, 60% dos doentes revelaram, como evidenciado no Gráfico 12, vontade de, durante a sua estadia no hospital, poder sair um dia para se confortarem no lume brando do lar, da família, dos amigos... Contudo, 30% dos doentes não concordaram com o desfrute de um dia longe do hospital, por premonitoriamente sentirem que lhes seria custosa a “imposição” do seu fim. 10% dos doentes não responderam à questão. Esta informação será complementada pelos dados obtidos nas entrevistas aos doentes.

#### 4.2.3 Discussão dos resultados dos questionários aos doentes

##### 4.2.3.1 O Indicador de Qualidade “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão” versus o conforto dos doentes em fim de vida

Em 83,3% dos doentes inquiridos constatou-se um aumento considerável da dor, verificando-se uma diferença de 5,1 valores na escala da dor, entre a dor sentida na posição que não a de alívio (6,17) e o nível de dor na posição de alívio (1,07), o que representa um incremento significativo na dor, mote frequente do internamento, e conseqüentemente na intromissão do supremo valor da vida de doentes terminais, a sua qualidade. Hodiernamente a qualidade no fim de vida não se reverbera nos cuidados por não se cristalizar em indicadores idôneos ao seu alcance, mas antes por outros, unicamente virados para a luz curativa que acabam por imprimir atitudes dicotômicas ao principal desígnio dos cuidados paliativos: o conforto. Esta constatação reafirma a necessidade da existência de “objetivos diferenciados para grupos específicos de doentes” (Boeckxstaens et al, 2011, p. 13), de forma a criar indicadores ajustados aos objetivos identificados em cada grupo de doentes nesta circunstância, dos doentes em fase terminal de vida. Há, deste modo, na atualidade, uma contrariedade total da filosofia dos cuidados paliativos, promulgada pela Organização Mundial de Saúde.

Como realçado nos valores do estudo em 83,3% dos casos, a dor é a principal inimiga do escopo paliativo, seguida pela dificuldade respiratória, factos relatados pela real fonte das mais fidedignas medidas da Qualidade dos Cuidados, a sua terra matriz, os doentes. Uma investigação que se encontra em concordância com a suportada pela literatura a qual enaltece a obtenção de resultados através da investigação da “necessidade sentida” dos doentes ao invés da “necessidade normativa”, emitida por perceções de peritos e profissionais de saúde, alicerces da criação de indicadores de qualidade atuais (Boeckxstaens et al, 2011, p.2,3). Isto é, de acordo com “a complexidade do indivíduo e não só com a complexidade da doença.” (Boeckxstaens et al, 2011, p.12,13).

Verificou-se igualmente um aumento do grau de dispneia, de moderado (26,7%) para elevado (33,3%), e um aumento do grau reduzido (3,3%) para o moderado (10%), dos doentes que são contrariados da sua posição de conforto, que sorve ar aos ávidos torrões pulmonares, afeção única para alguns, para outras posições que tornam o avaro ar mais miúdo, por mor do risco de úlcera de pressão. Por outro lado, os que são acometidos pelo infeliz infortúnio de não caberem no talhão neoplásico do latifúndio terminal, a oncologia, serão internados em áreas médicas onde

reina o indicador “Taxa de Mortalidade no Internamento ajustada”, o qual constitui o “Somatório da taxa de mortalidade no Internamento, associada a cada GDH que origine Internamento no Hospital de Braga, ponderada pelo peso do respetivo GDH no total dos Episódios de Internamento nos hospitais do Grupo de Referência selecionados para determinar o valor de referência anual. Mais concretamente, a taxa de mortalidade no Internamento ajustada calcula-se da seguinte forma:

$$\Sigma = \sum_{i=1}^n \text{Hosp Grupo Ref. Tx mortalidade GDHi} \times \text{Peso GDHi}$$

São, deste modo, os doentes em fase terminal, por outras afeções que não oncológicas, misturados na areia curativa que almeja a todo o custo a vida, ainda que vida não seja, pelo menos não a que abunda de paisagens verdejantes, mas de terra árida de vermelho sangrado, derramado a cada técnica invasiva para salvaguardar a sobrevivência de todas as dividendas do organismo, conforme se irá constatar adiante, no depoimento dos profissionais de saúde, na parte cabida à análise qualitativa. Assim se engrenam técnicas que, invadindo todos os tonéis, arcos e côvados de tubos, assegurem o enchimento das imóveis bolsas e foles interiores, que outrora buliam a cada saborosa fruição dos prazeres da vida agora insondáveis ao corpo, que já se desligou do mundo.

Vigoram indicadores que erguem do chão deserto dos cuidados, muros, onde turraram com violência as quebrantadas almas. No sopé dos muros amontoam-se em corcovas de pó, a humanidade desfeita. Na paisagem agreste dos cuidados paliativos, se talharam profundos carreiros ladeados de indicadores que, sob o seu incontestável distintivo de ordem mestre, a qualidade, indicam feito sinais de trânsito, o soberano caminho da pacificada jornada, para o abisso da sua contradição. Correm assim os doentes do seu doce poiso para o internamento sob a perpétua perseguição das mais temíveis e insustentáveis afeções do corpo: a dor que coze da pele aos ossos e do ar que não se sabe para respirar. Não faltam no hospital, oxigênio e aparelhos que agarrem esse elemento no esquivo ar, e infusões narcóticas que aplainem os gumes da escala da dor, em pacatos valados. Contudo, correm por retorcidas vias, sinalizadas por indicadores que ostentam a divisa da qualidade, mãos cuidadoras que operam nos tempos devidos e assinalados, acatados sob o raciocínio obnubilado das sacratíssimas taxas em que cada décima uma moeda, posicionamentos, ainda que sobre a gadanha escavadora da dor, ou o esmagador decúbito do ínfimo espaço pulmonar capaz de trocar oxigênio por dióxido de carbono. Tudo isto em prol da mais fina e exterior fita do corpo, a pele. Por que não se amarrote ou esburaque o tule, o revestimento exterior de um corpo já putrefeito por dentro. Uma realidade que vai de encontro aos

estudos empíricos acima aludidos por Petersen et al, (2006), desenvolvidos pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, onde se descobriu que os incentivos económicos aliados a certas situações clínicas podem constituir um fator obstrutivo à qualidade.

O conforto dos doentes foi aferido de acordo com a dor e falta de ar, que como comprovado pela análise quantitativa, constituem as causas majoritárias de diminuição da qualidade de vida durante o internamento hospitalar. Um resultado aferido seguindo o princípio de um proeminente gestor já enunciado na literatura, “... assegure-se que compreende o que os doentes desejam, passe algum tempo com eles, oiça as suas opiniões...” (Crisp, 2014, pág. 32). Constata-se assim, muitas vezes, uma dicotomia entre os motivos do internamento, dor e dificuldade respiratória, e as intervenções executadas pela equipa de enfermagem, que agravam a sua escala, ao abrigo dos indicadores de qualidade vigentes. Estes resultados vêm a confirmar a necessidade, já enunciada na literatura, de definir “objetivos diferenciados para grupos específicos de doentes” (Boeckxstaens et al, 2011, p. 13).

#### 4.2.3.2 Frequência de Úlceras de Pressão decorrentes da permanência na posição de conforto

Quanto à presença de feridas, podemos verificar, mediante a tabela 7, “apresenta ferida resultante da permanência na posição de conforto” que na maioria dos casos (86,7%) não houve tempo de as desenvolver, e as que surgiram, em 13,3% dos doentes, tratavam-se de zonas de pressão, isto é, zonas de rubor, prelúdios de feridas que não terão tempo a desenvolver-se pelo tempo que não basta. São, deste modo, um mal menor a adquirir em prol do conforto do doente, princípio máximo dos Cuidados Paliativos.

#### 4.2.3.3 A transferência de Serviço

A transferência de serviço constitui para a maioria dos doentes que findam a vida, um acréscimo à dor, complementando a espiritual à já assinalada corporal. Revelam sentimentos de tristeza e ansiedade, indicadores claramente descritos como obstáculos à qualidade de vida no seu fim, de acordo com a designação de Cuidados Paliativos consignada pela Organização Mundial de Saúde.

Sobressai neste tema o dilema enunciado na literatura entre utilitarismo e equidade. Como asseverado por Olsen (1997) quando a necessidade é definida em termos de benefício, o utilitarismo procede à distribuição dos recursos, em beneplácito dos detentores de maior capacidade para beneficiar dos seus cuidados. É aqui que a perspectiva Rawlsiana infunde a sua preocupação com os indivíduos assolados pelas mais precárias condições de saúde.

Aplicando o previamente enunciado “Princípio da diferença”, onde a necessidade é definida consoante a situação inicial de saúde, a visão do regime Rawlsiano irá direcionar, sem reservas, os recursos aos mais desfavorecidos de saúde na sociedade. Contudo, Rawls admite a falaz ilusão de universalidade do “Princípio da diferença” na saúde, por abundarem nesta, pormenores que subitamente induzem uma rápida mudança dos pensamentos mais esmerados, sendo obrigados, por força de outros motivos, a depor da sua lógica. Deste modo, aquilo que tão profusamente venho a defender, a vulnerabilidade humana, puída pela maior dor sentida na contagem dos últimos dias, poderá ocupar o lugar último, amontoada no mesmo desvão da doença, no seu extremo, à luz do porvir dos passos firmes na terra, dos que que gozando de idades menores e augúrios melhores de saúde, fruirão, no apurado cálculo probabilístico, de maior número de páginas à direita nas suas agendas do tempo terreal. Refiro-me ao dilema que envolve a “transferência de serviço”, um fator de perturbação dos pacientes, cristalizado nos resultados do Gráfico 5, e uma estratégia da Gestão hospitalar que forçosamente se realiza para contrabalançar os efeitos nefastos de uma situação anómala, o fluxómetro de doentes, no caudal desregrado dos dias invernais. Uma situação que ocorre, como referido anteriormente na literatura, por uma falha nos cuidados de saúde primários “levando a um encaminhamento inadequado dos utentes para os SU”, com a agravante do processo “... difícil, lento, moroso” da Rede de Cuidados Continuados e Paliativos, “implicando uma barreira relevante para a disponibilidade de camas nos internamentos hospitalares de agudos” (Próspero, 2016, pp. 11 - 12). A visão utilitarista, no caso do serviço inicial se tratar de Cardiologia, daria primazia ao doente cardíaco em relação ao doente em fase terminal de vida. Uma estratégia com o intuito de maximizar os resultados em saúde, aferidos de acordo com o cálculo probabilístico, insofismável, do número de dias consideravelmente maior de usufruto de vida cabidos aos primeiros, frente à cominatória missiva do fatal diagnóstico dos últimos. A visão pura de Rawls confinaria o primado da permanência no serviço de Cardiologia aos que se encontrassem prestes a arrancar dele, não para outro serviço, mas para o mais alto céu, ou seja aos que estivessem em piores condições de saúde, os doentes em fim de vida. No entanto, Rawls assume a necessidade de exceção à regra.

A saúde é uma área distante dos polimentos do consenso, onde reside um elevado potencial de conflitos entre os objetivos de cada uma das teorias de distribuição de justiça, advindas das diferentes perspectivas filosóficas, que sob o propósito primordial da vida em si mesma, acumulará tréguas unilaterais da equidade, pois nem sempre quem mais necessita de determinado cuidado de saúde, será o que produzirá um melhor resultado, neste caso, de Vida. O critério de necessidade promulgado pela equidade poderá, deste modo, ser ambíguo em determinadas situações. Várias necessidades pelejam pelo primado no pódio, no que concerne à “transferência de serviço”, como a necessidade de se atuar conforme a vulnerabilidade humana (num doente em fase terminal) e a vulnerabilidade corpórea (de um doente cardíaco), ambos desejando permanecer no serviço de Cardiologia, um por motivos de transcendência corporal, os de alma, e outros por imperiosidade do risco da morte se assenhorar da sua vida num átimo de tempo, caso não se encontrem no lugar cabido à sua especialidade. Neste contexto, “Williams verificou que separar os aspetos mais amenos do cuidar dos aspetos clínicos é complexo e concluiu que tentar lidar com conflitos como estes “numa única organização seria uma árdua tarefa”, mantendo-se, no entanto, na atualidade, “a preocupação em reduzir as iniquidades nos Cuidados de saúde” (Smith & Normand, 2011, p. 209).

Esta realidade ecoa o desígnio da teoria de Rawls, a de lograr uma melhoria do estatuto dos menos beneficiados na sociedade. No entanto, a ditosa estratégia realça igualmente a justiça no acesso aos serviços mediante a necessidade. “ É amplamente aceite que uma das preocupações centrais da estratégia é promover o acesso justo aos serviços, com base em necessidade identificadas objetivamente, do que em outro qualquer fator...” (Smith & Normand, 2011, pp. 200-201). É aqui, flagrante a unanimidade da conduta que abriga os doentes cardíacos no seu alojamento preferencial, o serviço de Cardiologia, à força irrevogável do valor da Vida, não largando, no entanto, os ouvidos, dos clamores de vida que ainda cintila nos que pressentem a morte próxima.

#### 4.2.3.4 Novos indicadores no fim de vida

Por que se criem novos indicadores de saúde, harmonizados com a qualidade que os doentes desejam é necessário passar algum tempo com eles, na sua averiguação. “Se eu tivesse que dar um conselho a um jovem gestor hospitalar em Portugal, dir-lhe-ia: assegure-se que compreende as questões de natureza clínica, assegure-se que compreende o que os doentes

desejam, passe algum tempo com eles, oiça as suas opiniões; passe também algum tempo junto dos médicos e dos enfermeiros” (Crisp, 2014, pág. 32). Foi nesta premissa que se desenvolveu a investigação quantitativa e qualitativa, permitindo aferir novos indicadores de Qualidade, ajustados à fase terminal de vida, de modo a “...dar mais empowerment aos doentes, deixá-los tomar conta de coisas que lhes dizem respeito... (Crisp, 2014,p.33).

Uma ideia que encontra sustentação no termo desenvolvido pelo atual “Picker Institute”, os “cuidados centrados no paciente”, o qual definiu”... 8 dimensões fundamentais numa abordagem centrada no utilizador/ doente: rapidez no acesso aos cuidados de saúde; garantia de cuidados de qualidade; participação nas decisões e respeito pelas suas preferências; informação clara, compreensível e apoio à autonomia; amenidades; apoio emocional, empatia e respeito; envolvimento de familiares e cuidadores; e continuidade de cuidados” (Correia, 2014, p. 37). Por outro lado, como já mencionado, Epstein, Fiscella, Lesser & Stange (2010) afiançam que uma visão centrada no doente melhora os resultados em saúde e qualidade de vida dos pacientes.

#### 4.3 Apresentação e Análise dos dados - Questionário aos Profissionais de Saúde

Na construção de um novo corpo de conhecimentos, são expostos, nesta fase do trabalho, gráficos que demonstram os resultados dos questionários aos profissionais de saúde, mais especificamente aos enfermeiros dos serviços de Cardiologia/Pneumologia, Oncologia e Medicina Interna, relativamente ao dilema consagrado nos doentes em fase terminal de vida, entre atender ao seu conforto ou ao cumprimento de atitudes veladoras do indicador “Taxa de ocorrência de Úlceras de Pressão”. Analisando os gráficos que se seguem podemos verificar que as duas primeiras categorias “não altera a posição se dor” e “retira da posição de conforto pelo risco de Úlcera de Pressão” são atreitas à prática profissional e as duas últimas categorias “o conforto é mais importante do que o risco de Úlcera de Pressão” e “a prevenção de Úlceras de Pressão é uma questão importante” dizem respeito à perceção dos profissionais de saúde relativamente ao que consideram o idóneo exercício das suas funções.

#### 4.3.1 Análise estatística dos dados

Sendo um dos objetivos deste estudo averiguar a concordância da percepção de qualidade no fim de vida, entre enfermeiros e doentes, e ainda a concertação da prática profissional com os valores que guardam no seu íntimo acerca dos cuidados paliativos, foram colocadas questões aos enfermeiros acerca dos motes da sua prática quotidiana referente ao posicionamento de doentes em fim de vida. As primeiras questões foram colocadas no sentido de averiguar se respeitam a posição de conforto dos doentes face à dor por eles manifestada, ou receando o surgimento de uma úlcera de pressão, os coagem na alternância de posição, ainda que lhes inferindo um maior nível de dor. No sentido de uma busca de dados que aferissem resultados mais precisos, foram efetuadas questões que evocassem as duas forças motrizes e dicotômicas no cuidar de doentes em fim de vida, o conforto e a prevenção de úlceras de pressão.

A última questão diz respeito ao dilema sentido pelos enfermeiros aquando a necessidade de transferência de serviço de doentes que se encontram nos últimos dias de vida, por uma gestão eficaz das vagas do hospital.

##### 4.3.1.1 Análise comparativa da importância das dimensões, “Dor” e “Risco de Úlcera de Pressão” na conduta profissional dos enfermeiros, no fim de vida

Os gráficos apresentados a seguir, evidenciam a disparidade existente na preponderância desses dois fatores, “dor” ou “risco de úlcera de pressão”, na tomada de decisão do posicionamento de doentes em fase terminal, bem como das profundas considerações dos enfermeiros em relação ao mote essencial dessa prática. O Gráfico 13 possibilita uma análise comparativa da importância da “dor” e do “risco de úlcera de pressão” na prática e nos valores subjacentes a essa parcela do cuidar, o fim de vida, por parte dos enfermeiros do serviço de Cardiologia/Pneumologia.



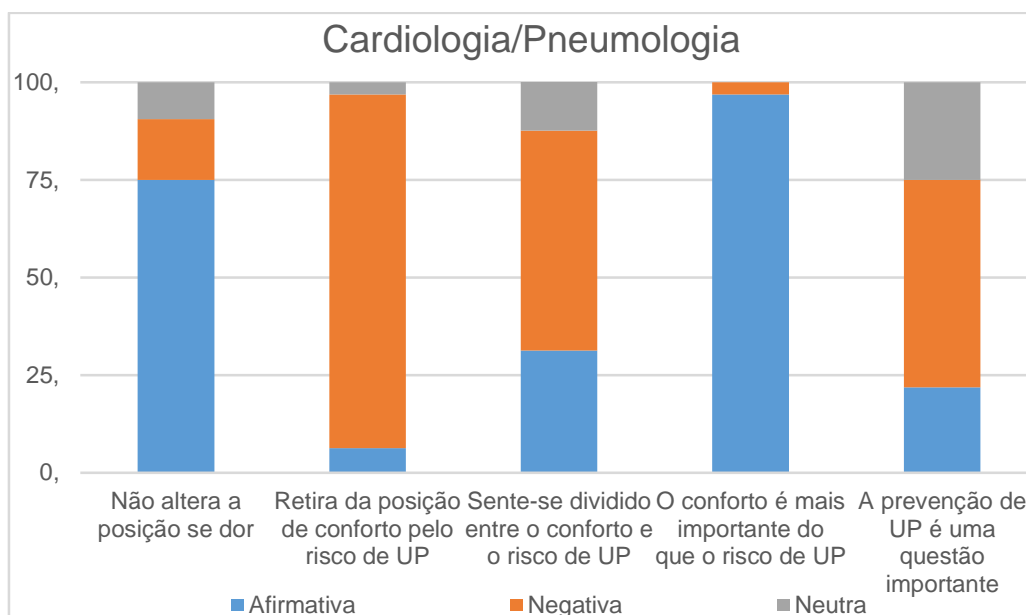


Gráfico 13 – Relevância dada pelos enfermeiros do Serviço de Cardiologia/Pneumologia à dor e ao risco de úlcera de pressão, na sua prática em doentes terminais

Como podemos observar no gráfico 13 referente ao serviço de Cardiologia/Pneumologia, tendo em linha de conta as respostas que suportam uma prática assente nos valores do conforto dos doentes em fim de vida, os resultados são elevados nessa aceção, pois 75% “não altera a posição se dor” e 90,6% não “retira (os doentes) da posição de conforto pelo risco de Úlcera de Pressão”. No que concerne às perceções desses dicotómicos escopos do cuidar, conforto e prevenção de úlceras de pressão, verificou-se igualmente uma maior proporção de respondentes do lado do conforto, onde 96,9% referem que “o conforto é mais importante do que o risco de úlcera de pressão” e 53,1% não consideram “a prevenção de úlceras de pressão uma questão importante” no fim de vida. Podemos ainda constatar que 31,3% se sentem divididos entre atender ao conforto ou ao risco de úlcera de pressão. No gráfico 14 são apresentados os resultados, relativos ao mesmo assunto discorrido nestas linhas, advindos dos questionários aos enfermeiros do serviço de Oncologia.

