



A2.2 – Recursos educativos para Professores Ética, Religião, Cultura e Espiritualidade

Módulo: Cuidado em fim de vida



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

This project has been funded with support from the European Commission. This publication [communication] reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein. Project N°: 2020-1-PT01-KA203-078360

Introduction

Módulo	Cuidado em fim de vida
Sub-módulo	Ética, Religião, Cultura e Espiritualidade
Aula Nr.	#1
Duração (minutos)	60
Data	23 de abril de 2022

Resultados da Aula

Identificar os aspetos éticos e legais e as implicações da atuação dos cuidadores nos cuidados em fim de vida

Tópicos

Lei, Ética e Justiça: Regulação e jurisprudência

An urgent need for palliative care as the world turns grey

by Michael Cook | 17 Jun 2017 | 5 comments



Lei, Ética e Justiça

Principais marcos

1947 – Código de Nuremberga



Lei, Ética e Justiça

1947 – Código de Nuremberga

Num novo Código que é agora aceite em todo o Mundo, o julgamento pelo tribunal de crimes de Guerra em Nuremberga estabeleceu 10 princípios aos quais os médicos devem obedecer quando realizam experiências em sujeitos humanos. Este julgamento estabeleceu um novo padrão de comportamento médico ético para a era dos direitos humanos do pós II Guerra Mundial. Entre outros requisitos, o documento enuncia a obrigatoriedade do consentimento voluntário informado do sujeito humano. O princípio do consentimento voluntário informado protege o direito do indivíduo controlar o seu próprio corpo. Este código também reconhece que o risco deve ser ponderado em relação ao benefício esperado e que a dor e sofrimento desnecessários devem ser evitados. Este código reconhece que os médicos devem evitar ações que firam os pacientes humanos Os princípios de prática médica estabelecidos por este Código foram agora extendidos em códigos gerais de ética médica.

Lei, Ética e Justiça

1947 – Código de Nuremberga

1. O consentimento voluntário do sujeito humano é absolutamente essencial. Significa isto que a pessoa envolvida deve ter capacidade legal para dar o consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição ulterior; e deve ter conhecimento e compreensão suficiente do assunto em estudo para tomar uma decisão lúcida. Este último aspecto requer que sejam explicados à pessoa a natureza, a duração e o propósito da experiência; os métodos e os meios segundo os quais a experiência será conduzida; todas as inconveniências e riscos esperados; os efeitos para a saúde da pessoa que podem advir da sua participação na experiência. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento recai sobre o investigador ou indivíduo que inicia, dirige ou está envolvido na experiência. É um dever e uma responsabilidade pessoal que não pode ser delegado a outro sem impunidade.

Lei, Ética e Justiça

1947 – Código de Nuremberga

2. A experiência deve ser tal que produza resultados frutíferos/vantajosos para a sociedade, que seja inacessível por outros métodos ou meios de estudo, mas não podem ser casísticos ou desnecessários na sua natureza.

3. A experiência deve ser projetada e baseada em resultados de experiências em animais e no conhecimento da evolução da doença ou outros problemas em estudo; desta forma, os resultados já conhecidos justificam a realização da experiência.

4. A experiência deve ser conduzida de forma a evitar qualquer tipo de sofrimento e lesões físicas e mentais desnecessárias.

5. Não deve ser conduzida nenhuma experiência quando existir uma razão a priori para acreditar que pode ocorrer morte ou invalidez permanente; exceto, talvez, nas experiências em que os médicos experimentalistas/investigadores se submetem como sujeitos da experiência.

6. O grau de risco aceitável deve ser limitado pela importância humanitária do problema que a experiência se propõe a resolver.

Lei, Ética e Justiça

1947 – Código de Nuremberga

7. Devem ser tomados cuidados especiais para proteger o participante na experiência de qualquer dano, invalidez ou morte, mesmo que remota.

8. A experiência deve ser conduzida apenas por pessoas cientificamente qualificadas. Durante todos os estágios da experiência, devem ser requeridos os mais altos graus de competência e cuidado, por parte daqueles que conduzem ou se envolvem na experiência.

9. Durante a realização da experiência, o participante deve ter a liberdade de parar a experiência se tiver atingido um estado físico ou mental onde a continuação da experiência, para ele, parece ser impossível.

10. No decurso da experiência o investigador responsável deve de estar preparado para suspender a experiência em qualquer estágio, se tiver motivos razoáveis de acreditar, no exercício da boa fé, capacidades superiores cuidadoso julgamento, que a continuação da experiência provavelmente resulte em dano, invalidez ou morte para o participante.