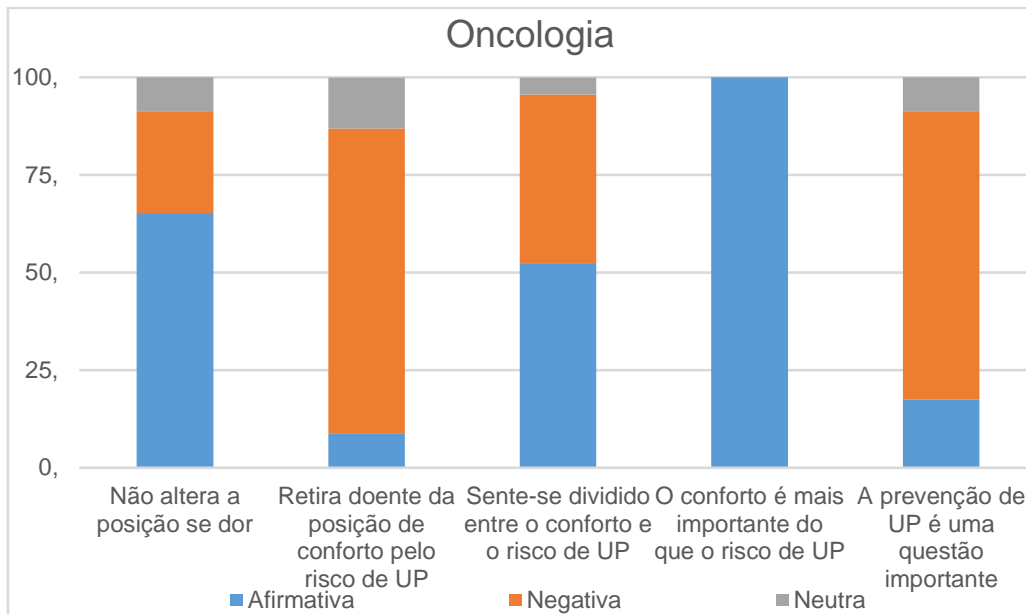


Gráfico 14 – Relevância dada pelos enfermeiros do Serviço de Oncologia à dor e ao risco de úlcera de pressão, na sua prática em doentes terminais

O gráfico 14 representa as respostas dos enfermeiros do serviço mais marcado pelo passadio de doentes em fase terminal de vida, a Oncologia. Em semelhança aos resultados dispostos no gráfico anterior, verifica-se um maior número de respostas que asseveram uma prática baseada no conforto, como refletido nas duas primeiras categorias, onde 65,2% “não altera a posição se dor” e 78,2% não “retira o doente da posição de conforto pelo risco de úlcera de pressão. Quanto à perceção do sumo valor dos cuidados em fim de vida, verificou-se uma concordância total por parte dos enfermeiros deste serviço, no que respeita à primazia do conforto. Quando confrontados com a questão do risco de úlcera de pressão, 73,9%, mantêm a sua posição, considerando um assunto de menos valia na fase terminal de vida. No que respeita à terceira categoria, 52,2% dos profissionais encontram-se divididos entre esses dois motes do cuidar. O gráfico 15 espelha os valores implícitos aos cuidados dos enfermeiros do serviço de Medicina Interna, nesta porção de vida.

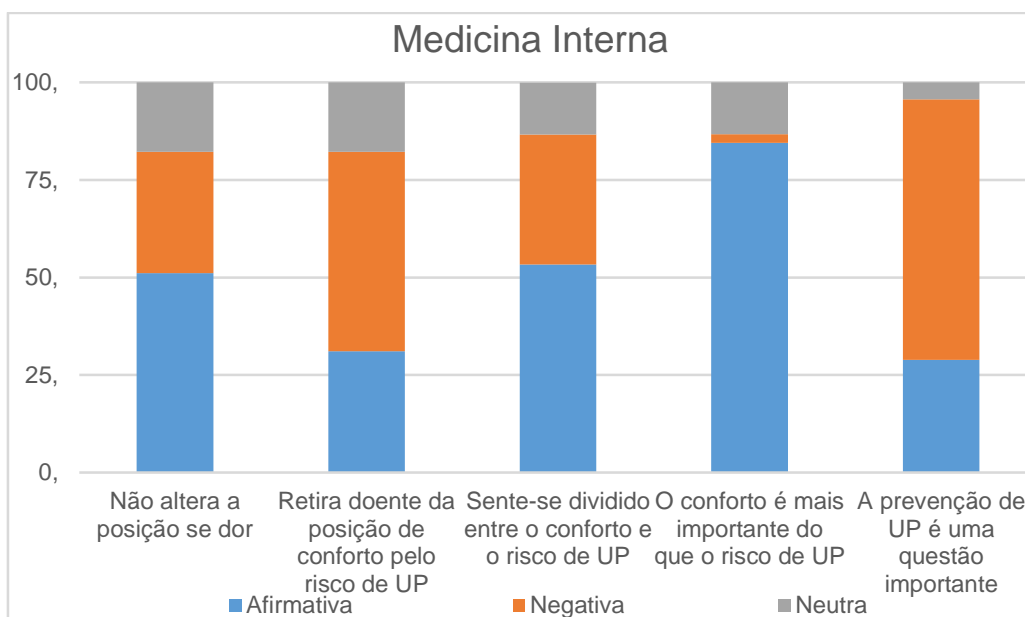


Gráfico 15 – Relevância dada pelos enfermeiros do Serviço de Medicina Interna à dor e ao risco de úlcera de pressão, na sua prática em doentes terminais

No gráfico 15, onde se encontram os resultados dos questionários aos enfermeiros do serviço de Medicina Interna, verifica-se uma maior homogeneidade de respostas, pendendo tanto para o conforto como para a prevenção de úlceras de pressão. Sobressai, nas respostas dos profissionais deste serviço, uma maior propensão, relativamente às anteriores, para apontarem a sua conduta na mira do indicador que resguarda a prevenção de úlceras de pressão. Deste modo, verifica-se um decréscimo da prática profissional que preserva o conforto, em que 51,1%, “não altera a posição se dor” e um aumento significativo de profissionais que “retiram o doente da posição de conforto pelo risco de úlcera de pressão”, 31,1%, comparativamente aos 8,7% e 6,3% dos serviços de Oncologia e Cardiologia/Pneumologia respetivamente. No que diz respeito às perceções dos cuidados em fim de vida, pode-se perceber uma interação do sistema cognitivo com o meio em que se encontra, por uma atmosfera mais pressionada por indicadores curativos, onde se almeja, a todo o custo, acrescentar dias de vida aos doentes, com integridade total do seu exterior, ainda que o interior se decomponha, acatando a diminuta “Taxa de Mortalidade” e “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão” autorizada, tal como reforçado nas declarações dos profissionais entrevistados do mesmo serviço. Desta forma, visualizamos um menor valor, 84,5%, para a categoria “o conforto é mais importante do que o risco de úlcera de pressão”, do que os

apresentados nos outros serviços estudados, e um maior valor, 28,9%, relativamente a estes, da categoria “a prevenção de úlceras de pressão é uma questão importante.” Esta divisão reflete-se igualmente na categoria “sente-se dividido entre o conforto e risco de úlcera de pressão”, atestada por 53,3% dos profissionais. O Gráfico 16 evidencia a supremacia das epígrafes, “dor” e “risco de úlcera de pressão”, sobre os cuidados a doentes em fim de vida, dos enfermeiros dos três serviços abrangidos pela pesquisa.

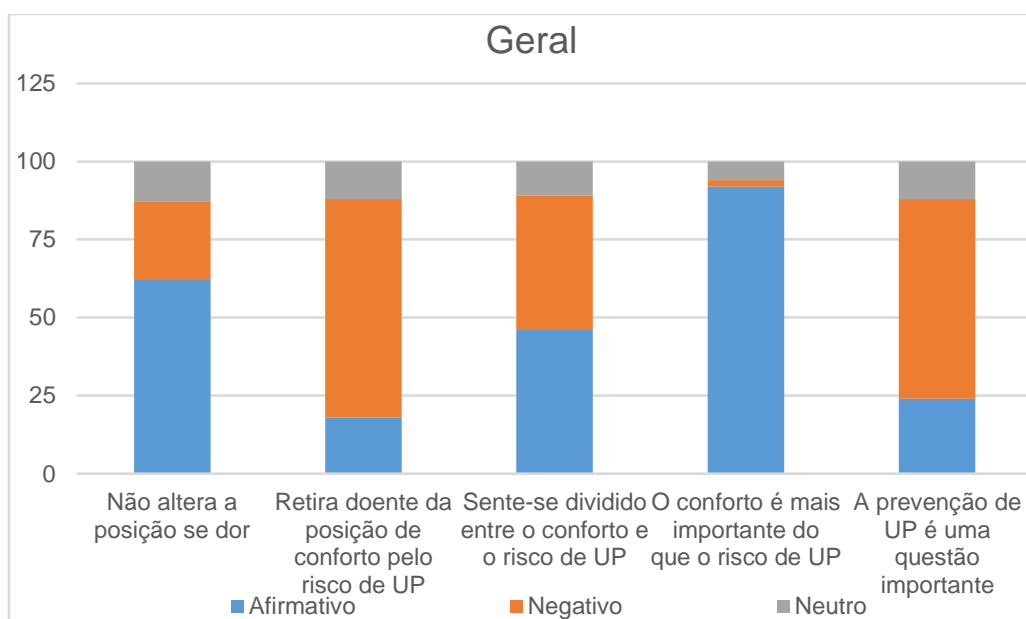


Gráfico 16 – Relevância dada pelos enfermeiros inquiridos à dor e ao risco de úlcera de pressão na sua prática em doentes terminais

Visualizando o gráfico 16 pode verificar-se, com base nas respostas afirmativas dos 100 participantes, a existência de uma concordância entre a prática “não altera a posição se dor”, a qual obteve 62% de respostas afirmativas, e a perceção de qualidade de cuidados em fim de vida “o conforto é mais importante do que o risco de Úlcera de Pressão”, onde se verificou 92% de asserções.

Constata-se no entanto uma diferença de 30% entre o que na realidade se pratica em prol do conforto, “não altera a posição de conforto se dor” (62%), e o valor sumo dos cuidados em fim de vida “o conforto é mais importante do que o risco de UP” (92%). Isto porque, tomando os deveres adjudicados pelo indicador protetor da úlcera de pressão, engrenam passes ritualizados que cumpram a obrigação profissional de bom estimador da pele, defendido pelo supracitado

indicador, ainda que inferindo mais gravosos males ao interior da capa pilosa, a dor excruciante das suas protegidas vísceras e ossos, e subsequente contradição total à filosofia dos Cuidados Paliativos.

Finalmente, o Gráfico 17 permite a análise comparada à importância dada pelos enfermeiros dos 3 serviços inquiridos, na sua prática e no seu julgamento, à dor ou ao risco de úlcera de pressão, tornando mais evidente o mote principal, do seu cuidar no fim de vida.

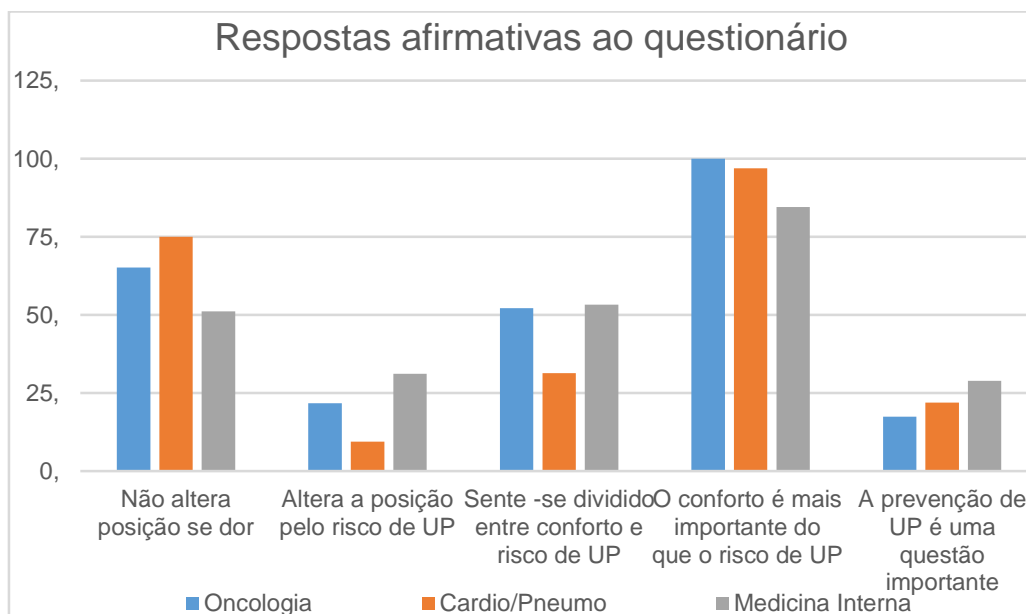


Gráfico 17 – Comparação das respostas dos enfermeiros dos serviços de Cardiologia/Pneumologia, Oncologia e Medicina Interna, relativamente à importância dada à dor e ao risco de úlcera de pressão em doentes terminais.

#### 4.3.1.2 A Transferência de serviço de doentes em fim de vida

No tocante ao dilema subliminar à transferência de serviço, matéria já estudada junto dos doentes, que maioritariamente revelaram sentimentos de ansiedade e tristeza na sua simples suposição, verifica-se no Gráfico 18, uma osmose destes sentimentos pelas membranas permeáveis da alma dos profissionais, que perante o pedido de vagas por parte da Gestão hospitalar, tomando o senhorio da terra mais afável aos doentes, o serviço onde se encontram, e a antiguidade dos afetos, protegem-nos de mais uma dor de coração, a mudança de serviço para outro, desconhecido. No Gráfico 18 é patenteada a extensão do conflito interior dos profissionais de saúde inquiridos nos vários serviços, discriminadamente.

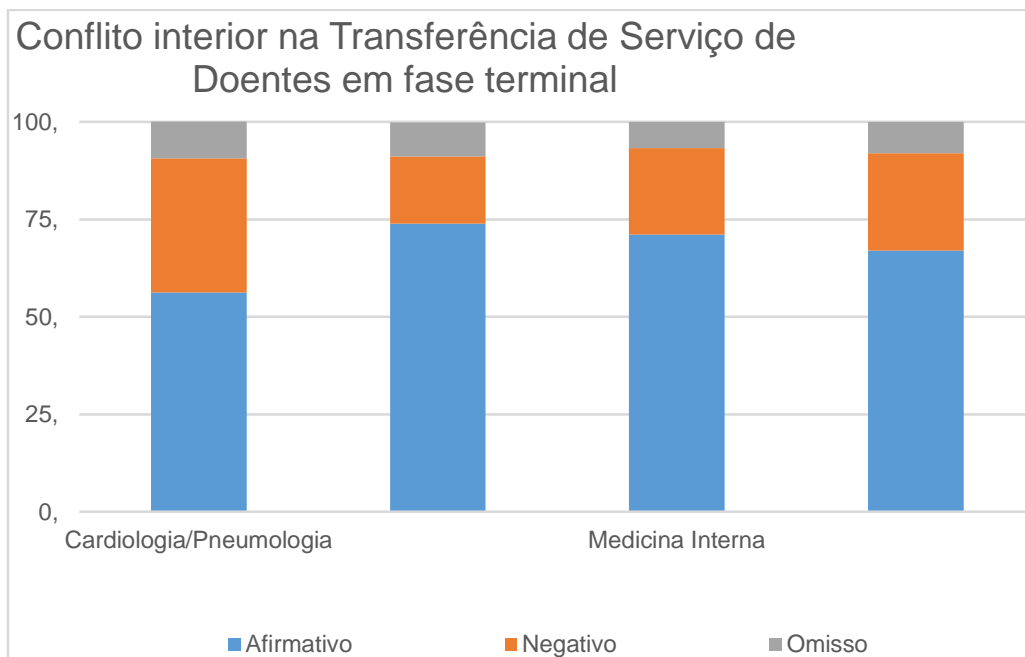


Gráfico 18 – Conflito interior vivenciado pelos enfermeiros do Serviço de Cardiologia/Pneumologia, Oncologia e Medicina Interna na transferência de serviço de doentes em fase terminal.

Como se pode constatar no Gráfico 18, o serviço de Cardiologia/Pneumologia, sendo habitualmente o mais acometido por transferências, dada a sua grande especificidade, rotatividade de doentes e menor incidência de doentes em fase terminal, quando caem estes no seu talhão, são transferidos de serviço com maior ligeireza de sentimentos comparativamente às restantes equipas. Uma realidade observável através do Gráfico 18, onde apenas 56,3% dos enfermeiros do serviço de Cardiologia/Pneumologia referem conflito interior na transferência de doentes em fim de vida, enquanto um maior número de enfermeiros do serviço de Oncologia, 73,9%, e de Medicina Interna, 71,1%, aludem enfrentar esse conflito ao cuidar amorosamente do alisamento dos plaios do último passageiro no mundo, evitando derrocadas no seu caminho. Tal poderá encontrar explicação no maior número de doentes em fim de vida e de dias que são entregues ao seu cuidar. Numa perspetiva geral, 67% dos profissionais de saúde, refere conflito interior na transferência de serviço de doentes em fim de vida. Uma relação positiva com os sentimentos de angústia mencionados pelos doentes na suposição desse procedimento, 67%, como evidenciado no Gráfico 6. Podemos assim constatar a existência de uma similaridade na perceção do efeito negativo da transferência de serviço na qualidade no fim de vida, entre doentes em fase terminal e os enfermeiros que deles cuidam.

#### 4.3.2 Discussão dos resultados dos questionários aos profissionais de saúde

Como verificado, pela exposição de dados nos gráficos apresentados anteriormente, há uma trituração de sentimentos pela áspera realidade demandada pelos indicadores veladores da qualidade curativa, “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão”, oferecendo uma árdua resistência ao interior da maré coletiva que rumoreja o conforto como supremo estandarte dos cuidados em fim de vida. Uma maré de conforto que se alastra em massa a todos os serviços-alvo do estudo, apresentando uma diferença percentual com a realidade trespassada de indicadores, a saber, 34,6% no serviço de Oncologia, 21,5% no serviço de Cardiologia/Pneumologia e 33,4% no serviço de Medicina Interna.

Numa análise mais detalhada, é observável uma maior incidência dessa diferença no serviço de Oncologia, uma vez que obteve 100% de respostas confirmadoras do conforto do doente como valor supremo, o qual reflete uma consonância total dos valores e princípios dos profissionais desse serviço, com a filosofia dos cuidados em fim de vida. Contudo a percentagem de profissionais do serviço de Oncologia que atuam de acordo com o mesmo princípio é de apenas 65,2%, que apesar de se situar acima da percentagem de respostas do Serviço de Medicina Interna, 51,1%, traduz um maior atrito entre o que consideram que idealmente deveriam praticar e o que na realidade exercem. Uma constatação que encontra a sua sustentação teórica em Sartre, onde apenas os vencedores da força política poderão estabelecer “tribunais”, e todos serão julgados conforme a força, não da lei nem da moral, mas da sempre triunfante “legalidade económica”. Também aqui, vencem as taxas punitivas associadas ao não cumprimento das taxas ditadas pelos indicadores de qualidade.

Por outro lado, a “Taxa de Mortalidade”, afetando com maior pungência o serviço de Medicina Interna, estalagem de doenças infundidas do estigma de “perenidade”, conduz à impregnação mental de atitudes curativas em doentes terminais, como obstinação terapêutica e ênfase no risco de úlcera de pressão em detrimento do conforto do doente. “Num século de supremacia tecnológica quer do ponto de vista factual, quer do ponto de vista cultural, onde as pessoas cada vez mais almejam a imortalidade física e não só a espiritual...” (Ferreira, 2016, p.32). Tais medidas curativas influenciam com maior preponderância o pensamento dos profissionais do serviço de Medicina Interna em relação ao conforto, tendo-se verificado 84,5% de respostas afirmativas em relação à concordância com esse desígnio do cuidar em fim de vida, o menor valor alcançado relativamente aos restantes serviços, 96,9% em Cardiologia/Pneumologia e 100% em Oncologia. É ainda, evidente mediante a observação dos gráficos 13,14 e 15 que em

relação à prática pactuante com o conforto (“não altera a posição se dor”) dos doentes em fim de vida, o serviço de Medicina Interna obteve o menor resultado, 51,1% de respostas afirmativas, em relação ao Serviço de Oncologia, 65,2% e de Cardiologia/Pneumologia, 75%. Este facto é suportado pelas entrevistas aos profissionais de saúde do serviço de Medicina Interna, que revelam sob o furor curativo das taxas em que este serviço se encontra imbuído (Taxa de Mortalidade e Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão), se curvarem, por hábito do cumprimento, a práticas profissionais que sacrificam os doentes, nesse recinto onde vigora o triunfo da vida, elevando-a ao altar, ainda que sacrilegamente. “A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças, a sofisticação dos meios utilizados, levou, de algum modo, a uma cultura de negação da morte, de triunfalismo heroico sobre a mesma, de ilusão de pleno controlo sobre a doença, relegando para segundo plano as intervenções na saúde que, longe de garantir a cura promovessem um final de vida condigno” (Neto & Barbosa, 2006 pp.17-18).

Os enfermeiros do serviço de Oncologia no respeitável fito do conforto promulgado pelos Cuidados Paliativos, encontram um refrigério à sua inquietação interior, provocada pelo choque da sua filosofia com o intransigente objetivo do Indicador “Taxa de ocorrências de Úlceras de Pressão”, atrevendo-se um pouco mais a atuarem de acordo com a mitigação da dor, onde 65,2% dos respondentes “não alteram a posição se dor”, e apenas 8,7% “retira o doente da posição de conforto pelo risco de UP”. Verifica-se, assim, um abrandamento da dicotomia entre a ofensa aos brios da pele e o sereno conforto dos que findam a vida, sendo menos permeáveis aos melindres das taxas acopladas a punições económicas, por mor do maior valor do caminho celeste, o deleite na sua subida.

O serviço de Cardiologia/Pneumologia obteve o valor mais significativo na harmonização da prática dos cuidados em fase terminal com o seu acoplado valor de conforto, uma vez que os resultados obtidos nas primeiras duas questões, 75% “não alteram a posição de conforto se dor” e apenas 6,3% “retira o doente da posição de conforto pelo risco de úlcera de pressão” confirmam os valores subjacentes ao exercício das suas funções, reluzidos em 96,9% dos respondentes que consideram o conforto o supremo valor dos cuidados de doentes em fim de vida. Porém, vale ressaltar o facto do serviço de Cardiologia/Pneumologia não ser tão acometido como o de Medicina Interna pela coação do indicador de Úlcera de Pressão, onde a sua incidência é baixa, ao contrário do outro que revela maior número de ocorrências de úlceras de pressão. Tal, deve-se à baixa incidência de doentes dependentes e em fase terminal no serviço de Cardiologia/Pneumologia, comparativamente aos de Medicina Interna e Oncologia, tendo em



conta que “a vulnerabilidade diz respeito tanto a um grupo de pessoas momentaneamente incapazes de exercer a sua liberdade por uma contingência física, ou por consequências “naturais” do percurso da vida...” (Arán & Júnior, 2007, p.2). Por outro lado, mais de 50% dos doentes do serviço são de índole curativo, com patologia cardíaca (enfarte agudo do miocárdio, arritmias cardíacas...) com elevado potencial de cura e maior taxa de sucesso sendo também este serviço, um mãos largas de inovação tecnológica, e avaro em doentes em fim de vida confinados ao seu último poiso, a cama, pertencendo os poucos que se encontram em fase terminal à área da Pneumologia. Deste modo, o serviço de Cardiologia/Pneumologia é menos oprimido pelos indicadores “Taxa de Mortalidade” e “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão”, desenrolando a sua prática, aquando uma emboscada da morte, na lírica ordem dos Cuidados Paliativos.

#### 4.4 Análise Qualitativa dos Dados

Nesta secção são apresentados os resultados da Análise Qualitativa, complementando os dados sujeitos ao escrutínio da Análise Quantitativa. Nesta sequência, “concordamos ainda com o facto de que um tratamento unilateral da realidade é, necessariamente, limitador...” (Holanda, 2006,p.364), nomeadamente do conhecimento de fenómenos que se expandem de estados interiores, “os quais as metodologias quantificadoras têm dificuldade de aceder.” (Holanda, 2006,p.364). De modo a alcançar o âmago da natureza é necessário recorrer à teoria hermenêutica, pois “se o que queremos é compreender o que sucede numa situação concreta, em vez de estabelecer controlos necessitamos de observar a interação entre todos os intervenientes da forma como operam no seu contexto natural.” (Coutinho, 2013, p28). Devemos, então, enveredar pela metodologia qualitativa para compreender a complexidade subjetiva e entender os intrincados processos que resguardam a interioridade dos que vivem os últimos dias no mundo hospitalar. Descobrir a sua visão de qualidade de vida, e verificar a sua concordância com a estabelecida pelos indicadores atuais. Descobrir, também as palavras que acendem uma luz interior porque afagaram o diamante da vida, um filho, uma arte, um prazer, um lugar... e através dos seus depoimentos conceber um projeto futuro que traga o mais possível, estes alegramentos da alma ao hospital. Foi este o desígnio que animou o delineamento da pesquisa. Foram realizadas entrevistas aos doentes e aos profissionais de saúde. A entrevista aos doentes teve como objetivo analisar as perceções quanto à atividade artística com a qual gostariam de preencher as vastas horas vagas e o mote de uma saída temporária do hospital, circunscrita a 12

horas, durante o tempo de internamento, permitindo a concretização do seu último desejo, no mundo extra-hospitalar. A entrevista aos profissionais de saúde procurou identificar dilemas éticos que assomam a sua prática profissional no cuidar de doentes em fase terminal de vida.

#### 4.4.1 Resultados das entrevistas aos doentes

##### 4.4.1.1 Grelha de análise

Os conteúdos das entrevistas aos doentes permitiram a construção de uma grelha de análise, onde se apresentam o conjunto de categorias e respetivas dimensões, bem como os indicadores mais frequentemente enunciados pelos doentes, ao longo das entrevistas, que guiaram a estruturação das tabelas.

<b>Categoria</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Indicadores</b>
Atividade lúdica que preencha horas vagas	Atividade com particular talento e/ou proporcione prazer	<p><b>A1</b> “Gosto de cinema... gostava muito que houvesse uma espécie de cinema no Hospital”;</p> <p><b>A2</b> “ Adoro pintar!”;</p> <p><b>A3</b> “Gostava de escrever...”;</p> <p><b>A4</b> “Gosto de trabalhos manuais, de trabalhar com madeira...”; “Gosto de fazer coisas criativas com as mãos...”;</p> <p><b>A5</b> “Desenhar sítios que já visitei por esse mundo fora...”;</p> <p><b>A6</b> “Conviver com as pessoas num sítio agradável do Hospital...”;</p> <p><b>A7</b> Fazer Yoga sabe... não somos só corpo, também somos alma”;</p>

	Características do Local	<p><b>B1</b> "...num local desafogado, não num assim como este, um corredor de doentes na cama deitados, muito mal, a tossir. Teria que ser num sítio aprazível..."; "num sítio agradável do Hospital, com muita luz";</p>
	Articulação das atividades com o mundo lá fora	<p><b>B2</b> "Se estivesse em casa, estaria neste momento a pintar quadros...";</p> <p><b>B3</b> "...em casa desenhava móveis, era a minha profissão e se pudesse continuava a fazê-lo aqui";</p> <p><b>B4</b> "Já escrevi um livro e publiquei alguns artigos";</p> <p><b>B5</b> "É o meu passatempo de fim-de-semana: construir brinquedos, carros, motas de pau e entretenho-me com isso. Faço isso com o meu filho mais novo";</p> <p><b>B6</b> "Trabalhos manuais, pois a minha arte é a carpintaria";</p> <p><b>B7</b> "Trabalhos manuais. Em casa estava a fazer um projeto de vitrais";</p>

<p>O tempo vago no Hospital</p>	<p>Entraves à realização de atividades lúdicas</p> <p>O tempo vago sentido e expresso pelos doentes</p>	<p><b>C1</b> “Neste momento sinto tanta dor, que não consigo sequer imaginar-me a fazer algo”;</p> <p><b>D1</b> “As horas custam muito a passar, antes era muito ativo. Não gostava de ficar sentado no sofá a ver TV e agora só me resta isso para ocupar as horas”;</p> <p><b>D2</b> “Por vezes vejo o relógio, a pensar que já é mais tarde, e quando olho penso ... ainda são estas horas? O tempo não passa... ”; “Não há nada que consiga fazer, mas já não consigo ver mais televisão, apago-a porque me aborrece...”;</p>
<p>A interceção do porvir</p>	<p>O que fica por fazer</p>	<p><b>E1</b> “Antes de ser internado estava a fazer-lhe um daqueles carritos que se faziam antigamente, com tábuas, para ele andar”;</p>

Saída Temporária do Hospital (12 horas)	Motivo Principal	<p><b>F1</b> “Gostaria de ir a casa. Sentir o conforto da minha casa...”;</p> <p><b>F2</b> “Gostava de ir a casa e sentar-me ao sol”;</p> <p><b>F3</b> “Gostava de passar um dia com a família em casa”;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A casa</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Família</li> </ul>	<p><b>G1</b> “passar todo o dia a brincar com o meu filho...”;</p> <p><b>G2</b> “Passava esse dia com a família, a dar um passeio num sítio agradável”;</p> <p><b>G3</b> “ Brincaria com os meus netos”;</p> <p><b>G4</b> “Estar à beira da minha esposa e da minha neta”;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Natureza</li> </ul>	<p><b>H1</b> “ Gostava de ir ao meu jardim, ver como estão as minhas plantas e os animais. Tenho saudades de regar as plantas”;</p> <p><b>H2</b> “Durante esse dia aproveitava para ir à praia ver o mar...era só o que realmente me acalmava”;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os animais de estimação</li> </ul>	<p><b>I1</b> “...ver como estão as minhas plantas e os animais...”;</p> <p><b>I2</b> “... fazer festas ao meu cão que deve estar a pensar que “será feito do meu dono?”;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os amigos</li> </ul>	<p><b>J1</b> “Iria visitar os amigos e beber um copo com eles”;</p>

	<p>Entraves à saída</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dor</li>   <li>▪ Falta de ar</li>   <li>▪ Medo</li> </ul>	<p><b>K1</b> “Se estiver com dores, prefiro ficar no hospital!”; “Caso não tivesse dor, gostaria apenas de ir a casa e passar todo o dia a brincar com o meu filho”;</p> <p><b>K2</b> “Prefiro ficar no hospital... Não queria ir a casa com estas dores e esta falta de ar”;</p> <p><b>K3</b> “Tenho muito medo de sair do Hospital. No hospital tenho tudo, em casa não tenho nada”;</p> <p><b>K4</b> “Tenho medo de morrer abafado em casa, sem profissionais que me socorram. É uma aflição muito grande”.</p>
--	--	--

Tabela 8 – Análise de Conteúdo das entrevistas realizadas aos doentes

A análise dos resultados das entrevistas possibilitou a incorporação de novos conhecimentos ao estudo, essenciais para complementar e fundamentar a análise quantitativa referente ao deslinde de novos Indicadores de Qualidade dos Cuidados Paliativos. A questão de investigação regedora das entrevistas aos doentes “quais os domínios de qualidade, dos cuidados de saúde a doentes em fase terminal de vida?”, determinou o destrinche de matéria nova em relação à vivência da última fase da vida, detalhada a seguir em tópicos, resultantes da análise das suas categorias e dimensões, mediante os indicadores fornecidos pelos doentes.

A análise de conteúdo subdividiu esta pesquisa em quatro categorias: a) atividade lúdica que preencha as horas vagas; b) o tempo vago no Hospital; c) a interceção do porvir e d) a saída temporária do Hospital por um período de 12 horas. Cada uma das categorias é sustentada por dimensões, advindas dos relatos dos doentes. Deste modo, na categoria “atividade lúdica que preencha as horas vagas, inserem-se as seguintes dimensões, “atividade com particular talento e /ou proporcione prazer”, “característica do local (da atividade) ” e “interligação das atividades com o mundo lá fora”. Na categoria “o tempo vago no Hospital” destacam-se as seguintes dimensões, “entraves à realização de atividades lúdicas” e “o tempo vago sentido e expresso pelos

doentes”. A categoria “a interceção do porvir” compreende apenas a dimensão “o que fica por fazer”. A “saída temporária do Hospital por um período de 12 horas” abarca as dimensões “motivo principal da saída” e “entraves à saída temporária do Hospital”.

Segue-se a exposição de temas decorridos da análise de cada uma das categorias e dimensões, apontando os relatos dos doentes que os suportam e um confronto com os estudos existentes na literatura.

#### 4.4.1.2 Os prazeres da alma que reacendem a candeia da vida

O estudo exploratório das necessidades e prazeres dos doentes em fim de vida foi de extrema relevância para o apuramento de conhecimentos que sustentem a criação de novos indicadores de qualidade, específicos para os Cuidados Paliativos. Como asseverado pela literatura, é de revelar a existência de “estudos qualitativos que introduzam a visão e a experiência dos doentes e profissionais de saúde, explanando os mecanismos que conduzem às diferenças observadas” (Boeckxstaens et al, 2011, p. 13).

No decorrer das mesmas percebi que, em todos eles, quando percebem o malfadado fim, basta a menção dos prazeres da vida para sublevar toda a borra da vida em partículas cintilantes. De súbito, um arranque impetuoso do coração, que lateja aos alegres relâmpagos da imaginação, como o efeito de centelhas caídas num paiol, incendeiam o rosto num sorriso de olhos, sereno e jovial. Uma metamorfose, como se o forro da alma cobrisse o corpo, e não restasse à dor ou à falta de ar física outro remédio que apear-se da sua soberana coroa, destronadas por todas as impressões de uma alma que parece ter deixado de doer e respira agora o doce hálito da Primavera. Isto pois “a Arte levanta a cabeça, onde as religiões fraquejam. Assume uma quantidade de sentimentos e de estados de espírito... toma-os a peito e torna-se, então, ela própria mais profunda, mais inspirada, de modo que consegue comunicar elevação e entusiasmo...” (Nietzsche, 1996, p. 156).

Uma súbita alegria que parece ocupar o espaço vazio como reverberado nas seguintes citações:

*“Gosto de cinema... gostava muito que houvesse uma espécie de cinema no Hospital” (Rosa, 40 anos); “ Adoro pintar!” (Graciosa, 60 anos); “Gostava de*

*escrever” (José, 65 anos); “Gosto de trabalhos manuais, de trabalhar com madeira...” (João, 44 anos); “Gosto de fazer coisas criativas com as mãos” (Jorge, 49 anos); “Desenhar sítios que já visitei por esse mundo fora...” (Joaquim, 50 anos); “Conviver com as pessoas num sítio agradável do Hospital...” (António, 66 anos); “Fazer Yoga sabe... não somos só corpo, também somos alma” (Erich, 58 anos).*

O deslinda dos prazeres que subitamente animam o espírito dos doentes teve, igualmente, como suporte a visão de Crisp, para uma reforma do Serviço Nacional de Saúde “assegure-se que compreende o que os doentes desejam, passe algum tempo com eles, oiça as suas opiniões” (Crisp, 2014, p. 32). Por outro lado, “o homem sentiu e sente um impulso constante que o leva a construir alguma coisa. O construir é, já em si, uma criação, um dar vida a um domínio, distinto do natural, que seja vivo pelas suas características humanas essencialmente técnicas e absolutamente simbólicas de algo” (Dorfles, 1988, p. 50).

Os questionários foram preenchidos com a minha mão, suplantando a força que se extinguiu com a carne, nervos, músculos, as pletóricas veias e artérias e todo o recheio vivo que acolchoava os trocinhos de ossos que por si só não executam nada, apenas são os últimos compostos humanos a resistir à face da Terra, que o monstro sanguíneo da doença deixou na beira do mundo, chuchados até à última protuberância.

#### 4.4.1.3 O tempo oco

No decorrer das entrevistas, foram várias as alusões ao rol de miradas furtadas ao relógio, na esperança que se desenrave o tempo dos ponteiros enferrujados pelo marasmo, de onde adveio a categoria, “o tempo vago no Hospital”. Olham o relógio na vã esperança que a cada lance, os ponteiros rodem mais rápido e dessa forma passe a pasmeira insustentável do dia, para outro que a luz ainda não tocou. Aguardam que venha nesse vindouro, o bálsamo lubrificante que os faz girar num suave rodopio, os momentos de deleite que extravasam a estase coagulada dos minutos, por correrem sempre mais rápido que o próprio tempo. As expressões abaixo transcritas remetem para a dimensão “o tempo vago sentido e expresso pelos doentes”.

*“Por vezes, vejo o relógio, a pensar que já é mais tarde, e quando olho, penso... ainda são estas horas? O tempo não passa... Outras vezes, adormeço e quando acordo*



*penso que já é dia, mas ainda são onze horas...”; “As horas custam muito a passar, antes era muito ativo. Tinha que estar sempre a fazer algo. Não gostava de ficar sentado no sofá a ver TV e agora só me resta isso para ocupar as horas”.*

Esta dimensão subjacente aos depoimentos dos doentes confirma uma noção arrastada do tempo, constituindo uma aceção incontroversa da necessidade de preencher este tempo vazio de atividades que lhes produzam ânimo no espírito.

#### 4.4.1.4 A rebelião e a resignação

O internamento da maioria dos doentes entrevistados, assemelhando-se à estação terminal, porque dele não irão além, vai afinando o espírito para o desditoso auspício, permeando-o aos remotos sinais do corpo que bichanam o mais temível segredo ao coração, o acercamento dos planos do horizonte, numa mortífera implacabilidade, finando o tempo de vida Assim, no início do internamento, o desconhecimento da sua condenada condição, opacificando a visão do malfadado fim, confere-lhes resistência à execrável parca, uma obstinação em olhar até ao último alcance da vida que por oposição à desacertada perceção, é muito reduzida. É notável a diferença dos que vivem ainda na ignorância ou negação do seu prognóstico, por coincidir a primeira estadia no hospital com a última, dos que foram perdendo a esperança nos vários episódios de internamento que antecederam o derradeiro. Saem, assim, palavras de rebelião ou de resignação, dos indigentes de dias na terra, conforme creem ainda na vida ou já na morte. Discursos que ilustram a contradição dos que concentram todos os vetores da sua atenção à subsistência, agarrando-se com todas as forças aos finos caules do desfiladeiro da vida, e dos que já rendidos às evidências do foro criminal da doença, vão acenando melancolicamente ao que não haviam dito adeus pela brutalidade com que a doença lhes caiu em cima. Há, assim, uma diferença significativa nas palavras de quem já perdeu a esperança de sair do Hospital e dos que ainda vivem na absoluta cegueira dela: A rebelião e a resignação das palavras, conforme o vulto de vida esmaecido no ocaso. Deste modo, contrastam as palavras entre os que, com ingentes esforços, se agarram firmemente à vida escorregadia de fora:

*“Prefiro ficar no hospital. Apenas gostaria de ir a casa quando estivesse totalmente recuperado” (Jorge, 49 anos); “Só quero sair daqui quando estiver totalmente bem” (Rosa, 40 anos); “Não, eu hei-de sair daqui, se Deus quiser. Só quero sair daqui*

*quando estiver bom!” (João, 44 anos) apesar de um lampejo da outro banda lhe sorver subitamente a imaginação “Mas apenas digo isto hoje, amanhã sabe-se lá se não estarei farto já de estar aqui fechado” (João, 44 anos)*

Os doentes que já se resignaram ao despejo dos seus últimos dias no novo fojo, reagem como os seguintes testemunhos indicam:

*“...Gostaria apenas de ir a casa e passar todo o dia a brincar com o meu filho” (Rosa, 40 anos); “Durante esse dia aproveitava para ir à praia ver o mar” (Gustavo, 60 anos); “Gostava de ir a casa, ver a casa e fazer festas ao meu cão que deve estar a pensar que “será feito do meu dono?” (Carlos, 47 anos); “Gostava de ir a casa e sentar-me ao sol.” (Bernardo, 72 anos) “Gostava de dar um passeio pela cidade, visitá-la e sentar-me num café ao sol... Sinto falta do sol”. (Erich, 58 anos) “Gostava de ir ao meu jardim, ver como estão as minhas plantas e os animais. Tenho saudades de regar as plantas” (Maria, 62 anos); “Gostava de ir com a família à praia, “Esposende” (António, 66 anos); “Gostaria de ir a casa. Sentir o conforto da minha casa.” (Rui, 49 anos); “Iria visitar os amigos e beber um copo com eles” (Manuel, 56 anos); “Brincaria com os meus netos” (Domingos, 88 anos).*

Há, nas palavras dos últimos, o que ao longo do trabalho fui mencionando, a prova de que basta aos que beiram o fim, os mais simples prazeres da vida, agora, inalcançáveis. Da natureza, do amor, da amizade. Nestas menções entrevê-se a dimensão “Motivo principal da saída” que compõe a categoria “Saída temporária do Hospital por um período de 12 horas”.

#### 4.4.1.5 O desafogo da dor, a suma necessidade

No seguimento da categoria anteriormente mencionada, “a saída temporária do Hospital por um período de 12 horas”, há ainda, os que tendo a vontade violentamente pisada pela dor inerente à sua condição nosológica, escolhem o legítimo alívio da dor, que lograram apenas aos cuidados de peritos granjeadores do sangue, que o injetam de doses de morfina. Preferem o Hospital não por desprezo à vida mais querida, mas por não serem capazes de usufruir dela sob a dor mais atroz, essa que desregrada do freio morfínico, ascende rapidamente ao seu supremo

pódio, o décimo lugar da sua escala, e anestesia o mais pungente sofrimento da alma. Nas alusões citadas abaixo, encontra-se patente a dimensão “Entraves à saída temporária do Hospital”.

*“Se estiver com dores, prefiro ficar no hospital!” (Rosa, 40 anos); “Caso não tivesse dor, gostaria de ir a casa e passar todo o dia a brincar com o meu filho” (Francisco, 43 anos); “Prefiro ficar no hospital. Não queria ir a casa com estas dores e esta falta de ar” (Torcato, 59 anos); “Apenas se estivesse em condições, sem dor, gostava de passar um dia com a família em casa” (Amélia, 63 anos).*

#### 4.4.1.6 A marca indelével no fim da vida: O que fica por fazer

Há, no momento em que os doentes enunciam as atividades que ficaram suspensas, no exato instante de vida em que a doença lhes impôs o internamento, um total desconcerto de feições. E então surge no mais ominoso ato da Natureza, o remate da vida, o mais bonito ato humano, a vontade de deixar para os seus mais amados, a indelével marca do amor por eles, carregada de uma mensagem que apenas os que dela comungam, compreenderão. Permanecerá, contudo, eternamente gravada neste trabalho, a injustiça a todos os que, cumprindo a pena de morte, adjudicada no mesmo dia em que a de vida foi ordenada, não tenham podido fruir do sentido dele para o qual tão ternamente contribuíram. Por isso foi também feito este trabalho, por que os que com um suspiro remataram a vida, terminando-a não com um ponto final, mas com as reticências de uma ideia inacabada, de um gesto, carta ou brinquedo, por que todos esses mensageiros de amor, que ficaram por fazer, se possam concluir noutros, para que continuem o que se encontravam a fazer, ou de fazer o que ainda não haviam feito apenas porque se haviam esquecido ou desconheciam o quão belas são as coisas simples da vida.

*“É o meu passatempo de fim-de-semana: construir brinquedos, carros, motas de pau e entretenho-me com isso. Faço isso com o meu filho mais novo. Antes de ser internado estava a fazer-lhe um daqueles carritos que se faziam antigamente, com tábuas, para ele andar” (João, 44 anos).*

Sempre que a conversa conflui para este momento, apodera-se de mim a vontade máxima de descobrir uma maneira, sem infringir leis, direitos ou deveres de ambas partes, doente e hospital, de saltar o acervo de burocracias, e os muros de papéis que retêm os doentes nos

quartos. Como enunciado na literatura, na fase terminal de vida é de extrema importância a minimização do sofrimento e a exaltação da qualidade de vida, "...tentamos neutralizar a parte sofredora e interessamo-nos à pessoa na sua globalidade, ainda viva e suscetível de emoções" (Abiven, 2001, p.106). Incapazes de lograrem os lugares mais queridos ou as coisas que mais desejam, cabe a todos os que ocupam a grandeza do cargo que advoga os direitos dos impotentes, antes que sobre eles caiam, implacáveis, os deveres da natureza, que tanto se impõem no início como no fim, uma branda luta pelos seus mais elevados desejos, avistados do pico da vida. Para tal, basta que se concentrem esforços para que se crie um documento, que ressalve a saída dos doentes em fim de vida, da penalização dos indicadores de qualidade agregados a essa saída, ainda que temporária, do internamento. Esses indicadores impedem, deste modo, a concretização dos seus desejos em visitar, pela última vez, os lugares mais queridos do mundo que largaram, a saber: Parâmetros Aplicáveis desde o segundo ano do Período de Transição e após a transferência do Estabelecimento (do Hospital de Braga) para o Novo Edifício Hospitalar, sendo estes: a "Taxa de Internamentos urgentes na mesma GCD", "Taxa de Reinternamento" e a "Taxa de Altas Voluntárias de Internamento". Um obstáculo à qualidade da minúscula vida destes doentes, contornável pela estratégia já mencionada anteriormente, na revisão da literatura, o reporte de casos de exceção às medidas institucionalizadas, pois "reportar exceções traz benefícios substanciais aos programas de avaliação de desempenho financeiros, atestando que o processo foi usado apropriadamente" (Boeckxstaens et al, 2011, p.11).