Lei, Ética e Justiça



Tuskegee Syphilis Experiment by US Public Health Service was a study conducted from 1932 to 1972 on 399 black African-American men. They were not given penicillin treatment deliberately to see how the disease propagated naturally in black men.

Lei, Ética e Justiça

Todas as nossas escolhas humanas não só têm consequências de curto prazo no ecossistema e em todos os sistemas de vida e sociedades, mas têm também consequências a longo prazo para o futuro, algumas das quais são previsíveis e outras não.

A sua Bioética, mais ilucidada no seu segundo livro, Bioética Global.

Van Potter



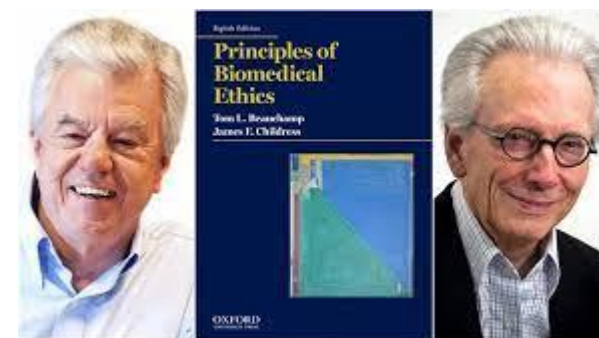
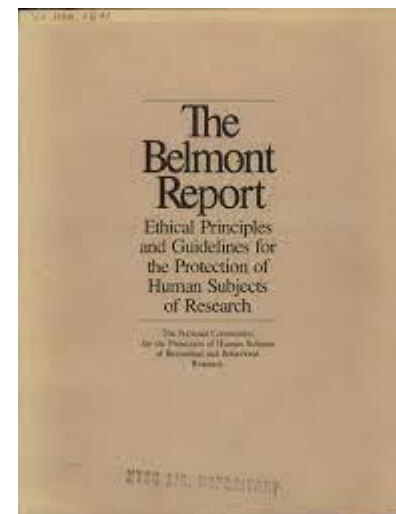
Lei, Ética e Justiça



1948



1964



Introdução

Módulo	Cuidado no fim de vida
Sub-módulo	Ética, Religião, Cultura e Espiritualidade
Aula Nr.	#2
Duração (minutos)	90
Data	23 de abril de 2022 a 30 de abril de 2022

Resultados da Aula

Identificar os aspetos éticos e legais, e suas implicações na ação dos cuidadores nos cuidados em fim de vida

Tópicos

O direito à Vida e à Saúde

Consentimento informado em adultos, menores e adultos com capacidade legal reduzida

O dever da informação e do sigilo.

Os direitos à Vida e à Saúde

Consentimento informado em adultos, menores e adultos com capacidade legal reduzida

Condições para o consentimento informado (Beauchamp, Childress):

I – Elementos iniciais (pré-requisitos)

- 1 - competência (para compreender e decidir)
- 2 – voluntariedade (para decidir)

II – Elementos informativos

- 3 – exposição (de informação material)
- 4 – recomendação (de um plano)
- 5 – compreensão (do 3 e 4)

III – Elementos de consentimento

- 6 – decisão (em favor de um plano)
- 7 – autorização (do plano selecionado)



Os direitos à Vida e à Saúde

Consentimento informado em adultos, menores e adultos com capacidade legal reduzida

Planeamento Avançado de Cuidados

Os direitos à Vida e à Saúde

Consentimento informado em adultos, menores e adultos com capacidade legal reduzida



1. Pensa no assunto
2. Conversa com aqueles que te são próximos
3. Faz um plano de desejos/vontades
4. Revê as tuas preferências

Os direitos à Vida e à Saúde

Consentimento informado em adultos, menores e adultos com capacidade legal reduzida

<https://www.advancecareplanning.org.au/resources/love-is-not-enough>

Os direitos à Vida e à Saúde

O dever de informação e de sigilo

As pessoas não vão decidir se não tiverem informação acerca da sua situação clínica.



Consentimento Informado

Os direitos à Vida e à Saúde

O dever de informação e de sigilo

Sigilo profissional:

Natural – Requerido pela natureza da informação

Prometido – Há uma promessa de não revelar a informação

Fidedigno – A Comunicação é feita sob um acordo, tácito ou expresso, de não divulgação

Os direitos à Vida e à Saúde

O dever da informação e do sigilo

- Que informação?
- Está sujeito a sigilo profissional?
- O que pode e não pode ser revelado?
- Sob que circunstâncias?

Os direitos à Vida e à Saúde

O dever da informação e do sigilo

1. Proteger a pessoa da invasão da intimidade
2. Assegurar a confidencialidade dos dados recolhidos
3. Direito à confidencialidade (a pessoa decide a informação a partilhar ou, se necessário, a decisão é feita no seu melhor interesse)
4. O dever de colaborar com a justiça não se sobrepõe ao dever do sigilo profissional, possibilitando a sua excusa

Os direitos à Vida e à Saúde

O dever da informação e do sigilo

Quem deve manter a informação do paciente confidencial?

- Médicos
- Assistentes de cuidados de saúde
- Técnicos de Saúde
- Cuidadores Informais
- Estudantes

Todas as pessoas envolvidas no processo terapêutico

Os direitos à Vida e à Saúde

O dever da informação e do sigilo

Quando é que o sigilo profissional pode ser quebrado?

- Numa situação imposta pela lei
- Autorizado pela parte interessada (que foi devidamente esclarecida)
- Requerido pelos representantes legais
- Por uma justa causa

Introdução

Módulo	Cuidados no fim de vida
Sub-módulo	Ética, Religião, Cultura e Espiritualidade
Aula Nr.	#3
Duração (minutos)	75
Data	07 de maio de 2022

Resultados da Aula

Identificar os aspetos éticos e legais, e suas implicações na ação dos cuidadores nos cuidados em fim de vida

Tópicos

Bioética

1. Questões gerais em relação à Bioética
2. Retenção e término o tratamento
3. Estado Vegetativo Persistente
4. Eutanásia

Plano de Cuidados Individual e Integrado

... Visa o processo através do qual é descrito e operado, numa forma facilmente acessível e inteligível, e como os tratamentos são articulados com o apoio do paciente e da família.

É o resultado da convergência entre os objetivos do tratamento e da melhor forma de os operacionalizar no espaço e no tempo, conhecendo os interlocutores e as responsabilidades do inerente.

Termos e Conceitos na Relação Clínica
Words and Concepts in Clinical Relation

António H. Carneiro¹, Rui Carneiro¹, Catarina Simões²

Plano de Cuidados Individual e Integrado

Utiliza princípios de cuidados antecipados (plano de crise)

O plano é centrado no paciente enquanto indivíduo, baseado no seu valor intrínseco enquanto Ser Humano, com relevância história e irrepetível, reflete as suas preferências, diversidade e projetos para o futuro (de curto ou longo prazo), as necessidades previstas, atendidas e abordadas por uma por uma equipa interdisciplinária.

Termos e Conceitos na Relação Clínica
Words and Concepts in Clinical Relation

António H. Carneiro¹, Rui Carneiro¹, Catarina Simões²

Medicina Interna, revista da SPMI, VOL.25 | N.º 3 | JUL/SET 2018

Plano de Cuidados Individual e Integrado

O tratamento e o apoio implementado são flexíveis, requerem uma reavaliação regular da eficácia e ajustes à mudança no paciente / estado da família, sensíveis a novas necessidades.

Incorpora o modelo de medicina de acompanhamento e apoio. Na sua compreensão, o plano de cuidados individual e integrado é um obstáculo à obstinação terapêutica e um instrumento essencial para otimizar os cuidados centrados no paciente e triangulados no valor relacional da solicitação, solicitude e empatia.

Termos e Conceitos na Relação Clínica
Words and Concepts in Clinical Relation

António H. Carneiro¹, Rui Carneiro¹, Catarina Simões²

Medicina Interna, revista da SPMI, VOL.25 | N.º 3 | JUL/SET 2018

Plano de Cuidados Individual e Integrado

Tomada de decisão

- Difícil
- Dificuldade acrescida quando:
 - Paciente incompetente/ Adulto vulnerável
 - A evolução da doença é pouco conhecida

Plano de Cuidados Individual e Integrado

Tomada de decisão/ *Processo de Deliberação Ética:*

Deliberação: discussão de valores

Deliberar = tomar decisões prudentes

Prudência = termina o ato de deliberação, encontra cursos de ação intermediários que considera possíveis

Deliberação – análise racional das situações (circunstâncias concretas e consequências previsíveis) para escolher uma solução ótima ou melhor, escolhendo cursos possíveis de ação

Tomada de Decisão/ *Processo de Deliberação Ética*:

Deliberação = procedimento que procura enriquecer a análise para aumentar a prudência na tomada de decisão

Propósito = aumentar a qualidade da tomada de decisão clínica, avaliação correta dos valores, otimização da resolução de conflitos de valores (cursos de ação intermediários que tentam integrar o maior número de conflitos de valores)

Barbosa, 2010

Processo de Deliberação Ética (Diego Gracia):

**Análise refletiva e cuidada dos principais fatores envolvidos
Tenciona analisar os problemas na sua total complexidade :**

- Princípios e valores envolvidos
- Circunstâncias
- Consequências
- Analisar todos os cursos de ação
- Diferente resultado de dilemas...