Aqui fundem-se as categorias "atividade lúdica que preencha as horas vagas" e a "a interceção do porvir". Misturam-se, igualmente, as suas respetivas dimensões, isto é, a "atividade com particular talento e /ou proporcione prazer" e "interligação das atividades com o mundo lá fora" do lado da primeira categoria, com "o que" irremediavelmente "fica por fazer", da segunda.

#### 4.4.1.7 O sol, e a penumbra

O sol, a sua repetida menção alude à fonte luminosa da vida, contrastando com a escuridão que enche os quartos até ao alto dos tetos. Os raios do sol rompem a cada alusão à alegre efusão de um cão que aguarda na sua infinita fé o regresso do seu amo, nas belas composições e expressões de rosto que retratam jardins recheados de infindos gestos de amor botânico, no rumoroso estalar das ondas nas rochas, no morno afago da areia nos pés descalços,

no dulçor dos momentos pueris com um filho ou com um neto, nos afáveis divertimentos da arte, na mornidão de um entardecer que comunga a amizade ao redor de uma mesa, ou na que parece ser para muitos a melhor das razões, ir a casa e sentir o seu confortante conchego, da que seria uma minudência, uma ridicularia, uma ânsia subalterna na escala hierárquica de ambições da falsa vida imortal. Todas as maravilhas da natureza e as mais ternas cenas do teatro da vida, reacendidas no esplendor clamoroso da sua rememoração.

Williams (2006) defende uma abordagem dos Cuidados de Saúde na fase terminal que promova o florescimento humano, e o desenvolvimento dos meios da Gestão que sirvam esse fim ético, considerando imprescindível a sensibilidade à infinita variedade humana.

São esses brevíssimos rasgos luminosos, que habitam por instantes a vida dos homens que piscam luzes de entendimento à efémera passagem, um lusco-fusco antes do derradeiro apagar do dia. Um súbito relâmpago, uma espécie de charada sideral de Thor, que sentido de esguelha deixa nos céus um lustre cintilante, como um momento que se some antes de sentir-se, legando o seu doce rastro às místicas sensações da alma.

A vida agora entendida como um breve ensaio prestes a terminar, recorda as amáveis banalidades da vida e sonha-as de volta, nem que num único lampejo, do brando e quente sol. Encontramos na alusão ao sol, lugares da imaginação, com o afastamento suficiente do mundo sombrio do internamento, para a criação artística.

*“Gosto de estar ao sol...”(Bernardo, 72 anos); “num sítio agradável do Hospital, com muita luz” (António, 66 anos), “...num local desafogado, não num assim como este, um corredor de doentes na cama deitados, muito mal, a tossir. Teria que ser num sítio aprazível...” (Francisco, 43 anos).*

Em todas estas palavras encontra-se sonogada a principal “característica do local”, a Luz, dimensão, referida à categoria “atividade lúdica que preencha as horas vagas”.

#### 4.4.1.8 Entraves à realização de atividades lúdicas e à saída temporária: A Dor

Neste tópico, foram recolhidos diferentes testemunhos que compuseram a dimensão “entraves à consecução das atividades deleitosas do espírito”, alusiva à categoria “o tempo vago

no Hospital”, encontrando-se concentrados todos os entraves, numa dor que não se esgota, derramando o seu fel às mais ínfimas adendas do corpo.

*“Não consigo fazer nada, pois não vejo quase nada e não consigo segurar sequer uma caneta” (Feliciano, 80 anos); “Não há nada que consiga fazer...” (Henrique, 87 anos); “Nada, não me consigo mexer e vejo mal” (Augusta, 79 anos); “Neste momento sinto tanta dor, que não consigo sequer imaginar-me a fazer algo” (Paulo, 40 anos).*

*“Se estiver com dores, prefiro ficar no hospital!” (Rosa, 40 anos); “Prefiro ficar no hospital... Não queria ir a casa com estas dores e esta falta de ar” (Torcato, 59 anos); “Apenas se estivesse em condições, sem dor...” (Amélia, 63 anos).*

É aqui, patente uma dor que condena a vida antes da própria morte, apagando do dicionário das últimas páginas da vida, palavras como “gostaria”, “prazer”, “vida”, sob o seu negro borrão. Essa dor absoluta constitui um atentado contra a existência digna, à qual o medo, de provocar a morte de quem já morre, subterraneamente operando na razão dos profissionais de saúde, faz gala, consignando a sua passagem aos principais canais da estrutura mental dos cuidados atuais, os mesmos onde se jactam a cura, a saúde, a obstinação terapêutica, a negação da morte, a resistência à maior afronta contra a medicina, a defunção. Isto, num tempo, onde “promover a saúde representa unicamente uma parte (e talvez a menor parte) do que um Sistema de Saúde justo deveria almejar” (Engster, 2014, p. 150). E então dão-se vários torneios de “braços de ferro” entre a dor, sinal vital, divisa olímpica da vida sacrificada, e a contagem de suspiros numa cadência sucessivamente menor, que a morfina, aliada à morte digna, vai labutando.

É necessário que a dor, escrita em letra pequena e confinada ao rodapé das normas, se amplie e ecoe nos ouvidos de todos os profissionais conforme retumba em todas os apêndices dos doentes por ela massacrados.

#### 4.4.2 Reflexões em torno dos resultados das entrevistas aos doentes

O nível de dor, que deveria representar o indicador mor de qualidade nesta fase de vida, terminal, é abafada pelo indicador alusivo às úlceras de pressão. Facto igualmente suportado no capítulo dedicado à análise quantitativa dos dados.

É assim necessário estabelecer um critério, que aparte os doentes da dor inerente ao cumprimento do indicador de úlceras de pressão, nesta fase de vida. Serviu o presente trabalho para representar esta parcela da humanidade e reverberar as contradições à filosofia da sua minúscula e por isso preciosa vida. É necessário desestruturar à luz da reflexão que os dados deste trabalho proporciona, o conservador registo que reúne toda a papelada de regulamentos dos Cuidados de Saúde (curativos e paliativos) no departamento dos curativos, ficando-se como soberana dos cuidados por efeitos de uma prática que a rotina revolveu num embalador automatismo, num despautério contra o pensamento crítico, e cuidadosamente separar os que atentam contra os paliativos. Serve também, este trabalho, para que os membros da Gestão hospitalar agarrem a ocasião no sentido de decretar, no vale mais fundo da humanidade, um regulamento que efetive o nível de Dor como indicador supremo dos doentes em fim de vida, pois “em última análise, a eficácia de uma iniciativa ética organizacional está inexoravelmente associada às decisões e comportamentos observáveis e concretos dos profissionais da instituição de saúde.” (Spencer et al, 2000, p.8). Baseando-se na “Reportação de Casos de Exceção aos Indicadores de Qualidade”, o trabalho difunde, ainda, uma medida excecional ao rigoroso cumprimento do indicador de qualidade “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão”, que permita “aos profissionais de saúde excluir pacientes” (Boeckxstaens et al, 2011, p.3), desse indicador. Sustenta a criação de um espaço e tempo que permita preencher as horas vagas com as atividades que lhes davam prazer, e ainda a de emitir carta branca para que se satisfaça a vontade última dos que findarão os seus dias no Hospital, de ver com o olhar novo os mais simples encantos da vida, autorizando a saída por um período de 12 horas, sem que isso afete as taxa alusivas ao reinternamento, acima referidas.

#### 4.4.3. Resultados das entrevistas aos profissionais de saúde

No sentido de coligir a informação obtida através das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde nos serviços de Cardiologia/Pneumologia, Medicina Interna e Oncologia, foi construída uma grelha de análise que compõe categorias, dimensões e indicadores. Esta grelha permite analisar a informação obtida das entrevistas e complementar o estudo das duas dilemáticas abordadas nos questionários, o impasse entre a primazia ética do conforto no fim de vida ou a primazia económica do cumprimento da “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão”,

e os soluços decisórios na “transferência de serviço” que ora calham do lado da equidade ora da máxima utilidade. São, deste modo, apresentados os resultados das entrevistas aos profissionais de saúde acerca de outros tópicos, para além dos abordados anteriormente, que diariamente atropelam a mansidão dos Cuidados Paliativos.



#### 4.4.3.1 Grelha de análise

<b>Categoria</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Indicadores</b>
Dilemas Éticos na prestação de Cuidados a doentes em fim de vida.	Alimentação/Hidratação	<p><b>L1</b> “Alimentação em doentes em fase agónica (profissional de Cardiologia/Pneumologia 1) ”;</p> <p><b>L2</b> “Sonda nasogástrica para Alimentação? (profissional de Cardiologia/Pneumologia 2) ”;</p> <p><b>L3</b> “Técnicas invasivas para alimentação (profissional de Medicina Interna 1) ”;</p> <p><b>L4</b> “Ponderar a necessidade de entubação nasogástrica apesar da decisão médica a favor (profissional de Medicina Interna 2) ”;</p> <p><b>L5</b> “Alimentação quando necessária a entubação nasogástrica. Tive uma discussão com a minha chefe que exigiu que entubasse um doente em fase agónica por considerar a alimentação uma medida de conforto. O doente faleceu no dia seguinte (profissional de Medicina Interna 3) ”;</p> <p><b>L6</b> “É ético não alimentar um doente em fase terminal que necessita de meios invasivos para essa função? (profissional de Oncologia 1) ”;</p>
	Obstinação Terapêutica	<p><b>M1</b> “Obstinação terapêutica (profissional de Cardiologia/Pneumologia 3) ”;</p> <p><b>M2</b> “Excesso de medicação curativa e por vezes falta de medicação de conforto</p>

(profissional de Cardiologia/Pneumologia 4) ”;

**M3** “Ausência de fármacos prescritos para diminuir o desconforto, como por exemplo morfina em perfusão (profissional de Cardiologia/Pneumologia 5) ”;

**M4** “Administração de terapêutica não essencial ao controlo da dor (profissional de Medicina Interna 4) ”;

**M5** “Ausência de conforto em fim de vida, uma vez que a equipa médica, pouco sensível ao assunto, mantém-se intensiva na prescrição de antibioterapia e medidas invasivas como colheitas de sangue e algaliações (profissional de Medicina Interna 5) ”;

**M6** “Intervencionismo excessivo (profissional de Medicina Interna 6) ”;

**M7** “Não consciencialização das equipas médicas para os cuidados paliativos, futilidade terapêutica, receio de não estarem a “investir” no utente, acabando por causar maior sofrimento no mesmo (profissional de Medicina Interna 7) ”;

**M8** Receio dos médicos em questões relacionadas com o alívio da dor, dispneia, ansiedade no doente em fim de vida. (profissional de Medicina Interna 8) ”;

	<p><b>M9</b> “Falta de pedidos de colaboração de Paliativos (profissional de Medicina Interna 9) ”;</p> <p><b>M10</b> “Técnicas invasivas prescritas. Dar ênfase ao conforto e não à obstinação terapêutica (profissional de Oncologia 2) ”;</p> <p><b>M11</b> “Quando nos podemos recusar face a situações de obstinação terapêutica? (profissional de Oncologia 3)</p>
Gestão da Dor	<p><b>N1</b> “Gestão de laxantes pelo desconforto causado por enemas de limpeza em doentes obstipados (profissional de Cardiologia/Pneumologia 6) ”;</p> <p><b>N2</b> “Apesar da existência da consulta da dor, nem todos os doentes em fase terminal são orientados para essa consulta (profissional de Medicina Interna 10) ”;</p> <p><b>N3</b> “Falta de conhecimentos relativamente à analgesia por parte da equipa médica (profissional de Medicina Interna 11) ”;</p> <p><b>N4</b> “Sintomas mal controlados, o posicionamento poderá ser ajustado com melhor controlo sintomático. (profissional de Oncologia 3”.</p>
Gestão da Medicação	<p><b>O1</b> “A questão da medicação em doentes com dor e agitação (profissional de Cardiologia/Pneumologia 7) ”;</p>

	<p><b>02</b> “Gestão da analgesia, psicotrópicos e antibioterapia na fase agónica (profissional de Medicina Interna 12) ”;</p> <p><b>03</b> “Administração de medicação fútil numa pessoa em fim de vida (profissional de Medicina Interna 13) ”;</p> <p><b>04</b> “Administração de terapêuticas como antibioterapia, enoxoparina subcutânea e soroterapia... (profissional de Oncologia 4) ”.</p>
Gestão do Tempo	<p><b>P1</b> “Falta de tempo para apoiar utentes e familiares (profissional de Cardiologia/Pneumologia 8) ”;</p> <p><b>P2</b> “Falta de tempo para prestar melhores cuidados (profissional de Medicina Interna 14) ”;</p> <p><b>P3</b> “Falta de tempo e meios para atender às necessidades espirituais/religiosas dos doentes (profissional de Oncologia 5) ”.</p>
Procedimentos e técnicas invasivas	<p><b>Q1</b> “Procedimentos invasivos como por exemplo, pesquisa de glicemia capilar, inserção de catéter venoso periférico e sonda nasogástrica (profissional de Cardiologia/Pneumologia 9) ”;</p> <p><b>Q2</b> “Oxigenioterapia/Procedimentos invasivos como por exemplo, colheitas de sangue e inserção de cateteres venosos periféricos (profissional de Medicina Interna 15) ”;</p> <p><b>Q3</b> “Todos os tratamentos invasivos que provocam desconforto ao doente, como</p>

	<p>por exemplo a aspiração de secreções técnica (profissional de Medicina Interna 16) ”;</p> <p><b>Q4</b> “Monitorização de Glicemias”; “Punção venosa central e periférica de utentes (profissional de Medicina Interna 17) ”;</p> <p><b>Q5</b> “O desconforto causado por procedimentos invasivos (profissional de Oncologia 6) ”;</p> <p><b>Q6</b> “Monitorização de sinais vitais, pesquisa de glicemia capilar, realização de punções venosas... (profissional de Oncologia 7) ”;</p>
Cumprimento de Indicadores de Qualidade	<p><b>Q7</b> “Atender às preferências do doente versus necessidade de cumprir procedimentos para garantir conformidade em auditorias (profissional de Medicina Interna 17);</p> <p><b>Q8</b> “Número de óbitos como indicador médico (profissional de Medicina Interna 18) ”;</p>
Outros	<p><b>R1</b> “Cuidados de higiene (profissional de Cardiologia/Pneumologia 10) ”;</p> <p><b>R2</b> “Aceitação pela família.” (profissional de Cardiologia/Pneumologia 11) ”;</p> <p><b>R3</b> “Atender a desejos pessoais do doente versus disponibilidade da Instituição (profissional de Medicina Interna 19) ”;</p>

		<p><b>R4</b> “Recusa na toma da medicação. (profissional de Medicina Interna 18) “;</p> <p><b>R5</b> “Alguma dificuldade de comunicação (insegurança sobre o que dizer) (profissional de Medicina Interna 20) ”;</p> <p><b>R6</b> “Gestão de emoções familiares.”; (profissional de Medicina Interna 21) ”;</p> <p><b>R7</b> “Presença versus ausência dos familiares na morte iminente (profissional de Oncologia 8) ”.</p>
--	--	--

Tabela 9 – Análise de conteúdo das entrevistas aos profissionais de saúde

A análise qualitativa da questão colocada aos enfermeiros dos serviços de Cardiologia/Pneumologia, Oncologia e Medicina Interna, “Que outros dilemas éticos sente ao cuidar de doentes em fim de vida?” revelou uma prevalência de referências à obstinação terapêutica e à realização de procedimentos invasivos em fim de vida, mormente no serviço de Medicina Interna, reflexo do impacto do indicador de “Taxa de Mortalidade” sobre as decisões clínicas tomadas acerca de doentes em fim de vida, inseridos nesta especialidade, como veremos a seguir.

*“Administração de terapêutica não essencial ao controlo da dor (profissional de Medicina Interna 23)”;* *“Técnicas invasivas para alimentação (profissional de Cardiologia/Pneumologia 12)”;* *“A questão da alimentação com entubação em doentes em fase agónica. Já tive uma discussão com um chefe de outro serviço, que exigiu que entubasse um doente em fase agónica por considerar a alimentação uma medida de conforto. O doente faleceu no dia seguinte (profissional de Medicina Interna 28)”;* *“Sentir que verdadeiramente não são prestados cuidados de conforto em fim de vida, uma vez que a equipa médica, pouco sensível ao assunto, mantém-se intensiva na prescrição de antibioterapia e medidas invasivas como colheitas de sangue e algaliações (profissional de Medicina Interna 24)”;* *“Intervencionismo excessivo (profissional de Medicina Interna 25)”;* *“Não consciencialização das*

*equipas médicas para os cuidados paliativos, futilidade terapêutica, receio de não estarem a “investir” no utente, acabando por causar maior sofrimento no mesmo (profissional de Oncologia 9)”; Receio dos médicos em questões relacionadas com o alívio da dor, dispneia e ansiedade no doente em fim de vida (profissional de Medicina Interna 26)” .*

O principal dilema do cuidar de doentes em fim de vida é, como podemos verificar pela análise de conteúdo, a obstinação terapêutica, sendo uma questão que assume maior retumbância no serviço de Medicina Interna.

Nesta área, a taxa de mortalidade assumida como indicador de qualidade, pulula os torrões de solo paliativo tornando-o num território curativo, pois este indicador, recaindo sobre a totalidade dos doentes, é apropriado em alguns, pelo objetivo curativo inerente à sua condição de saúde, e desajustado noutros, em fase terminal, onde a morte digna prevista ainda no internamento, torna a sua aplicação desadequada. No entanto, o seu vigor conduz à obstinação terapêutica de forma a evitar a punição económica adstrita ao seu incumprimento, alongando o padecer infernal na vida. Facto enfatizado na entrevista aos profissionais de saúde desse serviço, tal como é ilustrado no seguinte depoimento:

*“O número de óbitos é considerado indicador de qualidade médica, o que leva à obstinação terapêutica de doentes em fim de vida, à cessação dos cuidados e terapêuticas prescritas pelo Grupo de Cuidados Paliativos, como a suspensão de morfina, enveredando por uma atitude intensiva com técnicas invasivas com elevado custo para os doentes: o sofrimento. Tal ocorreu com um doente que ao invés de morrer sem dor, faleceu três semanas após um prolongado padecimento por técnicas invasivas (profissional de Medicina Interna 27)”.*

Encontramos ainda referência ao tão debatido dilema entre o conforto no fim de vida, neste caso do lar como doce enxerga da morte digna, e do indicador de qualidade “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão” que na alusão do profissional de saúde, interferiu na saída do doente do internamento, para concretizar o seu último desejo de vida.

*“Um doente queria morrer em casa, no entanto a decisão médica foi contra e decidiram que morreria no hospital uma vez que consideravam que a esposa não tinha conhecimentos sobre prevenção de úlceras de pressão e o doente podia adquirir mais úlceras de pressão (profissional de Medicina Interna 22)”.*

Os doentes em fim de vida que lá caíram porque pertencentes ao desditoso Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) abarcado pela Medicina Interna, são sufocados pela sua poeira intervencionista que almeja a todo o custo a vida, salvaguardada no côncavo da taxa de mortalidade que extravasada do roço do seu limite punirá com rasoira implacabilidade a instituição, isto é, o desvio face ao valor de referência (da taxa de mortalidade) aferirá a penalização por pontos, mediante a seguinte equação:> VR:  $450 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$  pontos. Deste modo, os doentes ainda que injuriados no supremo conforto metafísico que a fase terminal conjura, por se encontrarem no GDH sujeito ao escrutínio da taxa de mortalidade, são tratados na falsa condição de imortalidade, sendo-lhes destinado no fim de vida, a taxa da mortalidade que na sua indiferença curativa, provoca um atroz sofrimento, num ror de técnicas e terapêuticas invasivas. No intuito de amealhar uns míseros dias miseráveis à vida, sacrifica-se a dignidade e o conforto na morte. Vivendo já o inferno na terra, talvez saltem, no outro mundo, o destino do purgatório, para o paraíso, neste esquecido.

#### 4.4.4 Reflexões dos resultados das entrevistas aos profissionais de saúde

É fundamental refrescar as timoratas mentes dos clínicos, assediadas pela punição da “Taxa da Mortalidade”, que os torna renitentes a cessar o intervencionismo excessivo e a promover o alívio e conforto de doentes em fim de vida, mormente na grande área da Medicina Interna. Para tal é necessário especificar, com precisão, os casos de exclusão, como sustentado pela literatura, “... a reportação de exceções foi introduzida no contrato ...” (Boeckxstaens et al, 2011, p.3). Outra possível resolução desta questão transporta-nos ao tema debatido anteriormente na literatura, “O acerto da Gestão com a Vulnerabilidade Humana: o porvir da equidade”, sendo “importante avaliar iniciativas que modifiquem o sistema de saúde no sentido de definir a equidade como um critério de igual importância a outros critérios como o de custo-benefício” (Boeckxstaens et al, 2011, p.13).

É premente concertar a prática clínica à filosofia de cuidados dos dois grandes grupos de doentes identificados neste trabalho, os de natureza curativa e os de carácter paliativo. Suportando-me na revisão de literatura, a resolução poderá passar pelo estabelecimento de duas medidas: a criação de indicadores de qualidade diferenciados às duas áreas, ou o reporte dos casos de exclusão à aplicação do indicador de índole curativo, sobre os doentes paliativos. Tal, evitaria o constrangimento económico da taxa de mortalidade no internamento, precavendo em simultâneo,



a adoção de medidas intensivas e técnicas invasivas dos profissionais de saúde, arrastando a vida amarga dos doentes, conduzindo-os antes, a enveredar por medidas de conforto, ajustadas à fase terminal.

Atualmente é considerada má conduta operar de acordo com todas as atividades zeladoras do conforto em fim de vida, que ponham em questão os Indicadores de Qualidade determinados pela Health Quality Service a salientar, no caso específico deste trabalho, a “Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada” e a “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão”. Como mencionado no documento “X Qualidade dos Serviços Clínicos” no tópico 6 referente à Acreditação do Hospital de Braga, “A Entidade Gestora do Estabelecimento fica obrigada a dar seguimento ao processo de acreditação iniciado pelo Hospital de São Marcos, obrigando-se a cumprir o planeamento definido com vista a realizar uma auditoria de acreditação do Health Quality Service.”, acrescentando que “A Entidade Gestora do Estabelecimento após a Transferência para o Novo Edifício Hospitalar fica obrigada a aderir, em conformidade com o estabelecido na alínea d) do n.º 10 da Cláusula 61.ª do Contrato de Gestão, a um processo de acreditação de hospitais que seja aceite pela Entidade Pública Contratante, e que preferencialmente esteja de acordo com o referencial de acreditação que serve de base à maioria dos hospitais públicos integrados no Serviço Nacional de Saúde, atualmente o Health Quality Service.

Apesar do cumprimento das normas instituídas pelos indicadores, há um incessante raspar da alma dos profissionais de saúde, a cada desajuste entre a prática edificada pelos indicadores e a filosofia de conforto de doentes em fase terminal, como verificada nos depoimentos abaixo citados:

*“Excesso de medicação curativa e por vezes falta de medicação de conforto (profissional de Cardiologia/Pneumologia 4) ”; “Ausência de fármacos prescritos para diminuir o desconforto, como por exemplo morfina em perfusão (profissional de Cardiologia/Pneumologia 5) ”. “Ausência de conforto em fim de vida, uma vez que a equipa médica, pouco sensível ao assunto, mantém-se intensiva na prescrição de antibioterapia e medidas invasivas como colheitas de sangue e algaliações (profissional de Medicina Interna 5) ”; “O desconforto causado por procedimentos invasivos (profissional de Oncologia 6) ”.*

A dilemática ética dos profissionais de saúde em relação às regras exteriores é aludida na obra “O Ser e o Nada” de Sartre, o qual penetra no “ descobrimento da política como esfera de ação para a evolução da liberdade”, ou seja, “a grande mutação consiste na rejeição visceral e profunda do ser individualista e na aceitação do sujeito como um ser entre os outros, num mundo histórico e definido socialmente que restringe o mais essencial, isso que o define, a liberdade, e a aceção incontroversa da prática política como alternativa exclusiva para a satisfação das exigências do sujeito” (Rodriguez, 1987, p. 8).

Deste modo, é essencial rever a política de cuidados instituídos, de modo a perseguir o aperfeiçoamento da Gestão das Unidades de Saúde.

## Capítulo 5 – Conclusões

A concretização desta tese pretendeu fortalecer os laços que unem a fragilidade humana à Gestão Hospitalar. Provocar uma dilatação no frenético ritmo hospitalar, uma delonga na cadência que vá de encontro ao paralisado tempo dos que perdem a vida gota a gota no seu interior. A descoberta de uma plataforma conciliatória que imprima um contentamento no rosto, aos doentes, frementes de vida nas horas que beiram a morte, e aos gestores na satisfação de os terem ajudado a respirar melhor, dentro das abafantes paredes.

Pretendeu, igualmente, difundir as vivências dos doentes, perante o acatamento das atitudes veladoras dos indicadores de qualidade de saúde atuais, para que se provoque um rebate na consciência social das ordens cabidas à abertura e encerramento da torneira da qual correm incessantemente indicadores de natureza curativa sobre o terreno paliativo e abrir-se outra da qual flua um manancial de tédios indicadores que banhando essa terra longínqua, toquem o corpo em gestos ternos e rompam a alma de alegria.

A par de todas estas medidas, criar um mundo como um oásis, onde são postos a salvo do agonizante espetro negro, de novo na banalidade quotidiana do seu esquecimento, num paraíso metafísico, num estado de fluxo artístico, e devolver o dócil anseio aquietado de vida eterna, que sempre palpitou nos corações, à infinita imaginação.

## 5.1 Implicações para a prática

A harmonização entre Gestão hospitalar e a filosofia dos Cuidados Paliativos será conseguida através de uma Gestão centrada no doente, tendo como sustentação os “cuidados centrados no paciente”, termo desenvolvido pelo “Picker Institute”, como rememorado por Barry & Edgman-Levitan (2012). Com efeito, o respeito pelos valores, preferências e necessidades dos doentes tornaram-se o mote das decisões clínicas. Contudo, mantê-lo circunscrito à área clínica é negligenciar o centro nevrálgico do mundo hospitalar. Alargar o espetro desta epígrafe à Gestão hospitalar constitui um dos sentidos deste trabalho. Tornar esses indicadores, mormente o conforto físico e emocional, o envolvimento de amigos e familiares e o respeito pelos valores, predileções e necessidades dos doentes, os pilares das políticas organizacionais de doentes em fim de vida, como se construídas no mesmo desígnio de fortes, alçados em torno do povo mais débil, protegendo-os da refrega entre os polos opostos da Instituição: a eficiência e a vulnerabilidade. Novos indicadores que prometam à vulnerabilidade, posto a nu esse inicial sentimento final ser tocado com quotidiana macieza. Construir um sistema de saúde deveras centrado no paciente, incluindo-o na tomada de decisão a todos os níveis de intervenção, clínica e organizacional, com repercussões na vivência, mais amena, da sua quiçá derradeira estadia no mundo.

Daniels (2008), no seu trabalho “cuidados de saúde justos”, argumenta que todos os fatores sociais controláveis que podem afetar o estatuto da saúde, incluindo a pobreza, a educação, a nutrição, a segurança ocupacional, iniquidade, racismo etc” (Daniels, 2008, pp. 12-13). Se daqui retirarmos o extrato social remanescente na vida hospitalar, temos como determinantes da qualidade de vida dos doentes em fim de vida, os seguintes agentes sociais: o estatuto social (que lhes é delapidado para a substituir pelo estatuto de doentes, que a própria doença lhes confere), a iniquidade (no acatamento obrigatório de políticas e indicadores de predomínio curativo), o racismo na exaltação dos doentes com potencial curativo em detrimento dos paliativos, a ocupação da vida diária, e o ambiente, tanto físico, das cores à decoração, como química, das partículas que irradiam do calor humano. A consciência do quão estes agentes pesam na saúde das pessoas poderá constituir um travão que abrande a marcha insustada do furor tecnológico, nesse apequenado trecho de vida, dilatando-o antes de todas as maravilhas do mundo que podem ser trazidas para esse pequeno cosmos, como trazer algumas estrelas do firmamento para que sob os seus luzeiros pulsem os corações nesse caminho de pouquíssima luz.

Se no mundo exterior, uma forma de conseguir melhores resultados em saúde recai na atuação sobre certos determinantes sociais, como a educação de estilos de vida saudáveis, a mitigação da pobreza, etc. (Blank & Burau, 2007, p. 217), no interior do mundo hospitalar passará pela reestruturação de políticas de saúde que fomentem os fatores sociais que exercem maior influência na qualidade de vida dos doentes, nomeadamente o incitamento à manutenção do estatuto social, da identidade pessoal construída ao longo dos anos e à ocupação das horas mortas, dos vivos prazeres que explodem na alma um esplendor igual ao nascer-do-sol. Não sendo possível salvar o corpo, resta salvar a alma.

Deve, assim, existir uma investigação mais acurada dos fatores sociais e ambientais intra-hospitalares, que têm maior impacto na qualidade de vida dos doentes, de modo a que os escassos recursos económicos sejam investidos nos determinantes mais preponderantes. Reforçando esta conceção, Robert (2006), na asserção da “Investigação do Valor dos Resultados” defende que um outro tipo de resultados igualmente valioso deve ser obtido através da informação colhida junto dos doentes: dados que refletem a vivência da doença conforme as políticas de saúde instituídas, bem como os efeitos destas na sua vida.

No caso particular dos doentes em fim de vida, sobre o qual me debruço essencialmente, será a qualidade de vida dos seus últimos dias, o objetivo major. Assim, tirando partido desta estratégia, e ultrapassando a visão estreita dos estudos que se cingem ao resultado direto de determinados medicamentos, tratamentos ou atitudes terapêuticas, saliento como exemplo um tópico do presente trabalho, a investigação científica na área de úlceras de pressão. Um estudo que se foca unicamente na úlcera e em métodos de a evitar, olvidando as restantes componentes da vida do doente. Deste modo a extrapolação da denominada “investigação dos resultados” por Robert (2006), para a área dos Cuidados Paliativos, terá como finalidade examinar os efeitos de certas intervenções específicas, a nível da qualidade de vida dos doentes, conduzindo porventura a uma reorganização das políticas dos cuidados.

Tomando o reforço abonatório do pensamento a montante, aludido igualmente no tópico da Revisão Literária, “Indicadores de Qualidade em Saúde” destaco a premência em definir medidas de avaliação da qualidade em harmonia com a filosofia dos cuidados sobre os quais se debruçam.

No seguimento desta ideia, considero que previamente ao estabelecimento e implementação de indicadores de qualidade em saúde, deve ser claramente definida a finalidade dos cuidados submetidos ao seu exímio escrutínio. No caso concreto a que debruço o meu olhar,

devem ser primariamente definidos os objetivos dos cuidados aos doentes em fim de vida, de modo a que, seguindo a sua direção, possam ser determinadas as variáveis (indicadores), que reverberando as necessidades, averiguadas junto da sua fonte mais limpa, os doentes, sustentem as ações do Hospital nesse sentido.

Devem ser perscrutadas as mais ínfimas particularidades dos doentes, conhecê-las e saber de que modo o sistema financeiro e de acreditação, que procura proteger a qualidade dos cuidados de saúde, não será um obstáculo à sua obtenção. Uma tensão entre duas dimensões que se encontram do mesmo lado. As regras e os indicadores de qualidade definidos devem ser revisados e emendados de acordo com o olhar atento que o cuidar diário dos profissionais de saúde proporciona.

#### 5.1.1 Indicadores de Qualidade vigentes versus o conforto dos doentes em fase terminal – A reportação de casos de exclusão – uma medida solucionadora

A primeira medida proposta para fazer frente ao dilema subliminar à primeira questão de investigação “De que modo os indicadores de saúde atuais, acoplados a incentivos económicos colidem com a filosofia de qualidade dos cuidados de doentes em fase terminal de vida?”, enunciada anteriormente na literatura, é a de “... reportar os casos de exceção de doentes à abrangência dos indicadores de saúde, permitindo aos profissionais de saúde excluir pacientes, aos quais o indicador de qualidade não se aplica por existirem outras considerações precedentes” (Boeckxstaens et al, 2011, p.3). Desta forma, deverá ser possibilitada a reportação de casos de exceção do Indicador de Qualidade “Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão”.

Os critérios de exclusão deverão ser definidos rigorosamente, de modo a não aligeirar ou infringir o cumprimento apropriado do indicador em questão, pautando-se nos seguintes pressupostos:

- O doente encontra-se em fase terminal de vida.
- O doente apresenta dor no processo do posicionamento, não controlável através de administração de medicação analgésica, no período que antecede a intervenção.

- O doente apresenta aumento do nível de dor, quando colocado noutra posição que não a sua de maior conforto, sendo a dor não controlável pela administração prévia de medicação analgésica.
- O doente apresenta aumento do grau de falta de ar, quando colocado noutra posição que não a sua de maior conforto.

Os Indicadores de Qualidade “Taxa de Altas Voluntárias de Internamento” e “Taxa de Reinternamento” são igualmente passíveis de serem abarcados pela medida “Reportar caso de exclusão”, de forma a permitir a implementação do novo indicador respeitante a “Serviços adicionais” - A saída temporária do Internamento de doentes em fim de vida - referido adiante. Os critérios de exclusão destes indicadores seriam:

- O doente encontra-se em fase terminal de vida.
- A alta voluntária do internamento serve para concretizar o desejo do doente.
- O reinternamento encontra-se associado à consecução do novo Indicador de Cuidados Paliativos “A saída temporária do Internamento de doentes em fim de vida”.

### 5.1.2 A presença de Úlceras de Pressão em doentes em fase terminal de vida

No presente debate respeitante ao indicador que abrange a qualidade da pele, incluindo os que dela já se despem para sempre, coloco a seguinte questão: Se há beneficência passiva quanto à decisão de não intervir numa cirurgia da qual depende a vida, porque dela, a vida, não beneficiará, por que não existe beneficência passiva, a uma escala muito menor dos cálculos das obras humanas, na omissão da ação do posicionamento em prol de uma vida sem dor?

Que importa que saiam deste mundo com a pele intacta e lisa, se no outro, onde estão prestes a entrar, não precisarão dela? Por quê contrariar o conforto dos últimos dias, por danos mínimos da pele, incapazes de elevar a dor nos degraus da sua escala, já ocupadas pela magnânima dor da sua doença?

Assim, na presença de úlceras de pressão, se a vida der tempo a que se emendem as brechas do corpo, por regeneração celular, deixar que ela se ocupe da sua restauração nas horas vagas da dor. Caso não dê tempo à vida fechar as feridas do corpo, pelo menos que dê tempo por

que se fecham as da alma, a única fração que sobreviverá à transferência de mundos, à transcendência.

### 5.1.3. Novos Indicadores de Qualidade de Cuidados Paliativos

Os doentes, ressequidos das horas que lhes extraem a humidade do seu núcleo, desfazem-se como palhiço nas palmas das mãos de uma gestão de cuidados que não atende às suas necessidades. Mãos que deviam, no gesto de quem segura peças finíssimas, guardá-los no seu côncavo, protegendo-os das ferozes rajadas de pensamentos, regras e estratégias que a cada passo fustigam almas tão delicadas.

Neste morrer lento e mal, cabe igualmente à gestão do tempo e do espaço, criar um momento e local de luz onde, os doentes encontrem avios que forrem a brutidão do tempo seco para o fazer escorrer de horas venturosas, sorvendo a alma árida, onde há muito não cai um pingo de alegria. Um lugar de ostensiva quietude, como a que as estrelas sabem tear no céu e a arte no espírito. Um lugar que os tire desta miséria onde nem migalhas dos gozos da vida restam, e tal é o desperdício delas lá fora, que agora parece pecado não as terem catado quando podiam.

A seguir, são enunciados quatro grupos de novos indicadores que façam jus à qualidade dos Cuidados Paliativos.

Tirando o bom exemplo da “Quality and Outcomes Framework” (QOF), seguido por alguns países que agruparam os Indicadores de Saúde em quatro domínios: clínico, organização dos cuidados, experiência dos doentes e serviços adicionais. (Boeckxstaens et al, 2011), sugiro a criação de novos indicadores, inspirada na base desta estrutura, já mencionada anteriormente. Deste modo, tendo em conta os resultados aferidos pela investigação quantitativa relativamente aos dois maiores obstáculos à qualidade de vida dos doentes em fase terminal, a “dor” (83,3%) e a “falta de ar” (16,7%), proponho o desenvolvimento dos seguintes indicadores de Qualidade aos pacientes em fim de vida:

- Indicadores de Qualidade Clínicos - veladores da mitigação de sintomas impeditivos da qualidade no fim de vida, a “dor” e a “falta de ar”.

- Taxa de doentes em fim de vida com dor.
- Taxa de doentes em fim de vida com dispneia (falta de ar).



- Taxa de execução de técnicas invasivas, operadas nos serviços de internamento, em doentes em fim de vida
- Taxa de doentes em fim de vida submetidos a Sedação e Analgesia em procedimentos invasivos de Endoscopia, Hemodinâmica e Imagiologia.

Como enunciado na literatura, Maynard (2001) endereça duras críticas à realidade hospitalar, acusando-a de princípios éticos implícitos como de resultados práticos arbitrários, e da ausência de uma abordagem sistemática dos mesmos, isto é de objetivos claros e de um método analítico para a sua obtenção.

No sentido de melhorar esta realidade, deve-se infundir o mundo hospitalar de novas regras que o abriguem da aleatória regularidade das tempestades condensadas nas nuvens negras da gestão dos cuidados, que a cada passo arrebatam os indigentes da sua terra, em troadas de transferências de serviço. São estas as urgências da Gestão hospitalar, onde os doentes mais frágeis, aos tombos nos serviços do Hospital, sem revestimento à prova de choques, se escangalham na caída. Aqui, detenho-me na reflexão, prosaicamente debatida, da resistência à mudança, pela forma como reagiram a uma hipotética transferência de serviço, estes trocinhos finais de vida, que enfrentam já a soberana mudança, a do seu mais querido e firme lar, a Terra, para outro, etéreo e desconhecido, o Céu que, após a fatídica hora, içarão até ele, no desconhecimento total da arte das aves.

Ao invés de desalojar do serviço os que chegaram ao extremo da vida e do sofrimento, confortá-los no concheço do regaço do seu poiso inicial. No entanto, neste clamor pela justiça, perdura a questão colocada por Sen (2009), “igualdade de quê?”. A resposta é dupla, variando à vista dos factos que abundam no Hospital, ora colocando uns com a sua periclitante saúde em risco, por um mortífero acaso não vigiado, se nesse átimo de tempo não se encontrarem na especialidade cabida, ora seguindo os ditames que, protegendo estes, colocam os que aguardam a mais inegável rotina da vida, a morte, numa tranquilidade precária, assolada por sobressaltos de transferências, que provocam calamitosos efeitos nas suas estilhaçadas almas.

Deste modo, a salvaguarda da conjugação dos desígnios de ambas as teorias de justiça distributiva, irá provocar ingentes esforços por parte dos membros das Instituições de Saúde por que não se arrede o pé do solo de humana firmeza.

Dowie (2014) considera que, por meio de uma visão analítica, é possível tornar os “pontos fracos” da Ética, em “pontos fortes” da Gestão, e deste modo enrobustecer a Gestão Ética Hospitalar.

Sustentando-me nos resultados apresentados pelo Gráfico 5, elucidativos do impacto da transferência de serviço” na qualidade de vida de doentes em fase terminal, os quais maioritariamente revelam a natural resistência à mudança e ligação emocional à equipa do serviço inicial, ampliada pela sua fragilidade nosológica, segue-se o segundo grupo de indicadores de qualidade no fim de vida:

- Indicadores de Qualidade Organizacional – que remete para a política de transferências e gestão das vagas de um serviço, respeitando o bem-estar emocional dos doentes.

- Taxa de transferência de serviço de doentes em fim de vida.
  - Inclui: Os doentes em fase terminal mais vulneráveis, os quais deverão ser os últimos afetados pela mudança de serviço na Gestão de Vagas.
  - Exclui: Casos de sobrelotação do serviço especializado, com ausência de vagas disponíveis para o internamento ou transferência doutros doentes, cuja vida seja posta em risco por não se encontrarem alojados na especialidade requerida.
- Taxa de ocupação de doentes, no mesmo quarto, com igual diagnóstico neoplásico, em diferentes fases de evolução da doença, nomeadamente a inicial e a terminal.
- Taxa de presença de 2 ou mais familiares durante o período da noite, na fase agónica do doente.

Este indicador obriga a revisão da estrita regra que permite a presença de um único familiar durante o período da noite, quando o doente se encontra em fase agónica, beirando a morte. Um fardo demasiado pesado para ser suportado pelo mais amado do doente, em isolamento, desamparado do suporte de um familiar ou amigo.

Finalmente, são apresentados os dois últimos grupos de Indicadores, a “Experiência dos pacientes” e “Serviços Adicionais”. Esta repartição distingue o caso particular de doentes em fim de vida, onde o seu máximo potencial de vida, poderá constituir um indicador, como o de participar, de acordo com as suas capacidades funcionais reminiscetes e das suas faculdades,

ainda que amolecidas por opiáceos, na ocupação das últimas horas de vida vagas, em atividades que lhes proporcionem maior prazer.

Encontrando suporte nos Gráficos 9, 10 e 11 cabidos à descoberta de novos Indicadores de Qualidade, mediante a exposição de fatores do internamento que não minoram o sofrimento dos doentes, reportando-se à sua vivência das horas vagas do internamento, aos pensamentos negativos que delas se apoderam, e à televisão sem força distrativa para os avarar, surgem os seguintes indicadores de qualidade em fim de vida:

- Indicadores de Qualidade da Experiência dos pacientes – O alcance do objetivo deste indicador viabiliza a criação de um projeto artístico sob a divisa de ao tratamento paliativo do corpo contrapor a cura vivificante do espírito. Nesse brevíssimo murmúrio de vida, onde, porém, cabem largas horas de monotonia, recheiar os espaços em brancos, o nada, o vazio de arte e da Natureza que a doença lhes delapidou. Libertá-los da ociosidade perniciosa que os acorrenta em subversivos pensamentos. Tornar o Hospital, o mais possível, o Mundo que foram forçados a deixar e ao qual não retornarão. Para concretizar esta bela missão, criar um espaço e um tempo de arte feito por doentes que desejem deixar a sua marca indelével no mundo, arrancando-os do sofrimento, pelo esquecimento da morte e celebração da vida, restando-lhes a arte para não morrerem da verdade. Mais precisamente, a criação de um projeto, uma agenda artística, com o apoio de uma empresa, no exercício consciencioso da sua função de responsabilidade social. Um projeto que permita guarnecer os repartimentos vazios da mente, propícios à contínua invasão de pensamentos daninhos que proliferam como silvas, num manto bucólico de paz, do húmus da criação. Abater o debate de uma miríade de crises que se condensam numa só, a existencial, do fim da vida.

- Taxa de doentes em fim de vida envolvidos em atividades lúdicas, ajustadas aos seus pendores artísticos ou atividades que lhes encham o espírito de maior prazer e significado.
- Tempo médio de horas dedicado à ocupação das horas vagas de doentes em fim de vida, mediante atividades lúdicas.
  - Exclui: Doentes com incapacidade física, dor ou dispneia.

- Serviços adicionais - saída temporária do doente por um período de 12 horas, do Hospital.

- Taxa de saídas voluntárias do Hospital de doentes em fim de vida para cumprir um desejo pessoal.

Este indicador, a par das medidas de exclusão supramencionadas, para os indicadores alusivos a esta matéria, “Taxa de Altas Voluntárias de Internamento” e “Taxa de Reinternamento”, serve o propósito de concretizar um dos últimos desejos assinalados pelos doentes em fim de vida, a saída temporária do internamento.

A implementação deste indicador deve ser precedido pela elaboração de um documento que inclua simultaneamente o consentimento médico e do doente em fase terminal de vida, no sentido de cumprir a complexa e impossível tarefa atual de permitir que o doente cuja condição clínica o impede de ter alta hospitalar, usufrua, num dia, dos últimos fragores da vida do lado de lá do edifício, com o novo sabor que a breve finitude lhe apurou aos sentidos.