Processo de Deliberação Ética (Diego Gracia):

- Ouvir atentamente
- Esforço para compreender a situação
- Análise dos valores implícitos
- Argumentação racional acerca dos cursos de ação
- Contexto legal

Processo de Deliberação Ética (Diego Gracia):

- Comida e hidratação
- Conspiração de silêncio
- Morte a pedido do próprio - Eutanásia

Processo de Deliberação Ética (Diego Gracia):

Comida e Hidratação

- “Comer e beber é essencial à vida”
- Tema muito delicado
- Perda total da via oral... nem sempre
- Importâncias dos cuidados orais
- Assegurar que o paciente está confortável (com ou sem alimentação artificial)

Processo de Deliberação Ética

Conspiração de Silêncio

Somos confrontados com uma Conspiração de Silêncio quando um ou vários membros do grupo, neste caso a família, bloqueiam a comunicação.

Há uma quebra de comunicação.

Processo de Deliberação Ética

Conspiração de Silêncio

Sinais que podem prever um futuro caso de Conspiração de Silêncio:

- Relação muito próxima entre o paciente e a família
- Dependente
- Atitude excessivamente protetora em relação aos membros da família
- Quando a família infantiliza o paciente

Processo de Deliberação Ética

Conspiração de Silêncio

Sinais que podem prever um futuro caso de Conspiração de Silêncio:

- Família pouco dialogante, pouca partilha de sentimentos e tendência para prevenir a expressão de emoções
- Uso excessivo da tranquilidade
- Tentativa de prevenir sistematicamente o paciente de falar, especialmente sobre as suas preocupações e medos

Processo de Deliberação Ética

Conspiração de Silêncio

Como agir?

- Assegurar à família que ela conhece o paciente melhor do que qualquer outra pessoa
- Tentar encontrar razões sobre o porquê de a família não querer que o paciente seja informado
- Ajudar a família a compreender e identificar os “custos” de não informar o paciente acerca da sua situação
- Pedir para falar a sós com o paciente e assegurar que o objetivo é o de determinar o que eles querem saber e não os forçar a perceber a realidade da situação, se eles não quiserem
- Identificar sinais de sofrimento emocional na família e/ou no paciente

Processo de Deliberação Ética

Eutanásia - Problemas Éticos

Promoção dos Cuidados Paliativos - Prevenir e reduzir o sofrimento e o desespero no fim da vida. As pessoas têm medo do prolongamento desnecessário da vida.

Riscos da legalização da Eutanásia:

- Pressão sobre a pessoa vulnerável
- Barreira ao desenvolvimento de Cuidados Paliativos
- Oportunidade para outros grupos sociais
- Aceitação do ato de matar

Eutanásia

Matar a pedido, o médico mata intencionalmente a pessoa, administrando drogas, por uma pessoa competente, a pedido (voluntário). (Associação Europeia Para os Cuidados Paliativos- AECP)

Suicídio Assistido

O médico ajuda intencionalmente a pessoa a cometer suicídio, dando-lhe Drogas para autoadministração, de uma pessoa competente, a pedido (voluntário). (AECP)

O que se passa no Mundo a este respeito?

Introdução

Módulo	Cuidados no fim de vida
Sub-módulo	Ética, Religião, Cultura e Espiritualidade
Aula Nr.	#4
Duração (minutos)	75
Data	07 de maio de 2022