Os indicadores abrangidos nos dois últimos grupos, (“Indicadores de Qualidade da Experiência dos pacientes” e “Serviços adicionais”) estariam adstritos não a coimas pelo seu incumprimento, mas antes a prémios pela sua consecução.

#### 5.1.4 Outras linhas orientadoras

Ao mesmo tempo que se obedece às sisudas regras que protegem a vida na sua cabal existência, devem os que já espremidos dela, nas suas últimas gotas de vida, serem tratados com o coração nas mãos, e um olhar fraterno. Neste âmbito, seguindo os passos do inaugural projeto, descrito anteriormente na literatura por Spencer, Mills, Rorty e Werhane (2000), a “Iniciativa Ética Organizacional” criada em 1997, pela “American Hospital Association”, um projeto educacional que pretendia o desenvolvimento da Ética organizacional em todos os membros da instituição, com firmes linhas orientadoras da Ética na Gestão, promovo a ideia de o seguir, envigorando a confiança entre as organizações de saúde e as comunidades que servem. Proponho, deste modo, novas linhas orientadoras da Gestão hospitalar que recai sobre os doentes em fase terminal de vida, fortemente ligadas aos princípios éticos e valores humanos que efluem desta última fase da vida:

- Analisar os efeitos negativos da consecução de todos os Indicadores de Qualidade de saúde, mormente da “Taxa de Mortalidade” e da “Taxa de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados” e do rigor do seu cumprimento assente no esteio económico, sob uma ótica das

variáveis endógenas aos doentes em fase terminal de vida, cujo impacto não foi avaliado ou impossível de antever aquando a definição dos objetivos para os indicadores. Tal remete para o supracitado programa designado por Robert (2006), “A Investigação do Valor dos Resultados”, neste caso, dos indicadores na qualidade de vida dos doentes, abrangendo todas as variantes da sua vida, o bem-estar físico-psicológico e todos os fatores sociais controláveis que podem afetar o estatuto da saúde, como defendido por Daniels (2008), no seu trabalho “cuidados de saúde justos”, sob o desígnio da melhoria da sua qualidade de vida ao longo da estadia hospitalar.

- Aprovar a Gestão às Humanidades através da criação da plataforma informática “Ética na Gestão dos Cuidados”. Colocar os gestores em contacto com os dilemas éticos com que se defrontam diariamente os profissionais de saúde, na gestão minuciosa de tão frágil parcela da humanidade. Para tal, serve a construção de uma plataforma informática, que permita aos profissionais de saúde, exporem os vários dilemas que os arrojam no seu exercício, e obter orientação às suas questões por parte do Comitê de Ética, promovendo a partilha de informação e de experiências para a resolução atempada dos desafios que regurgitam diariamente do cuidar de doentes, no ambiente hospitalar. Uma medida suportada por Daly (2000) que evoca vários estudos que comprovam que a comunicação com os órgãos de Ética e sua ação levou a uma tomada de decisões mais acertada conduzindo a uma redução considerável de custos em saúde. Este motivo constitui mais um apanágio do desenvolvimento e implementação de uma plataforma informática alusiva à Ética e seus dilemas hospitalares.
  
- Reedificar a infraestrutura hospitalar, nos pilares de uma ética organizacional aperfeiçoada através de um rol de estratégias para a promoção de uma cultura organizacional Ética:
  1. Instituir novas políticas éticas na Gestão Hospitalar de doentes em fim de vida, clarificando a nova missão organizacional, articulada com valores renovados e reformulados à luz dos resultados de questionários reveladores da visão dos doentes e familiares, no que diz respeito a qualidade de cuidados.
  2. Reunir com os órgãos do Conselho de Administração e chefias, para o desenvolvimento de objetivos e estratégias que executem as novas políticas de saúde, ou seja, operacionalizar as políticas, baseadas numa Ética de renovada firmeza, em procedimentos práticos e específicos, concretizando, simultaneamente, a importante tarefa de difundir, por entre os elementos da Gestão Hospitalar, os atualizados princípios

éticos que regulam a organização e os dilemas que resultam da sua colisão com os Princípios Universais.

3. Promover formação aos profissionais de saúde, para o conhecimento e interpretação das novas políticas éticas e respetivos procedimentos.
4. Oferecer programas de instrução e treino acerca dos valores da instituição, utilizando estudos de caso, simulação e partilha de dilemas éticos, promovendo a interação e a comunicação sobre Ética.
5. Auditorias, por parte de elementos designados, responsáveis por manter a infraestrutura ética da organização, no sentido de monitorizar a atuação ética no interior dela. Auditorias dos casos reportados de exclusão do indicador referente à prevenção de Úlceras de Pressão, e de outros indicadores como, “Taxa de Altas Voluntárias de Internamento” e “Taxa de Reinternamento”, verificando a conformidade com os critérios estabelecidos, de modo a evitar consequências não intencionais do programa, como a dos profissionais de saúde incorrerem na referência de doentes que não se excluem do citado indicador.
6. Sobrepor a Ética às regras nas circunstâncias que assim o exijam.

## 5.2. Limitações dos estudos e sugestões para futuras pesquisas

### 5.2.1 A transferência de serviço de doentes em fase terminal de vida

“Qual o efeito da transferência de serviço de doentes em fim de vida, sobre a sua qualidade de vida intra-hospitalar?”. Esta questão é o prelúdio de um rol de questões que nos aproximam do deslinde do enigma dilemático, subliminar à teoria de justiça que deverá regular a Gestão de vagas hospitalares, a equidade ou o utilitarismo. Considero que, ultrapassando esta dualidade é possível, a par da estratégia do custo-benefício, reger uma Gestão hospitalar eficaz segundo a equidade. Subleva-se, contudo, na consciência deliberativa da manobra que outorga o bilhete de ida à impositiva viagem de um serviço a outro, outras questões: Na transferência de doentes em fase terminal de vida dos serviços de origem (especializados) para serviços outros (generalistas), onde aguardam vaga para rede de Cuidados Paliativos, deve ser atendida a vulnerabilidade humana, extremada no fim de vida, ou a eficiência essencial na gestão de vagas? Em que circunstâncias uma prevalece sobre a outra? A vontade do doente é resposta fácil aquando

a existência de vagas no serviço de origem, ou num sazão de baixo influxo de doentes. A pergunta impõe-se com maior truculência, quando os serviços se encontram lotados e as épocas são de elevada afluência de doentes. Apesar de todas as dificuldades “... é possível repensarmos todo o internamento hospitalar não em função das especialidades, de determinados critérios que são pré-definidos por cima e por alguém, mas em função do doente.” (Ferreira, 2016, pp. 24-25)

Ao longo deste trabalho coriscam, no silêncio imponente dos mais vulneráveis, palavras que iluminam o negro destino da transferência do seu doce poiso, na última tira de vida, por efeitos do acaso probabilístico. Não basta que neles pensemos condoidos, pela má fortuna de serem espoliados do seu pequeno mundo para outro que lhes calhasse. As contas não são boas de fazer para ordenar os escalões de dor e sofrimento humano, numa lista, apurada do mais ao menos desamparado, para manobrar as transferências com justiça, ainda que não na sua inteireza. Creio que nem a mais alta equação matemática faria jus à medida do sofrimento humano e nenhuma dor aferida à décima ou à centésima seria fielmente representada, como o é no olhar estancado, na mandíbula retesada ou em cada poro alagado em suor. Talvez por isso, esta porção do trabalho se encontre fadado à incompletude, não existindo zeros para tanto penar. Vale contudo, sossegar estes corações ansiosos o mais que pudermos e não esperar que o mundo hospitalar dê outra volta, girando indolentemente nos eixos da regularidade fortuita. É preciso deter esse movimento aleatório, essa marcha injusta do acaso, na remansa ordem da humanidade feito a que o mundo segue nas estações, num suave alinhamento. Emergem, deste modo, questões que buscam instruções para amansar a brutidão desta realidade final, na ordem das fragilidades da alma.

Em que medida, o tempo, tanto o que resta de vida do doente, quanto o de permanência no serviço de origem, interferem na decisão de transferência? ; Quais as particularidades do estado de doença (nível de consciência, confusão, coma, dor, agonia...) em que o doente se encontra, que privilegiam a preponderância ou subalternidade da gestão de vagas? ; De que modo o apoio familiar e social (número de visitas de familiares e amigos) apaziguam o grande marulhar de sentimentos de angústia e ansiedade na rutura do serviço de origem?

No campo metodológico, o trabalho avançou igualmente por estas vertentes no sentido de criar uma orientação à gestão de vagas hospitalares no contexto da “Transferência de serviço”. Um guia orientador que permita amainar os declives do sofrimento na mudança, conforme os relevos do espírito de cada doente que se encontra na mira do desacerto nosológico, com o serviço que primeiramente o acolheu. Tomando novamente palavras de superior entendimento em Gestão de Saúde, “... o doente tem de estar no local mais adequado para poder estar o mais confortável

possível, o mais integrado e sentir-se o mais próximo do seu lugar, e é o conhecimento, as especialidades que vão ao doente, sempre respeitando naturalmente que há questões de ordem técnica que obrigam a que haja algumas áreas específicas – cuidados intensivos, etc.” (Ferreira, 2016, p. 32).

Sugere-se, no futuro, desenvolver um trabalho onde se possam analisar as variáveis abaixo descritas, a fim de tornar a transferência de doentes em fase terminal, o mais equitativa possível, num processo que permita “... congregar as pequenas mudanças para gerar a grande mudança e tornar a mudança sistemática” (Crisp, 2014, pág. 33).

- Tempo de permanência no serviço de origem (<1 mês; 1-2 meses; >3 meses)
- Apoio familiar/social - número e frequência de visitas de familiares e amigos
- Tempo de vida estimado clinicamente do doente
- Fase da doença (diagnóstica, intermédia ou final)
- Nível de consciência do doente (coma, estupor, confusão, consciente)
- Permanência nas 24 horas de uma familiar/amigo

Será, assim possível, num futuro trabalho resgatar os dados alusivos a estes itens, no intuito de criar um Guia de Orientação à Gestão de vagas hospitalares, para a mais esmerada decisão na “Transferência de Serviço de doentes em fim de vida”.

Estas serão questões a explicar posteriormente, pois apesar da recolha de dados para a análise dos dados concertantes com a questão, a complexidade da mesma demanda uma dimensão do tempo, que por não caber na consecução deste trabalho, será prorrogada.



### 5.3 Considerações Finais

Quando está prestes a acabar o mar, o sol, as nuvens... quando já pouco se é deste Mundo, porquê implementar as severas medidas que buscam a excelência na vida e que apenas casam com a implacabilidade e o excesso de perfeição da morte?

Porquê instaurar equações matemáticas e grandes somas, para decifrar frações decimais que se vão subtraindo da vida em parcelas sucessivamente menores? Porquê pendurar quadros de cálculos matemáticos que buscam a realidade da incógnita numa igualdade verdadeira, num mundo onde imperam as disparidades, e a inconstância supera a transcendência do absoluto alinhamento dos números?

A rigidez dos estreitos resultados percentis dos indicadores, que aferem a qualidade na prevenção de quedas e úlceras de pressão, ferem contundentemente os doridos corpos terminais na exímia prossecução dos mesmos. A inexorabilidade percentil em que procuram encaixá-los, por forma a alcançar a qualidade aferida por diferentes entidades de acreditação, nomeadamente King's Fund, JCI e Andalusia, procura adentrar um amplo mundo de infinitas probabilidades e realidades num único quadrado milimétrico, onde as suas arestas ferem como limalhas a dignidade humana esfolando os princípios éticos que a albergam. Concretamente, num mundo onde os doentes, rebentados de cansaço, porque dentro de um corpo que corre mais rápido que a própria morte, deixam, por esgotamento total de forças, ou por submissão moral de condição de enfermo, a mudança de posição à mercê de outros. Estes de visão blindada do deificado metal da sociedade, obrigam-nos demasiadas vezes a suportar dores excruciantes na alternância de posições que aliviem as inúmeras saliências ósseas, de modo a evitar a aquisição não só no seu corpo, mas também no corpo hospitalar de uma chaga (úlceras de pressão) que acresça um buraco na pele, e mais que tudo um buraco económico na gestão hospitalar. Assim, doentes em fase terminal de vida, ao jugo de um propósito que busca maiormente alcançar o objetivo económico, sobrepondo-se, uma vez mais, ao humano, são forçados a manterem-se numa posição, que lhes acumula mais uns escalões à pilha de dores. Tal ocorre por se encontrarem em cima de ossos e vísceras atacadas pelo maldito cancro, ou por se submeterem a posições, que, aliviando a pele dos atritos dos ossos que a pungem na posição de sentado – a única que permite a maior dilatação pulmonar e conseqüente alívio na terrível sensação de falta de ar –, se vêm sufocados em posições laterais, que comprimem os únicos alvéolos capazes de respirar. Há nesta conceção do cuidar uma contrariedade total da filosofia que permeia os cuidados paliativos, promulgada pela Organização Mundial de Saúde. Uma filosofia fragmentada pela colisão entre o princípio ético, ou

do que o tão almejado por rigorosas medidas aparenta ser, na besuntadela de Beneficência com que foi batizado, apesar de, não lhe cabendo o recheio económico com que foi empalado, se estala o seu esmalte que reluz não de ouro, mas de pechisbeque, denunciando o que está por baixo, com a fraturante realidade interior de perda de Autonomia, num acumulo de pungentes melancolias, que ligam bem com a morte.

Um mundo circundado de muros de regras e imposições que encolhem a vida de tantos seres-humanos, isolando-as num sofrimento de murmúrios que roem o silêncio, por dentro. Este mundo deve, mais que tudo na última porção de vida, ser derrubado de todos as paredes e tetos que o tornam num pequeno quadrado abafado e expandi-la aos horizontes mais amplos da essência de cada um.

Tornar o hospital no pilar da fé da humanidade mais acendrado e propagar a irradiação de calor das ondas magnéticas desta delicada política em torno do ser-humano. Tal irá derreter e desfazer a encrostada ideia que vigora na população, do interior do hospital como das mais horripilantes visões de um edifício abandonado e vazio de humanismo, tenazmente regido por frívolas leis que remontam aos tempos da Revolução Industrial. Assim, proponho, mormente nesta frágil porção da vida, uma Gestão centrada não nas especialidades nem na tecnologia, não nos rígidos indicadores de qualidade que esfriam o seu cuidar ou nas normas que vigoram para todos os outros doentes que não se encontram na fina esteira do Mundo, mas no Doente, nas suas necessidades e desejos, mitigando o mais possível as toneladas de sofrimento que lhe pesam na alma.

Um pensamento que encontra suporte no desígnio de uma Reforma dos Cuidados de Saúde Hospitalares promulgado por António Ferreira, reconhecido “líder na administração pública”. Considera como uma das mais importantes pedras basilares à organização hospitalar do século XXI, por forma a maximizar a sua eficiência e eficácia, a nível de custos controlados, assegurando a equidade e a qualidade, a humanização:

“No século XXI eu atrevia-me a dizer que a primeira questão que é um desafio para os hospitais é a humanização... Num século de supremacia tecnológica quer do ponto de vista factual, quer do ponto de vista cultural, onde as pessoas cada vez mais almejam a imortalidade física e não só a espiritual... Onde a morte se deslocaliza da família, do acompanhamento do grupo e do núcleo, que é a razão de viver de cada um de nós, para o hospital e para as unidades de cuidados paliativos. Perante esta nova dimensão da abordagem da doença, infelizmente cada vez mais centrada na tecnocracia – na superioridade da técnica – e cada vez menos centrada na dimensão

humana do ser doente, o objetivo fundamental para um hospital poder responder cabalmente àqueles que o procuram, os doentes, é a humanização. E esse é o primeiro, o segundo e o terceiro, na minha opinião” (Ferreira, 2016, p.32). E enfatiza ainda: “E eu defendo que o centro do nosso sistema de saúde deve ser o doente. O processo. Basicamente é centrarmo-nos no processo do doente” (Ferreira, 2016, p. 24).

Na Ética hospitalar “To be or not to be” é sempre uma questão política, onde o ver, o fazer e o ser se seguem em ondas circunferenciais encadeadas até se acoplarem aos redondos contornos da alma. Cabe à mão do poder difundir, das suas cinco pontas, por fortes ondas, os cinco sentidos mais finos da alma, esses que tocam com enternecedora leveza a verdade mais funda da vida, o seu fim. Cinco sentidos que não poderão nunca ser substituídos pelas mais avançadas tecnologias que procuram alcançar profundidades mediante sondas tácteis ou sensores ultrassônicos. Cinco sentidos que magicamente podem transformar o desespero dos dias velhos, no encantamento dos dias frescos, o tempo mais cruel, no mais belo, o marasmo, no deslumbramento. O binário mundo da escolha humana, do horrendo e do sublime, cabe à mão da humanidade. Uma mão que pode, antes do arbitrário dia que finda o calendário do tempo do outro, retirá-lo da cadeira da plateia, onde placidamente assiste o seu desfolhar, para o palco onde torna viva a sua existência morta, e devorar a vida com deleite, antes que por ela seja devorado.

Tentar, sempre, responder às mais inquietas frações da alma, que respingam à constante e ocupante vastidão interior do “Não sei”, nem que apenas com uma gotícula de verdade, que caia como pingo solitário de chuva, no imenso deserto.

O mundo hospitalar desliza como rocha através das vagas de um mar sempre novo, feito de renovadas pitadas do tempo, esse capital ingrediente da mudança. Um suave deslizar de uma massa de duas lâminas, sustidas à força magnética de iões de pensamentos contrários e complementares que giram na fina esteira que as aparta. É com esta fórmula que se dá o movimento subtil que mantém numa constante estabilidade funda, a crosta inferior, impregnada dos minerais da filosofia, sociologia e psicologia, e à face, a crosta superior, recheada de sedimentos de economia, tecnologia e gestão. Contudo, ao deparar-se esta, com a falha da anterior, irá afundar-se pelo abismo dentro, num mergulho sem volta, numa súbita aflição, a mesma que obscurece o pensamento quando inesperadamente nos falha o pé.

O hospital, em toda a sua soturna imponência, seria como sumptuoso palácio que o deixou de ser porque vazio. Que falta fazem as coisas e os objetos se a ninguém lhes fizer falta? Como

não fazem aos que vivem na beira extrema do abisso deste mundo, no seu mais alto precipício vertical, do qual vislumbram a vida, na sua intocada maravilha.

Por descartarem toda a tralha física deste mundo, dissolvem-se nos seus elementos naturais, nos mais simples e sublimes prazeres, e assim, se excluem das regras do poder económico que movem as vidas, todas, incluindo as suas. Uma iniquidade que pré-existe nas inexpugnáveis leis das nações, que devolvem qualquer exceção ao soberano metal à procedência, como uma esfera do tamanho do mundo que ecoa dentro de si outras de iguais contornos, desprezando ajustamentos milimétricos, até ao pequeníssimo círculo que circunda este diminuto mundo. Como sempre, as regras vêm das mãos de majestosos cumes declivosos, e não dos pés descalços que pisam a terra firme. Talvez uma inversão na propalação dos aros, do mais pequeno ao maior, como a ordem natural da vida segue, de criança a adulto, do início ao fim, acerte com a mais pura regra universal.

## Referências Bibliográficas

Abiven, M. (2001). Para uma morte mais humana – Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos. Loures: Lusociência.

Arán, M., & Júnior, C. (2007). Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. Revista Saúde Pública.

Arendt, H. (2008). As origens do totalitarismo. Alfragide: Dom Quixote.

Baraňano, A.M. (2004). Métodos e técnicas de investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação. Lisboa: Edições Sílabo.

Barry, B. (2005). Why Social Justice Matters. Cambridge, UK: Polity.

Barry, M. J. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care. The New England Journal Of Medicine, 366 (9), 780-781.

Blank, R. and Burau, V. (2007). Comparative Health Policy, 2nd edn. New York: Palgrave Macmillan.

Boeckxstaens, P., De Smedt, D., De Maeseneer, J., Annemans, L., Willems, S. (2011). The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: A systematic review. BMC Health Services Research, 209 (11), 1-15.

Brock, D. (2000). Broadening the Bioethics Agenda. Kennedy Institute of Ethics Journal, 10 (1), 21-38.

Brosman, J., & Roper, J. M. (1997). The reality of political ethical conflicts: Nurse manager dilemmas. Journal of Nursing Administration, 27 (9), 42-46.

Bucaro, F. (1998). Ethics gap provides dilemma for businesses. The Akron Beacon Journal.

Campos, T. (2006). Políticas para *stakeholders*: um objetivo ou uma estratégia organizacional? Revista de Administração Contemporânea, 10 (4), 111-130.

Cantista, M. J. (coord.) (2001). A dor e o sofrimento: abordagens. Porto: Campo das Letras.

Conti, G., Heckman, J. & Urzua, S. (2010). The education-health gradient. American Economic Review, 100 (2), 234-238.

Correia, M., (2014). Perguntas (com) resposta: Meneses Correia. Revista Gestão Hospitalar, (3), 36-37.

Coutinho, C.P. (2011). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria a Prática. Coimbra: Almedina.

Coutinho, C.P. (2013). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. (2ª edição). Coimbra: Almedina.

Culyer, J. A. (2001). Economics and ethics in health care. Journal of Medical Ethics, 27 (4), 217-222.

Crisp, N., (2014). Entrevista a Lord Nigel Crisp. Revista Gestão Hospitalar, (3), 32-35.

Da Cunha J., & Corrêa H. (2013). Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. Revista de Administração de Empresas, 53 (5), 485-499.

Da Silva, P. N. (2011). Citações e Pensamentos de Agostinho da Silva (7ª edição). Alfragide: Casa das Letras.

Daly, G. (2000). Ethics and Economics. Nursing Economics, 18 (4), 194-201.

Daniels, N. (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Dorfles, G. (1988). *O Devir das Artes*. Lisboa: Dom Quixote.

Dowie, A. (2014). Making sense of assessment in medical ethics and law. *Journal of Medical Ethics*, 40 (10), 717-718.