Resultados da Aula

Compreender a Espiritualidade como um aspeto chave da Prestação de Cuidados

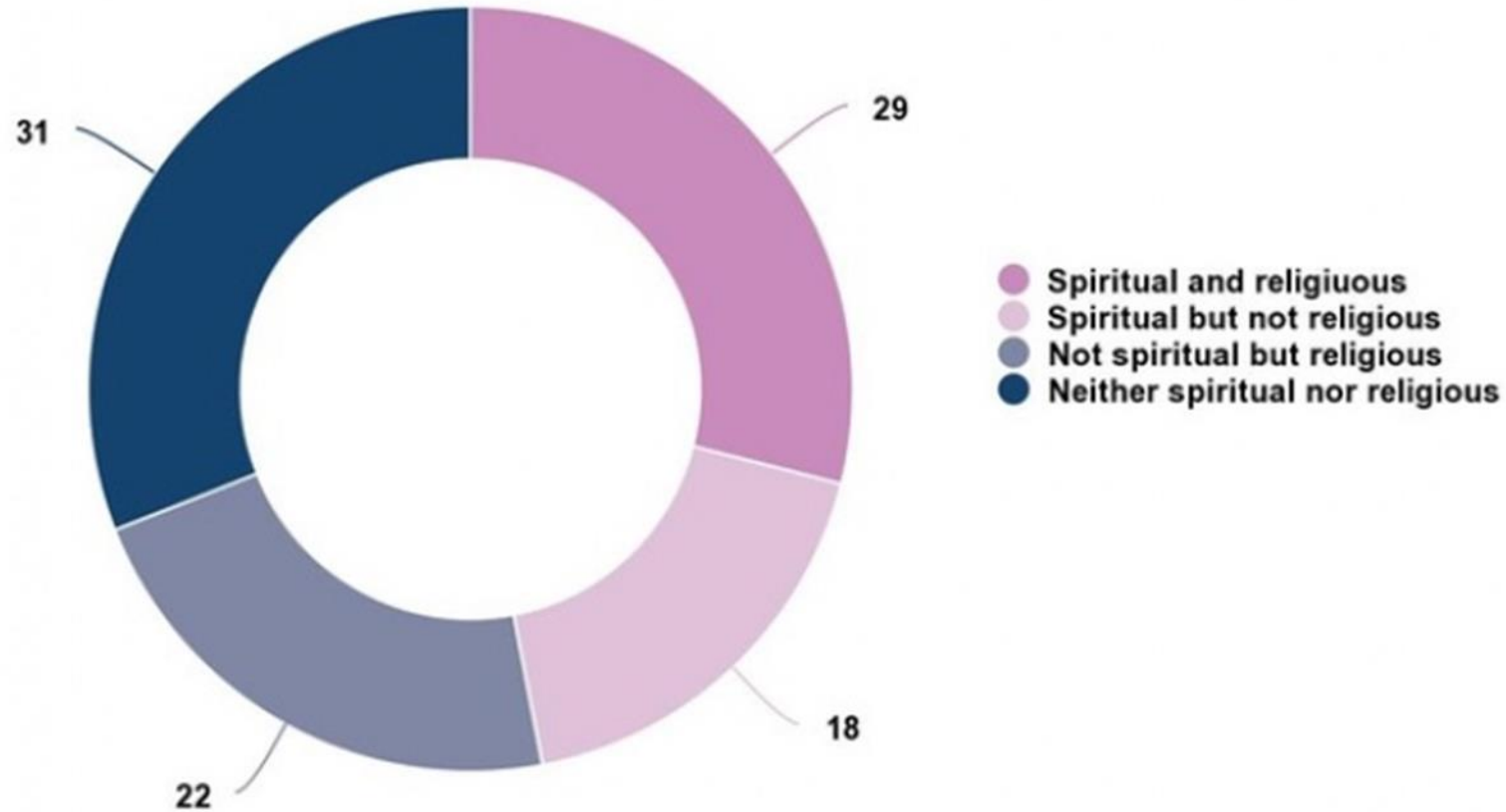
Tópicos

Espiritualidade

- Espiritualidade como parte da prestação de cuidados
- Significado e meios de lidar

A New Look at American Spirituality and Religiosity

Percent of Americans who identify as...



PRRI

Moses (2017). Public Religion Research Institute and Florida State University

Towards clarification of the meaning of spirituality

Ruth A. Tanyi BSJ RN BSN MSN FNPCandidate

Registered Nurse, Orthopedics and Spine, Regions Hospital, Saint Paul, Minnesota, and Abbott Northwestern Hospital
Minneapolis, Minnesota, USA

Submitted for publication 20 July 2001

Accepted for publication 31 May 2002

Withers et al., *Int J Nurs Clin Pract* 2017, 4: 234
<https://doi.org/10.15344/2394-4978/2017/234>



Concept Analysis

Open Access

Spirituality: Concept Analysis

Alexandrea Withers¹, Kimberly Zuniga¹ and Sharon L. Van Sell²

¹Graduate Nursing Program, Texas Woman's University, USA

²Professor, The Houston J. and Florence A. Doswell College of Nursing, Texas Woman's University, USA

Abstract

Spirituality, a highly complex concept, was a very controversial subject. Since the human being served as a spiritual being, spirituality was present in all levels of care. The authors conducted a concept analysis using Walker and Avant's methodology to analyze the concept of spirituality to allow the reader to understand better how spirituality affected the advance practice nurse (APN). The authors' extensive dictionary search and literature review of spirituality led to recurring and defining attributes, antecedents, and consequences. The attributes of spirituality included a human being, belief, enlightenment, and a decision. The antecedents of spirituality were a higher being, self-reflection, spiritual awareness, and desire. The consequences of spirituality were a higher level of care, resilience, transcendence, open-mindedness, burnout, and persecution. A model, a borderline, and a contrary case demonstrated the influence of spirituality for the APN. The authors discussed spirituality's impact on advanced practice nursing and created a model for the concept of spirituality.

Publication History:

Received: January 27, 2017

Accepted: April 10, 2017

Published: April 12, 2017

Keywords:

Advance practice nurse, Care,
Concept analysis, Spirituality

Table 1 Definitions of spirit

Spirit

The animating or vital principle in man...

The breath of life...

Incorporeal or immaterial being...

The soul of a person...

The disembodied soul of a deceased person...

A supernatural, incorporeal, rational being or personality usually regarded as imperceptible at ordinary times to the human senses...

The spirit of God..

The disposition, feeling, or frame of mind with which something is done...

A person considered in relation to his character or disposition...

The prevailing tone or tendency of a particular period of time...

The immaterial intelligent or sentiment element or part of a person...

The emotional part of a man...

Liveliness, vivacity, or animation in persons...

Vital power or energy...

Vigour or animation of mind...

Strong alcoholic liquor...

To infuse spirit, life, ardour, or energy into a person...

To invest with a spirit or animating principle...

To instigate or promote...

Source: The Oxford English Dictionary (2nd ed.) (1989, pp. 251–255).

Table 3 Definitions of spirituality

Spirituality

The body of spiritual or ecclesiastical persons;
That which has a spiritual character;
The quality or condition of being spiritual;
An immaterial or incorporeal thing or substance;
The fact or condition of being spirit or of consisting of an incorporeal essence.

Source: The Oxford English Dictionary, 2nd edn., (1989, pp. 259).

Significado
Propósito
Relação



Espiritualidade

Religião

Cuidado Espiritual?





1ª Competência

Reflete e abre a tua mente



PERGAMON

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

International Journal of Nursing Studies 41 (2004) 151–161

INTERNATIONAL JOURNAL OF
NURSING
STUDIES

www.elsevier.com/locate/ijnurstu

The language of spirituality: an emerging taxonomy

Wilfred McSherry^{a,*}, Keith Cash^b

^a *School of Nursing, Social Work, and Applied Health Studies, The University of Hull, Milner Hall Room M208, Cottingham Road, Hull HU6 7RX, UK*

^b *Centre for the Analysis of Nursing Practice, Leeds Metropolitan University, Calverley Street, Leeds LS1 3HE, UK*

Received 28 November 2002; received in revised form 6 June 2003; accepted 9 June 2003

Natureza

Arte

Relação
com os
outros

Religião

Crenças
Filosóficas

(...)

Placing Religion and Spirituality in End-of-Life Care

Timothy P. Daaleman, DO

Larry VandeCreek, DMin

teraction between religious belief and attitudes toward death has produced controversial results that generally do not support this assumption.⁸

EXERCÍCIO



Table 2. Attributes Rated as Important by More Than 70% of All Participants

Attributes	Participants Who Agreed That Attribute Is Very Important at End of Life, %			
	Patients (n = 340)	Bereaved Family Members (n = 332)	Physicians (n = 361)	Other Care Providers (n = 429)
Be kept clean	99	99	99	99
Name a decision maker	98	98	98	99
Have a nurse with whom one feels comfortable	97	98	91	98
Know what to expect about one's physical condition	96	93	88	94
Have someone who will listen	95	98	99	99
Maintain one's dignity	95	98	99	99
Trust one's physician	94	97	99	97
Have financial affairs in order	94	94	91	90
Be free of pain	93	95	99	97
Maintain sense of humor	93	87	79	85
Say goodbye to important people	90	92	95	99
Be free of shortness of breath	90	87	93	87
Be free of anxiety	90	91	90	90
Have physician with whom one can discuss fears	90	91	94	93
Have physician who knows one as a whole person	88	92	92	95
Resolve unfinished business with family or friends	86	85	87	97
Have physical touch	86	94	90	97
Know that one's physician is comfortable talking about death and dying	86	85	93	97
Share time with close friends	85	91	91	96
Believe family is prepared for one's death	85	88	83	90
Feel prepared to die	84	81	79	87
Presence of family	81	95	95	96
Treatment preferences in writing	81	85	73	90
Not die alone	75	93	84	88
Remember personal accomplishments	74	80	78	91
Receive care from personal physician	73	77	82	82

ORIGINAL CONTRIBUTION

Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers

Karen E. Steinhauser, PhD

Nicholas A. Christakis, MD, PhD, MPH

Elizabeth C. Clipp, PhD, MS, RN

Maya McNeilly, PhD

Lauren McIntyre, PhD

James A. Tulsky, MD

Context A clear understanding of what patients, families, and health care practitioners view as important at the end of life is integral to the success of improving care of dying patients. Empirical evidence defining such factors, however, is lacking.