Dracopolou, S. (1998). *Ethics and Values in Health Care Management*. NewYork: Routledge.

Draper, H. (1996). Can British NHS managers be business-like and should they adopt the values of business? *Business Ethics: A European Review*, 5 (4), 207-11.

Engster, D. (2014). The social determinants of health, care ethics and just health care. *Contemporary Political Theory*, 13 (2), 149-167.

Epstein, R.M., Fiscella, K., Lesser, C.S. & Stange, K.C. (2010). Why The Nation Needs a Policy Push on Patient-Centered Health Care. *Health Affairs*, 29 (8), 1489-1495.

Ferreira, A. (2016). Entrevista a António Ferreira. *Revista Gestão Hospitalar*, (10), 22-32

Goldman, D. & Lakdawalla, D. (2010). Can the ACA improve population health? *The Economists' Voice*, 7 (5), 1-5.

Grosenick, L. E. (1994). Governmental ethics and organizational culture. In T. L. Cooper (Ed.), *Handbook of administrative ethics*. New York: Marcel Dekker.

Heymann, J., Hertzman, C., Barer, M. & Evans, R. (eds.) (2006). *Healthier Societies: From Analysis to Action*. Oxford: Oxford University Press.

Holanda, A. (2006). Questões sobre a pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 24 (3), 363-372.

Kunst, A. & Mackenbach, J. (1994). The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *American Journal of Public Health*, 84 (6), 932-937.

La Torre, A., Del Rincon, D., Arnal, J. (1996). *Bases Metodológicas de la Investigacion Educativa*. Barcelona: Hurtado Ediciones.

Lunet, N., Severo, M., Barros, H. (2006). “Desvio Padrão ou Erro Padrão” Notas metodológicas. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Mann, J. (1997). Medicine and public health, ethics and human rights. *Hastings Center Report*, 27 (3), 6-13.

Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome*. New York: Henry Holt.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social Determinants of Health*, 2nd edn. Oxford: Oxford University Press.

Maxwell, R. J. (1994). Health care management: are ethics relevant? in R. Gillon (ed.). *Principles of Health Care Ethics*, London: John Wiley and Sons.

Maynard, A. (2001). Ethics and health care ‘underfunding’. *Journal of Medical Ethics*, 27 (4), 223-227.

Mertens, D. (1998). *Research Methods in Education and Psychology: Integrating Diversity with Quantitative & Qualitative Approaches*. London: Sage publications.

Michael, J., Barry, M.D., Susan Edgman-Levitan. (2012). Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care. *The New England Journal of Medicine*, 366 (9), 780-781.



Neto, I., & Barbosa, A. (2006). Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa

Nietzsche, F. W. (1996). Humano, Demasiado Humano Lisboa: Círculo de Leitores.

Olsen, J. A. (1997). Theories of Justice and their implications for priority setting in health care. *Journal of Health Economics*, 16 (6), 625-639. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(97\)00010-6](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(97)00010-6)

Petersen L., Woodard, L., Urech, T., Daw, C., Sookanan, S. (2006). Does Pay-for Performance Improve the Quality of Health Care? *Annals of Internal Medicine*, 145 (4), 265-272.

Próspero, F., (2016). Serviço de Urgência (SU), o elo mais fraco ou a vítima da desorganização dos Sistemas (Cuidados) de Saúde? *Revista Gestão Hospitalar*, (10), 10-12.

Ramos, F., (2015). Entrevista a Francisco Ramos. *Revista Gestão Hospitalar*, (8), 22-25.

Rawls, John. (1971). Uma Teoria da Justiça. Lisboa: Presença (1993).

Rego, A., Pina e Cunha, M., Costa, N., Gonçalves, H., Cardoso, C. (2006). *Gestão Ética e Socialmente Responsável: teoria e prática*. Lisboa: Editora RH, Lda.

Renz, D. O., & Eddy, W. B. (1996). Organizations, ethics, and health care: Building an ethics infrastructure for a new era. *Bioethics Forum*, 12 (2), 29-39.

Rimler, G. & Morrison, D. (1993). The Ethical Impacts of Managed Care. *Journal of Business Ethics*, 12 (6), 493-501.

Robert, L. K. (2006). *Understanding Health Care Outcomes Research*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

- Rodriguez, J.L. (1987). *Sartre: Poder, Violencia y Revolucion*. Madrid: Editorial Revolucion.
- Epstein, R.M., Fiscella, K., Lesser, C.S., & Stange, K.C. (2010). Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Affairs*, 29 (8), 1489-1495.
- Salomon, G. (1991). Transcending the Qualitative-Quantitative Debate: The Analytical and Systemic Approaches to Educational Research. *SAGE Journals* 20 (6), 10-18.
- Sartre, J.P. (1976). *O Ser e o Nada*. Buenos Aires: Losada.
- Sen, A. (2009). *A Ideia de Justiça*. Coimbra: Almedina.
- Spencer, E., Mills, A., Rorty, M., Werhane P. (2000). *Organization Ethics in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Siegrist, J. & Marmot, M. (eds.) (2006). *Social Inequalities in Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Smith, S., & Normand, C. (2011). Equity in Health Care: The Irish Perspective. *Health, Economics, Policy and Law*, 6, 205-217.
- Sreenivasan, G. (2009). Justice, inequality, and health. In: E. Zalta (ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 209 (11), 1-15.
- Vallance, E. (1996). Ethics in business and health. *Business Ethics: A European Review*, 5 (4), 202-206.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22 (3), 429-445.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. New York: Routledge.

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level*. New York: Bloomsbury Press.

Williams, B. (2006). *Ethics and the Limits of Philosophy*. Abingdon, England: Routledge.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (1995). O que são Cuidados Paliativos? Retirado a 2 de Fevereiro de 2017 de, <http://www.apcp.com.pt/faq.html>.

Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão – Prevenção (2009). GAIF. Retirado a 7 de Março de 2017, de [http://gaif.net/sites/default/files/Guideline\\_Prevencao\\_da\\_UPressao\\_PT.pdf](http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf).

# Anexos

A Qualidade de Vida dos pacientes ao longo do internamento é uma preocupação crescente das Unidades de Saúde. Este questionário pretende conhecer a sua opinião acerca de determinados aspetos relacionados com o internamento, de modo a melhorar a arte do Cuidar Humano.

A sua participação é fundamental para obter a visão mais fidedigna e importante dos cuidados prestados, a da pessoa que os recebe.

Os dados constantes deste questionário serão utilizados para a realização de um estudo de Investigação no âmbito de uma Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade do Minho, e tem como principal objetivo identificar Cuidados que possam contribuir para minimizar o sofrimento dos doentes.

Não existem respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens abordados, pretende-se apenas a sua opinião pessoal, sincera e concreta, pois só assim poderemos conhecer o que pensa sobre o assunto.

Todos os questionários serão tratados com confidencialidade, e de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, pelo que os resultados serão apresentados de forma anónima.

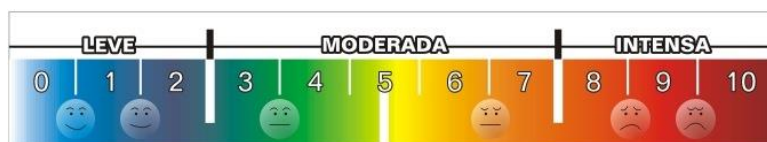
Grata pela sua colaboração,  
Eva Peixoto

## Parte I – Caracterização Sociodemográfica

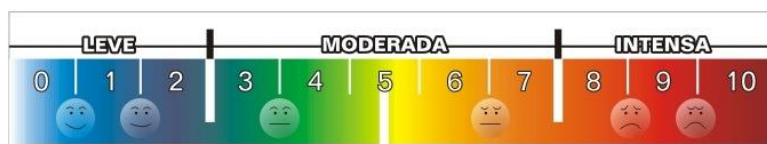
1. Sexo:
  - Masculino
  - Feminino
2. Idade: \_\_\_\_ anos

## Parte II – Questionário

1. Qual o nível de dor habitual que sente?
  - De 0 a 10  
(coloque uma roda à volta do número que corresponde ao seu nível de dor, sendo zero dor nula e 10 dor máxima e insuportável)



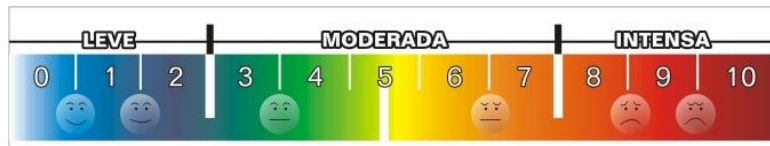
2. Sente alívio da dor em alguma posição específica?
  - Sim
  - Não
3. Qual o nível de dor nessa posição específica?
  - De 0 a 10



4. Sente aumento da dor habitual quando colocado noutra posição, que não a anterior?
  - Sim
  - Não

5. Qual o nível de dor que sente, quando se encontra noutra posição?

- De 0 a 10



6. Sente alívio da dor quando o seu corpo muda de posição?

- Sim
- Não

7. Sente falta de ar habitualmente?

- Sim
- Não

8. Qual o grau habitual da sua falta de ar?

- Elevado
- Moderado
- Reduzido
- Nulo

9. Respira melhor em alguma posição específica?

- Sim
- Não

10. Qual o grau de falta de ar nessa posição específica?

- Elevado
- Moderado
- Reduzido
- Nulo

11. Quando muda dessa posição, sente agravamento da falta de ar?

- Sim
- Não

12. Qual o grau de falta de ar noutras posições?

- Elevado
- Moderado
- Reduzido
- Nulo

13. Apresenta alguma ferida resultante da permanência na posição de conforto?

- Sim
- Não

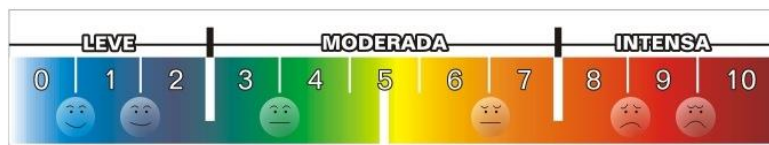
(Se respondeu afirmativamente à questão anterior, responda, por favor, às seguintes perguntas)

13.1 Sente dor no local da ferida?

- Sim
- Não

13.2 Qual o nível de dor no local da ferida?

- De 0 a 10



Considerando a hipótese de lhe proporem mudança de serviço:

14. A mudança para outro serviço não me causaria qualquer desconforto

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- De acordo
- Totalmente de acordo



15. Sinto-me ligado emocionalmente à equipa do serviço onde estou internado.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- De acordo
- Totalmente de acordo

16. A mudança para outro serviço seria causa de ansiedade e sofrimento.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- De acordo
- Totalmente de acordo

17. Gostaria de mudar para outro serviço.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- De acordo
- Totalmente de acordo

18. Preferia mudar para outro serviço que tivesse horário de visita livre e permanência de 1 familiar 24 horas por dia.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- De acordo
- Totalmente de acordo

Durante o Internamento:

19. O que considera que diminui a sua qualidade de vida?

- Dor
- Falta de ar
- Ansiedade
- Pensamentos negativos
- Feridas no corpo
- Outros
  - Especifique quais \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Considera que o dia tem muitas horas livres?

- Sim
- Não

21. A televisão é suficiente para preencher essas horas?

- Sim
- Não

22. Tenho pensamentos negativos várias vezes ao longo do dia?

- Sim
- Não

23. Gostaria de realizar outras atividades lúdicas para preencher essas horas vagas?

- Sim
- Não

24. Gostaria, durante o tempo de internamento, de poder sair do hospital durante um período de 24 horas e posteriormente voltar?

- Sim
- Não

## Entrevista Semiestruturada

25. Qual seria o seu motivo principal nessa saída temporária?

---

---

26. Qual a atividade para a qual tem particular talento e lhe proporciona extremo prazer?

---

---

Cara (o) Colega,

A Qualidade de Vida dos pacientes ao longo do internamento é uma preocupação crescente das Unidades de Saúde. Este questionário pretende conhecer a sua opinião acerca de determinados aspetos relacionados com o internamento, de modo a melhorar a arte do Cuidar Humano.

A sua participação é fundamental para obter a visão de quem presta cuidados diretos ao doente.

Os dados constantes deste questionário serão utilizados para a realização de um estudo de Investigação no âmbito de uma Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade do Minho, designado “Dilemática Ética na Gestão Hospitalar: Questões prementes do fim de vida”, e tem como principal objetivo identificar Cuidados que possam contribuir para minimizar o sofrimento dos doentes.

É de toda a conveniência que **responda a todas as questões, com o máximo rigor e honestidade, assinalando com um (x) ou preenchendo o círculo correspondente, à que melhor transmita a sua opinião.**

Não existem respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens abordados, pretende-se apenas a sua opinião pessoal, sincera e concreta, pois só assim poderemos conhecer o que pensa sobre o assunto.

Todos os questionários serão tratados com confidencialidade, e de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, pelo que os resultados serão apresentados de forma anónima.

Grata pela colaboração,  
Eva Peixoto

1. No posicionamento de doentes em fase terminal de vida, não altero a sua posição corporal, caso manifestem dor noutra decúbito.
  - Discordo Totalmente
  - Discordo
  - Não concordo nem discordo
  - De acordo
  - Totalmente de acordo
  
2. No posicionamento de doentes em fase terminal de vida, altero a sua posição corporal, mesmo que os retire da posição de conforto, pelo risco de úlcera de pressão.
  - Discordo Totalmente
  - Discordo
  - Não concordo nem discordo
  - De acordo
  - Totalmente de acordo
  
3. No posicionamento de doentes em fase terminal de vida, sinto-me dividido entre atender à permanência da sua posição de conforto ou em alterar a sua posição para prevenir úlceras de pressão.
  - Discordo Totalmente
  - Discordo
  - Não concordo nem discordo
  - De acordo
  - Totalmente de acordo

4. Considero mais importante, na fase terminal de vida, o conforto do doente do que o risco de úlcera de pressão.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- De acordo
- Totalmente de acordo

5. Considero que, na fase terminal de vida, a prevenção de úlceras de pressão é uma questão importante.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- De acordo
- Totalmente de acordo

6. Sinto conflito interior na transferência de doentes em fim de vida.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- De acordo
- Totalmente de acordo.

7. Que outros dilemas sente ao cuidar de doentes em fim de vida?

---

---

N/Refª: CESHB-16/2017

Outra referência: Protocolo de Investigação

Relator: Amélia Rego

Amélia  
10.03.17  
M

Parecer emitido em reunião de 7 de março 2017

Antesgado,  
J. L. Coelho  
10/3/17

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB), emite o seguinte parecer relativo ao estudo **"Dilemática Ética na Gestão Hospitalar: Questões prementes do fim de vida"**, de que é investigadora Eva Glória Alvarez Peixoto, Enfermeira do Hospital e aluna do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde. Tem como orientadora a Profª. Doutora Carla Freire – Escola de Economia e Gestão, e coorientador o Prof. Doutor Emérito Estanqueiro Da Rocha – Instituto de Letras e Ciências Humanas, ambos da Universidade do Minho, e que decorrerá nos Serviços de Cardiologia/Pneumologia, Medicina Interna e Oncologia do Hospital de Braga.

Trata-se de um estudo desenvolvido sob o paradigma quantitativo que tem como objetivo Geral Identificar as estratégias de saúde na Gestão hospitalar, que poderão contribuir para minimizar o sofrimento dos doentes em fase terminal de vida e como objetivos específicos:

- I. Identificar as singularidades que revestem os doentes em fase terminal de vida, de forma a obter uma maior equitabilidade dos métodos de Gestão;
- II. Identificar estratégias de saúde, potencialmente minimizadores desse sofrimento;
- III. Analisar de que modo o cumprimento de certos indicadores de qualidade poderá constituir um obstáculo à própria qualidade na prestação de cuidados de doentes em fim de vida;
- IV. Identificar as dimensões de qualidade, no entendimento dos doentes em fase terminal de vida; (v) Conhecer os hiatos com que os doentes se defrontam na sua encurtada vida, que finda no hospital e; Criar métodos inovadores de Gestão que colmatem as fendas, referidas pelos doentes, nos dias que transcorrem no Hospital.

Do desenvolvimento do estudo não se preveem benefícios para os participantes. No entanto, este estudo recolhe informação com vista à concretização de um projeto a realizar no hospital, em

parceria com uma empresa, que tem como missão, a criação de um espaço e de uma agenda artística para os doentes futuros, que findam a vida no Hospital;

A recolha dos dados decorrerá através de inquérito por questionário aos doentes em fase terminal, aos profissionais de enfermagem das Unidades de Cuidados em estudo e consulta de processo clínico através da aplicação informática “Glintt – Soluções Clínicas” com o objetivo de identificar estratégias potencialmente atenuadoras do sofrimento dos doentes em fim de vida; analisar de que modo o cumprimento de certos indicadores de qualidade estipulados por entidades de acreditação, poderá constituir um desafio à própria qualidade na prestação de cuidados de doentes em fim de vida, e conhecer dilemas vivenciados pelos enfermeiros relativamente a esse aspeto. Informação adicional a recolher do processo clínico:

- I. Tempo de internamento no serviço de origem;
- II. Apoio familiar/social - número e frequência de visitas de familiares e amigos;
- III. Fase da doença;
- IV. Nível de consciência do doente;
- V. Autorização de permanência 24 horas de uma familiar/amigo;

Está prevista a divulgação dos resultados obtidos.

A investigadora possui aptidão para a realização do estudo.

Estão disponíveis as condições materiais necessárias à realização do mesmo e os respetivos diretores de serviço indicaram aceitar a realização do estudo.

O estudo não acarretará despesa ou abuso de recursos para o Hospital de Braga.

Serão alvo do estudo os doentes internados em fase terminal de vida incidindo mormente sobre os que se preveja o término da sua vida no interior do hospital, após uma longa estadia nele. Na seleção da amostra, serão considerados os seguintes critérios de inclusão: Doentes em fase terminal de vida por doença oncológica, insuficiências de órgãos avançados (cardíaca, respiratória, hepática, renal) e doentes com doenças neurológicas degenerativas, internados nos serviços de Pneumologia, Medicina Interna e Oncologia de um hospital central; Profissionais de Saúde de Pneumologia, Medicina Interna e Oncologia do hospital de Braga. A recolha de dados será entre a segunda semana de março e a última semana de Abril, sendo o número estimado da amostra de doentes 40. A dimensão da amostra de profissionais será de aproximadamente 100.

Não declara existirem situações de conflito de interesses.

Está prevista a obtenção do consentimento informado das pessoas doentes e é assumida pela investigadora a salvaguarda da confidencialidade e o anonimato dos participantes, pela anonimização dos dados.



---

Em síntese, embora o estudo nos pareça de amplitude demasiado abrangente se considerarmos os seus objetivos, o conteúdo dos instrumentos de recolha de dados e a data de conclusão do mesmo prevista para 30 de abril próximo, não suscita qualquer reserva de natureza ética, pelo que tem parecer favorável à sua concretização.

Braga, 08 de Março de 2017

O Presidente da Comissão de Ética



---

(Dr. Juan R. Garcia)



## Qualidade dos serviços clínicos

### Apêndice 1

#### Parâmetros de Desempenho de Resultado

**A) Parâmetros Aplicáveis Durante o Período de Transição e Após a Transferência do Estabelecimento para o Novo Edifício Hospitalar**

Durante o Período de Transição, ainda que exista a obrigação de monitorização desde a data de Transmissão do Estabelecimento Hospitalar, as deduções só serão aplicáveis no primeiro ano civil completo após a Transmissão.

**N.ºs 3/4 da Cláusula 38.ª do Contrato – Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD face à Produção Prevista relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha**

1.	<b>Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por Grandes Categorias Diagnósticas (GCD) relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha</b>
<b>Descrição</b>	Permite verificar se o número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva em cada uma das GCD relativamente à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha não é inferior, em cada semestre, a 25% do número total de Episódios de Internamento que constituem a Produção Prevista desse ano, em cada GCD, para a Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha. Não são consideradas as GCD cujo número de episódios de internamento da produção prevista represente em cada ano menos de 1% do total da produção prevista desse ano.
<b>Justificação</b>	A identificação de divergências entre a Produção Prevista e a Produção Efectiva é crucial para a avaliação da capacidade de atracção do Estabelecimento Hospitalar, permitindo desenvolver os esforços necessários para a resolução atempada de situações em que a Produção Efectiva seja significativamente inferior à Produção Prevista.
<b>Medida da Falha</b>	[Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD respeitantes à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha / Número de Episódios de Internamento da Produção Prevista desse ano por GCD respeitantes à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha]
<b>Inclui/Exclui</b>	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Episódios de Internamento da Produção Efectiva respeitantes à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha.</li> </ul>
<b>Indicadores a Monitorizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de Episódios de Internamento da Produção Efectiva por GCD respeitantes à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha;</li> <li>▪ Número de Episódios de Internamento da Produção Prevista desse ano por GCD respeitantes à Área de Influência do Estabelecimento Hospitalar enquanto Hospital de Primeira Linha.</li> </ul>
<b>Dedução</b>	Semestral, por GCD
<b>Pontos de penalização por desvio face</b>	Taxa verificada por GCD < 25%: $(-500 \times \text{taxa verificada por GCD} + 125) \times (\text{número total de GCD} / (\text{número total de GCD} - \text{número de GCD excluídas}))$

21.	Taxa de Mortalidade Durante o Acto Operatório Ajustada
	<p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>N.^{\circ}</math> de óbitos durante o acto operatório <math>GDH_{cir[Hospital\ j]}</math>, corresponde ao número de óbitos, durante o acto operatório, no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise;</li> <li>▪ <math>N.^{\circ}</math> total de doentes intervencionados <math>GDH_{cir[Hospital\ j]}</math>, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no hospital j, para os GDH cirúrgicos com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise;</li> <li>▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.</li> </ul>
<b>Inclui/Exclui</b>	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervenções Cirúrgicas que originam o Internamento do Utente, quer de carácter programado quer urgente.</li> </ul>
<b>Indicadores a Monitorizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para cada GDH cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>Tx\ mortalidade\ acto\ operatório\ GDH_k\ [Hosp] = \frac{N.^{\circ}\ \acute{o}bitos\ durante\ o\ acto\ operatório\ GDH_k\ [Hosp]}{N.^{\circ}\ total\ de\ doentes\ intervencionados\ GDH_k\ [Hosp]}</math></li> </ul> </li> </ul> <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>N.^{\circ}</math> de óbitos durante o acto operatório <math>GDH_k[Hosp]</math>, corresponde ao número de óbitos, durante o acto operatório, no Hospital de Braga, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise;</li> <li>▪ <math>N.^{\circ}</math> total de doentes intervencionados <math>GDH_k[Hosp]</math>, corresponde ao número total de doentes sujeitos a Intervenção Cirúrgica no Hospital de Braga, para o GDH cirúrgico k com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise;</li> <li>▪ k, corresponde ao número do GDH cirúrgico com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise.</li> </ul>
<b>Dedução</b>	Anual
<b>Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)</b>	>VR: 450 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
<b>Penalidade por não monitorização</b>	450 pontos
<b>Limite ao Valor de Referência</b>	Não aplicável

22.	Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada
<b>Descrição</b>	Pretende medir a mortalidade durante o Internamento, independentemente da causa (médica ou cirúrgica), ajustada à casuística dos hospitais seleccionados do Grupo de Referência.
<b>Justificação</b>	A taxa de mortalidade no Internamento é um importante indicador dos resultados assistenciais. Na medida em que a taxa de mortalidade varia para os vários GDH, para efeitos de comparabilidade considera-se necessário calcular uma taxa de mortalidade ajustada, de forma a considerar a complexidade e severidade dos Internamentos.