Objective To determine the factors considered important at the end of life by patients, their families, physicians, and other care providers.

Design and Setting Cross-sectional, stratified random national survey conducted in March–August 1999.

ORIGINAL RESEARCH

A qualitative study about palliative care patients' experiences of comfort: Implications for nursing diagnosis and interventions

Sara Pinto ^{*1,2}, Sílvia Caldeira³, José Carlos Martins^{4,5}

¹*Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, University of Porto, Porto, Portugal*

²*Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal*

³*Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde – Lisboa, Portugal*

⁴*Medical-Surgical Unit, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal*

⁵*Department of Human Sciences and Health, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal*

IMPAIRED COMFORT IN ADULT AND OLDER ADULT AS A SYNDROME DIAGNOSIS

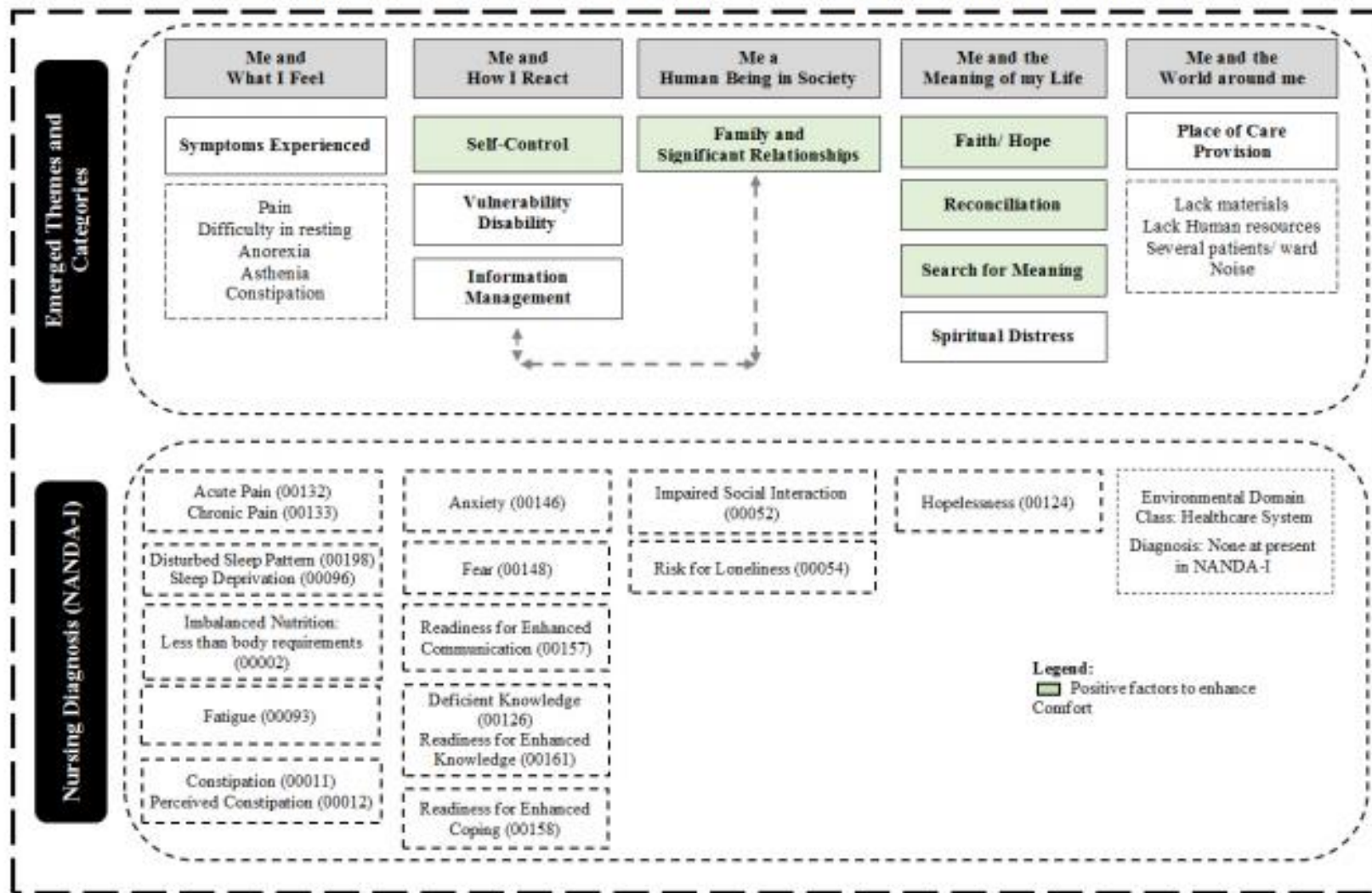


Figure 1. Impaired Comfort as a Syndrome Diagnosis: Themes, Categories and Nursing Diagnosis (Defining Characteristics)

TABLE 2. DESCRIPTIVE STATISTICS FOR THE SPIRITUAL NEEDS ASSESSED