22.	Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada
<b>Medida da Falha</b>	<p>Somatório da taxa de mortalidade no Internamento, associada a cada GDH que origine Internamento no Hospital de Braga, ponderada pelo peso do respectivo GDH no total dos Episódios de Internamento nos hospitais do Grupo de Referência seleccionados para determinar o valor de referência anual.</p> <p>Mais concretamente, a taxa de mortalidade no Internamento ajustada calcula-se da seguinte forma:</p> $\sum_{i=1}^n [\text{Tx mortalidade GDHi}_{[Hosp]} \times \text{Peso GDHi}_{[GrupoRef]}]$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>\text{Tx mortalidade GDHi}_{[Hosp]} = \frac{N.^{\circ} \text{ óbitos doentes internados GDHi}_{[Hosp]}}{N.^{\circ} \text{ total de doentes internados GDHi}_{[Hosp]}}</math>;</li> <li>▪ <math>i</math>, corresponde ao número do GDH com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise.</li> </ul> <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>N.^{\circ} \text{ de óbitos de doentes internados GDHi}_{[Hosp]}</math>, corresponde ao número de óbitos de doentes internados no Hospital de Braga para o GDH <math>i</math> com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise;</li> <li>▪ <math>N.^{\circ} \text{ total de doentes internados GDHi}_{[Hosp]}</math>, corresponde ao número total de doentes internados no Hospital de Braga para o GDH <math>i</math> com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise.</li> </ul> $\text{Peso GDHi}_{[GrupoRef]} = \frac{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ de doentes internados GDHi}_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ total de doentes internados}_{[Hospitalj]}}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>\text{Peso GDHi}_{[GrupoRef]}</math></li> </ul> <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>N.^{\circ} \text{ de doentes internados GDHi}_{[Hospitalj]}</math>, corresponde ao número de doentes internados no hospital <math>j</math> para o GDH <math>i</math> com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise;</li> <li>▪ <math>N.^{\circ} \text{ total de doentes internados}_{[Hospitalj]}</math>, corresponde ao número total de doentes internados no hospital <math>j</math> para os GDH com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise;</li> <li>▪ <math>j</math>, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.</li> </ul> <p>O valor de referência para a taxa de mortalidade no Internamento ajustada corresponderá a:</p> $\frac{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ óbitos doentes internados}_{[Hospitalj]}}{\sum_{j=1}^m N.^{\circ} \text{ doentes internados}_{[Hospitalj]}}$ <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>N.^{\circ} \text{ de óbitos de doentes internados}_{[Hospitalj]}</math>, corresponde ao número de óbitos de doentes internados no hospital <math>j</math> para os GDH com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise;</li> <li>▪ <math>N.^{\circ} \text{ total de doentes internados}_{[Hospitalj]}</math>, corresponde ao número total de</li> </ul>

22.	Taxa de Mortalidade no Internamento Ajustada
	doentes internados no hospital j para os GDH com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ j, corresponde aos hospitais do Grupo de Referência seleccionados.</li> </ul>
<b>Inclui/Exclui</b>	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utentes que falecem no Serviço de Urgência;</li> <li>▪ Utentes que falecem em processos de ambulatório;</li> <li>▪ Recém-nascidos que não cumpram o critério de “nascimento vivo”.</li> </ul>
<b>Indicadores a Monitorizar</b>	Para cada GDH: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tx mortalidade <math>GDHi_{[Hosp]} = \frac{N.^{\circ} \text{ óbitos doentes internados } GDHi_{[Hosp]}}{N.^{\circ} \text{ total de doentes internados } GDHi_{[Hosp]}}</math></li> </ul> <p>Em que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>N.^{\circ} \text{ de óbitos de doentes internados } GDHi_{[Hosp]}</math>, corresponde ao número de óbitos de doentes internados no Hospital de Braga para o GDH i com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise;</li> <li>▪ <math>N.^{\circ} \text{ total de doentes internados } GDHi_{[Hosp]}</math>, corresponde ao número total de doentes internados no Hospital de Braga para o GDH i com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise;</li> <li>▪ i, corresponde ao número do GDH com produção registada no Hospital de Braga, durante o período em análise.</li> </ul>
<b>Dedução</b>	Anual (apenas aplicável caso após apresentação de relatório justificativo de desvio por parte da Entidade Gestora do Estabelecimento, a Entidade Pública Contratante considere não aceitável a justificação apresentada, sem que para tal seja necessário o acordo por parte da Entidade Gestora do Estabelecimento)
<b>Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)</b>	>VR: 450 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
<b>Penalidade por não monitorização</b>	450 pontos
<b>Limite ao Valor de Referência</b>	Não aplicável

23.	Mortalidade Materna
<b>Descrição</b>	Pretende medir os óbitos de mulheres no hospital, durante a gravidez, parto ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo, devido a causas relacionadas com a gravidez.
<b>Justificação</b>	Este é um indicador sentinela, uma vez que num contexto socio-económico de um país desenvolvido é expectável que a mortalidade materna seja praticamente inexistente.
<b>Medida da Falha</b>	Número de óbitos de mulheres, durante a gravidez, parto ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo, devido a causas relacionadas com a gravidez, ocorridos no hospital durante o período em análise.
<b>Inclui/Exclui</b>	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mulheres que não se encontrem durante o período da gravidez ou dentro de um período de 42 dias após o seu termo;</li> <li>▪ Mortalidade por causas não relacionadas com a gravidez.</li> </ul>

2.	Taxa de Reinternamento
<b>Descrição</b>	Pretende monitorizar os reinternamentos em unidades de internamento normal, pela mesma razão clínica (mesma Grande Categoria de Diagnóstico) de Utentes que tenham tido alta de Internamento normal nos 31 dias que antecedem o reinternamento.
<b>Justificação</b>	Os reinternamentos constituem uma importante preocupação clínica e são um possível indicador de inadequada prestação de cuidados e de gestão hospitalar. Neste sentido, é importante que os hospitais adotem iniciativas que permitam um planeamento de altas adequado, uma articulação com as unidades de cuidados continuados, a informação dos Utentes e dos seus familiares e medidas concretas de seguimento de Utentes com maior risco de reinternamento.
<b>Medida da Falha</b>	[Número reinternamentos na mesma GCD, ocorridos durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à data da alta do Internamento normal/Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise]
<b>Inclui/Exclui</b>	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Internamentos em unidades de internamento especiais;</li> <li>▪ Os reinternamentos por trabalho de parto (código CID-9-MC 644);</li> <li>▪ Os reinternamentos por hemorragia por gravidez até às 22 semanas, ameaça de aborto, hemorragia anteparto, descolamento da placenta e placenta prévia (código CID-9-MC 640 e Código CID-9-MC 641);</li> <li>▪ Os reinternamentos por hipertensão que complica a gravidez, o parto e o puerpério (código CID-9-MC 642);</li> <li>▪ Os reinternamentos por vômitos excessivos durante a gravidez (código CID-9-MC 643);</li> <li>▪ Reinternamentos nas seguintes Grandes Categorias de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>– GCD 21: Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas;</li> <li>– GCD 22: Queimaduras;</li> <li>– GCD 25: Traumatismos Múltiplos Significativos.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indicadores a Monitorizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número reinternamentos na mesma GCD, ocorridos durante o período em análise, no período dos 31 dias posteriores à data da alta do Internamento normal;</li> <li>▪ Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise.</li> </ul>
<b>Dedução</b>	Anual
<b>Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)</b>	$> VR: 150 \times [(taxa\ verificada / valor\ de\ referência) - 1]$ pontos
<b>Penalidade por não monitorização</b>	150 pontos
<b>Limite ao Valor de Referência</b>	Não aplicável

3.	Taxa de Altas Voluntárias de Internamento
<b>Descrição</b>	Pretende monitorizar as altas voluntárias de Internamento normal. O Utente tem o direito de negar o seu tratamento, incluindo o seu Internamento, pelo que se, por qualquer razão, e sem que o médico tenha considerado finalizado o tratamento, o Utente opta por recusar a continuação do mesmo, incluindo o seu Internamento, deve ser fornecido ao Utente um documento de alta voluntária.

3.	Taxa de Altas Voluntárias de Internamento
	que este deve assinar. O Utente tem o direito de solicitar a alta voluntária em qualquer momento do processo assistencial.
<b>Justificação</b>	A monitorização deste indicador é uma medida indirecta de avaliação da qualidade, uma vez que muitas vezes a alta voluntária está associada à insatisfação dos Utentes e/ou dos seus familiares, devido, entre outros, a aspectos como a qualidade de informação dada pelo pessoal médico, os cuidados prestados pelo pessoal de enfermagem, o tempo de permanência.
<b>Medida da Falha</b>	[Número de Utentes com alta voluntária de Internamento normal, durante o período em análise/ Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise]
<b>Inclui/Exclui</b>	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utentes em Internamento normal</li> </ul>
<b>Indicadores a Monitorizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de Utentes com alta voluntária de Internamento normal, durante o período em análise;</li> <li>▪ Número de altas de Internamento normal, durante o período em análise.</li> </ul>
<b>Dedução</b>	Anual (apenas por não monitorização)
<b>Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)</b>	> VR: obrigatoriedade de apresentar relatório justificativo do desvio
<b>Penalidade por não monitorização</b>	120 pontos
<b>Limite ao Valor de Referência</b>	O Valor de Referência não pode ser superior a 0,5%.

4.	Tempo médio de estadias pré-cirúrgicas
<b>Descrição</b>	Pretende medir o tempo médio de espera entre o dia de Internamento para a realização da Intervenção Cirúrgica convencional programada e o dia da realização da Intervenção Cirúrgica.
<b>Justificação</b>	Este parâmetro pretende monitorizar o tempo que os Utentes permanecem internados antes da realização da Intervenção Cirúrgica, pois será importante evitar que os Utentes fiquem internados mais tempo do que o efectivamente necessário, para minimizar o seu desconforto, a sua ansiedade, o risco de infecção nosocomial, a ocupação de camas necessárias à prestação de cuidados a outros Utentes, entre outros aspectos.
<b>Medida da Falha</b>	[Número total de Dias de Internamento que antecedem a realização da Intervenção Cirúrgica convencional programada, para as altas de Internamento ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervenção Cirúrgica convencional programada / Total de altas de Internamento, ocorridas durante o período em análise, de Utentes submetidos a Intervenções Cirúrgicas convencionais programadas]
<b>Inclui/Exclui</b>	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todos os Internamentos com realização de Intervenções Cirúrgicas programadas convencionais.</li> </ul> Exclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervenções Cirúrgicas subsequentes associadas a um Episódio de Internamento com Intervenção Cirúrgica convencional programada.</li> </ul>



16.	Taxa de Partos com Anestesia Epidural
	vo diminuir a dor provocada pelo parto e permitir a consciência da gestante no caso de um parto por cesariana, elevando os níveis de conforto e a recuperação posterior.
<b>Medida da Falha</b>	[Número de partos com anestesia epidural, realizados no hospital durante o período em análise / Total de partos realizados no hospital durante o período em análise]
<b>Inclui/Exclui</b>	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Partos das Utentes que tenham renunciado voluntariamente à anestesia epidural, situação que deve estar expressa no consentimento informado para a realização do parto.</li> </ul>
<b>Indicadores a Monitorizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de partos com anestesia epidural, realizados no hospital durante o período em análise;</li> <li>▪ Total de partos realizados no hospital durante o período em análise.</li> </ul>
<b>Dedução</b>	Anual
<b>Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)</b>	$< VR: 120 \times [1 - (\text{taxa verificada} / \text{valor de referência})]$ pontos
<b>Penalidade por não monitorização</b>	120 pontos
<b>Limite ao Valor de Referência</b>	O Valor de Referência não pode ser inferior a 60%.

17.	Taxa de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados
<b>Descrição</b>	Pretende medir as quedas de Utentes durante o seu período de Internamento. Neste âmbito, entende-se por período de Internamento o período que decorre entre a admissão no Internamento e o momento de saída do hospital por alta (alta voluntária ou alta pelo médico), independentemente do destino final do Utente (domicílio, transferência para outros hospitais, falecimento, entre outros).
<b>Justificação</b>	A avaliação deste parâmetro é uma medida indirecta do nível de cuidados do pessoal enfermagem e do pessoal auxiliar, assim como do pessoal responsável pelo transporte de Utentes no interior do hospital.
<b>Medida da Falha</b>	[Número de quedas de Utentes durante o seu período de Internamento, com alta de Internamento durante o período em análise / Número total de Dias de Internamento gerados pelos doentes com alta de Internamento durante o período em análise]
<b>Inclui/Exclui</b>	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As quedas do Utente durante o período de Internamento, incluindo as quedas ocorridas no interior do hospital durante as deslocações para a realização de exames complementares de diagnóstico ou a deslocação a outros serviços;</li> <li>▪ As quedas ocorridas durante as deslocações dos Utentes do Serviço de Urgência para as unidades de internamento.</li> </ul>
<b>Indicadores e Monitorizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de quedas de Utentes durante o seu período de Internamento, com alta de Internamento durante o período em análise;</li> <li>▪ Número total de dias de Internamento gerados pelos doentes com alta de Internamento durante o período em análise.</li> </ul>

17.	Taxa de Ocorrência de Quedas em Doentes Internados
<b>Dedução</b>	Anual
<b>Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)</b>	> VR: 120 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
<b>Penalidade por não monitorização</b>	120 pontos
<b>Limite ao Valor de Referência</b>	Não aplicável.

18.	Taxa de Regressos a Unidades de Cuidados Intensivos
<b>Descrição</b>	Pretende monitorizar os regressos à Unidade de Cuidados Intensivos, ou seja, qualquer regresso de Utentes que tenham saído da unidade durante as 48 horas anteriores, por qualquer motivo, estando ou não directamente relacionado com o episódio prévio.
<b>Justificação</b>	A transferência de Utentes da Unidade de Cuidados Intensivos deve ser muito bem ponderada, tendo em consideração a situação clínica dos Utentes e a capacidade das unidades para onde são transferidos em darem a resposta adequada à sua situação. Com efeito, um nível elevado de regressos à Unidade de Cuidados Intensivos reflecte, muitas vezes, altas prematuras da unidade, problemas na prestação de cuidados de nível inferior, entre outros aspectos. Para além disso, o regresso está tipicamente associado a uma maior morbilidade e até mesmo mortalidade, assim como à necessidade de um maior número de Dias de Internamento.
<b>Medida da Falha</b>	[Número total de readmissões na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, no período das 48 horas posteriores à hora de saída da Unidade de Cuidados Intensivos /Total de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise]
<b>Inclui/Exclui</b>	Exclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Readmissões após 48 horas da saída da Unidade de Cuidados Intensivos;</li> <li>▪ Deslocações no hospital para a realização de exames ou tratamentos</li> </ul>
<b>Indicadores a Monitorizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número total de readmissões na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise, no período das 48 horas posteriores à hora de saída da Unidade de Cuidados Intensivos;</li> <li>▪ Total de doentes saídos da Unidade de Cuidados Intensivos, durante o período em análise.</li> </ul>
<b>Dedução</b>	Anual
<b>Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)</b>	> VR: 150 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
<b>Penalidade por não monitorização</b>	150 pontos
<b>Limite ao Valor de Referência</b>	Não aplicável.

21.	Taxa de Ocorrência de Apendicectomias com Diagnóstico Anatomopatológico Compatível com a Normalidade
ção por desvio face ao Valor de Referência (VR)	
Penalidade por não monitorização	150 pontos
Limite ao Valor de Referência	Não aplicável.

22.	Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão
<b>Descrição</b>	Pretende monitorizar a ocorrência de úlceras de pressão em doentes internados. As úlceras de pressão (úlceras de decúbito, úlceras da pele) são lesões cutâneas que se produzem em consequência de uma pressão prolongada, tipicamente sobre saliências ósseas.
<b>Justificação</b>	A ocorrência de úlceras de pressão nos hospitais é um fenómeno grave, podendo contribuir de forma significativa para um aumento da morbilidade e mesmo da mortalidade. Com efeito, as úlceras de pressão são, muitas vezes, de difícil tratamento resultando em dor, intervenção cirúrgica, desconfiguração, assim como prolongamento dos Dias de Internamento. Neste sentido, os hospitais devem enveredar os seus melhores esforços para prevenir a ocorrência de úlceras de pressão durante o período em que os Utentes estão internados e por isso mais sujeitos ao seu desenvolvimento, garantindo, nomeadamente, cuidados de enfermagem e uma gestão adequada dos recursos. Uma taxa elevada de ocorrência de úlceras de pressão pode ser resultado, entre outros, de: (i) ausência de protocolos na planificação dos tratamentos por parte das equipas assistenciais, (ii) falta ou utilização inadequada do material de prevenção, tanto básico como complementar, (iii) sobrecarga de trabalho dos profissionais e (iv) falta de formação dos profissionais.
<b>Medida da Falha</b>	[Número de altas de Internamento, durante o período em análise, de doentes aos quais foi diagnosticada úlcera de pressão com origem hospitalar/ Número total de altas de Internamento, durante o período em análise]
<b>Inclui/Exclui</b>	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altas de Internamento em que conste, em qualquer diagnóstico secundário, o código 707.0 da classificação CID-9.</li> </ul> Exclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altas de Internamento em que a úlcera de pressão é o diagnóstico principal;</li> <li>▪ Altas de Internamento em que a úlcera de pressão é o diagnóstico secundário, desde que exista registo da mesma à data de admissão do Utente;</li> <li>▪ Altas de Internamento classificadas nas seguintes Grandes Categorias de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- GCD 9: Doenças e perturbações da pele, tecido celular subcutâneo e mama;</li> <li>- GDC 14: Gravidez, parto e puerpério.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Indicadores a Monitorizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de altas de Internamento, durante o período em análise, de doentes aos quais foi diagnosticada úlcera de pressão com origem hospitalar;</li> <li>▪ Número total de altas de Internamento, durante o período em análise.</li> </ul>
<b>Dedução</b>	Anual

22.	Taxa de Ocorrência de Úlceras de Pressão
<b>Pontos de penalização por desvio face ao Valor de Referência (VR)</b>	> VR: 120 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos
<b>Penalidade por não monitorização</b>	120 pontos
<b>Limite ao Valor de Referência</b>	Não aplicável

23.	Taxa de ocorrência de reacções imediatas a transfusões
<b>Descrição</b>	Pretende monitorizar a ocorrência de reacções adversas imediatas de Utentes que tenham recebido uma transfusão de sangue e/ou das suas componentes. As reacções transfusionais podem ser desencadeadas por mecanismos imunológicos e não imunológicos, sendo classificadas em: (i) reacções transfusionais imediatas, ou seja, as reacções que se produzem durante a transfusão ou pouco tempo depois (no período de 24 horas após a transfusão) e (ii) reacções transfusionais tardias, ou seja, as reacções que se produzem após 24 horas da transfusão. O âmbito deste parâmetro são as reacções transfusionais imediatas.
<b>Justificação</b>	Ainda que a transfusão de sangue e das suas componentes seja considerada uma terapêutica segura, tal depende dos procedimentos seguidos pelos profissionais de saúde, sendo que caso os mesmos não sejam seguidos de forma adequada podem surgir reacções adversas e indesejáveis, em prejuízo do Utente. Neste sentido, este indicador tem como principal objectivo monitorizar a observância dos procedimentos adequados, incluindo, entre outros aspectos, a identificação cuidada do Utente, a conservação do sangue e suas componentes, a vigilância do Utente durante a transfusão e a utilização adequada dos equipamentos.
<b>Medida da Falha</b>	[Número de reacções adversas imediatas a transfusões registadas no hospital, durante o período em análise / Número total de unidades de hemoderivados transfusionadas no hospital, durante o período em análise]
<b>Inclui/Exclui</b>	Inclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemólise imunológica devida a incompatibilidade ABO;</li> <li>▪ Hemólise imunológica devida a alo-anticorpo;</li> <li>▪ Hemólise não imunológica;</li> <li>▪ Infecção bacteriana transmitida pela transfusão;</li> <li>▪ Anafilaxia/Hipersensibilidade;</li> <li>▪ Lesão pulmonar aguda pós transfusão;</li> <li>▪ Infecção parasítica transmitida pela transfusão (paludismo)</li> </ul> Exclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reacções transfusionais tardias, ou seja, as reacções que se produzam após 24 horas da transfusão.</li> </ul>
<b>Indicadores a Monitorizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de reacções adversas imediatas a transfusões registadas no hospital, durante o período em análise;</li> <li>▪ Número total de unidades de hemoderivados transfusionadas no hospital, durante o período em análise.</li> </ul>
<b>Dedução</b>	Anual
<b>Pontos de penalização por desvio face</b>	> VR: 150 x [(taxa verificada/ valor de referência)-1] pontos