<i>Spiritual needs</i>	<i>Mean ± SD^a</i>
To be recognized as a person until the end of life	8.6 ± 1.3
The need for truth	8.3 ± 2.7
To reinterpret life	6.2 ± 1.9
To look for a meaning to existence	5.7 ± 2.5
The need for hope	5.7 ± 3.5
To see life beyond the individual	5.2 ± 2.5
The need for religious expression	4.9 ± 2.5
The need for continuity and an afterlife	4.0 ± 2.0
The need for freedom and to be free	3.8 ± 3.4
To be free from blame and to forgive others	1.5 ± 2.0
To be reconciled and to feel forgiven	1.4 ± 2.2

^aOriginal values range, 0–10. SD, standard deviation.

Evaluation of Spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit

Aleix Vilalta, PhD,¹ Joan Valls, MSc, PhD,² Josep Porta, MD, PhD,³ and Juan Viñas, MD, PhD⁴

Necessidades Espirituais

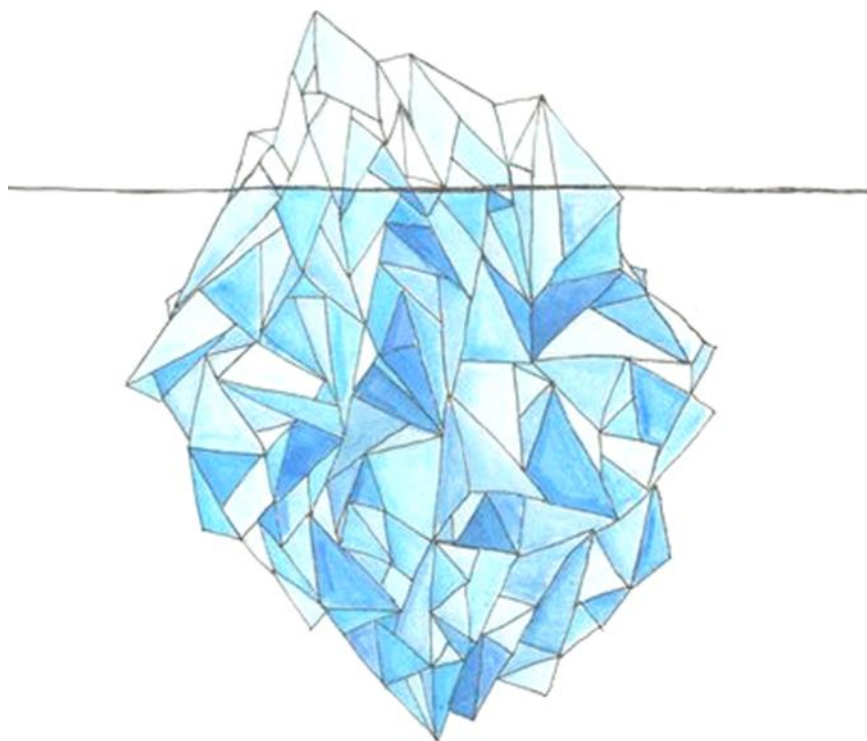


Commentary

Bringing 'forgiveness' into the International Classification for Nursing Practice

Sílvia Caldeira, Maria Aparício, Sara Pinto and Rita Santos Silva





Avaliação

- FICA
- Espírito





Obrigado!

Prof. Virgínia Prazeres

Prof. Carlos Pinto

virginia.prazeres@santamariasaude.pt

carlos.pinto@santamariasaude.pt

23 de abril de 2022 – 07 de maio de 2022

